

Editoriale

«Aprite cari piccini ...». Chi avrà abbastanza paura del lupo?

Caratteristiche e peculiarità della formazione in psicologia clinica e psicoterapia

di Massimo Grasso*

È un errore enorme
teorizzare a vuoto,
senza accorgersene
si comincia a deformare
i fatti per adattarli alle teorie,
anziché viceversa.
(Conan Doyle, 1891a)

C'è una storia ben nota a quanti si occupano di semiotica, ma anche di logica o di comunicazione (cfr., tra gli altri, Caprettini, 1983), nonché di psicoanalisi (cfr., per tutti, Freud, 1914). Si tratta della fiaba dei Fratelli Grimm (1812-1815) *Il lupo e i sette capretti*. Proveremo a servircene come pretesto anche in questa sede, per illustrare alcune questioni riguardanti la formazione in psicologia clinica, tema a cui è dedicato questo numero della rivista.

La *fabula*, come si dice, è ben nota.

C'era una volta una vecchia capra, che aveva sette caprettini, e li amava come una mamma ama i suoi bimbi. Un giorno pensò di andare nel bosco a far provviste per il desinare; li chiamò tutti e sette e disse: "Cari piccini, voglio andar nel bosco; guardatevi dal lupo; se viene, vi mangia tutti in un boccone. Quel furfante spesso si traveste, ma lo riconoscerete subito dalla voce rauca e dalle zampe nere". I caprettini dissero: "Cara mamma, staremo ben attenti, potete andar tranquilla". La vecchia belò e si avviò fiduciosa.

Poco dopo, qualcuno bussò alla porta, gridando: "Aprite, cari piccini; c'è qui la vostra mamma, che vi ha portato un regalo per ciascuno". Ma, dalla voce rauca, i caprettini capirono che era il lupo. "Non apriamo", dissero, "non sei la nostra mamma; la mamma ha una vocina dolce, la tua è rauca; tu sei il lupo". Allora il lupo andò da un bottegaio e comprò un grosso pezzo di creta; lo mangiò e così s'addolcì la voce. Poi tornò, bussò alla porta e gridò: "Aprite, cari piccini, c'è la vostra mamma, che vi ha portato un regalo per ciascuno". Ma aveva appoggiato alla finestra la sua zampa nera; i piccini la videro e gridarono: "Non apriamo; la nostra mamma non ha le zampe nere come te: tu sei il lupo". Allora il lupo corse da un fornaio e gli disse: "Mi son fatto male al piede, spalmaci sopra un po' di pasta". E quando il fornaio gli ebbe spalmato la zampa, corse dal mugnaio e gli disse: "Spargimi sulla zampa un po' di farina bianca". Il mugnaio pensò: il lupo vuole ingannare qualcuno, e rifiutò; ma il lupo disse: "Se non lo fai, ti mangio". Allora il mugnaio ebbe paura e gli imbiancò la zampa. Già, così fanno gli uomini.

Ora il briccone andò per la terza volta all'uscio, bussò e disse: "Apritevi, piccini; la vostra cara mammina è tornata dal bosco e vi ha portato un regalo per ciascuno". I caprettini gridarono: "Prima facci vedere la zampa, perché sappiamo se tu sei la nostra cara mammina". Allora il lupo mise la zampa sulla finestra, e quando essi videro che era bianca credettero tutto vero quel che diceva e aprirono la porta (pp. 21-23).

Le conseguenze, anche quei pochi che non conoscono la fiaba, possono facilmente immaginarle. Il lupo penetra nella casa dei sette capretti e se li mangia. Addirittura, a causa della sua smodata ingordigia, li ingoia interi: e questo comunque, sia detto per inciso, sarà la loro salvezza. Solo uno riesce a scampare alla furia del lupo, nascondendosi nella cassa dell'orologio, come se, nonostante tutto, avesse fiutato l'imbroglione. Lì lo ritroverà la mamma

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

capra una volta tornata e attraverso le indicazioni che il piccolo le fornirà, potrà progettare la sua vendetta e la liberazione dei piccoli divorati dal lupo, direttamente dalla pancia del furfante (nelle fiabe succede, e poi li aveva ingoiati interi, ricordate?).

Mettiamo da parte l'impulso che magari avrà colto molti di noi di ritornare con la mente alle angosciate vicende dell'*Uomo dei lupi* e cerchiamo di osservare la fiaba da altre prospettive.

L'impianto narrativo che propone, ad esempio, è stato utilizzato come efficace esemplificazione della coerenza/incoerenza di un quadro indiziario, organizzato al fine di una simulazione. Vediamo.

Inizialmente il lupo non riesce nel suo intento a causa dell'incompletezza o dell'incoerenza della simulazione stessa. Solo quando avrà predisposto con maggiore sagacia la sua performance, riuscirà nell'intento. Quale indicazione possono trarre i capretti dalla loro sventurata vicenda? Semplice e complessa al tempo stesso: neanche la completezza e la coerenza di un quadro indiziario consentono di abbassare la guardia e di consegnarsi, con cieca fiducia, ai *fatti*. Se così fosse, per altro, Dupin, Holmes, fino ai loro più tardi epigoni, non ci avrebbero deliziato con le ricostruzioni abduitive che li hanno resi famosi, a danno dei rispettivi antagonisti rigidamente e, spesso, ottusamente ancorati alla apparente persuasiva consequenzialità di eventi e accadimenti. "Non c'è nulla di più ingannevole di un fatto ovvio" (Conan Doyle, 1891b), amava far dire Conan Doyle al suo personaggio; che è come dire, accogliendo la lezione di Peirce, che l'induzione è alla ricerca dei fatti, mentre l'abduzione è alla ricerca di una teoria.

Tornando ai nostri capretti, che cosa li ha ingannati? Forse il fatto di aver considerato sbrigativamente *segni* quanto andava letto anche come probabile *sintomo* di un'altra realtà.

La distinzione tradizionale tra *segno* e *sintomo*, fondata sui caratteri di artificialità, volontarietà e convenzionalità del primo, e su quelli di naturalità, di involontarietà e di motivazione del secondo, non appare del tutto soddisfacente [...] soprattutto in quei casi che rientrano nella *simulazione*, cioè nella produzione volontaria di sintomi (Caprettini, 1983, pp. 161-162).

In altri termini, i piccoli sventurati hanno ignorato, perché nessuno glielo ha indicato come essenziale, il *contesto*. Quel contesto, che essi stessi con la mamma e con il lupo – e se si vuole, dalla nostra prospettiva, con gli autori della fiaba, con il lettore e con la struttura narrativa della fiaba medesima – condividono e contribuiscono a creare. Tale contesto li colloca in una zona di pericolo certo, delimitata dalla dimensione collusiva che li connota – all'interno della relazione che li caratterizza culturalmente – come le vittime più probabili di un lupo a sua volta designato ad essere, con ogni mezzo, il loro naturale carnefice. Hanno cioè ignorato il fatto relazionale saliente: la natura della loro relazione con la madre assente/lupo presente che si esprime nella particolare *motivazione* del lupo nei loro confronti, alimentata dal fatto stesso di essere dei capretti soli e indifesi. E hanno altresì ignorato la natura della loro esigenza di essere gratificati ("*C'è qui la vostra mamma, che vi ha portato un regalo per ciascuno*", li blandisce il lupo).

Se non fosse troppo sfrontato e impudente, diremmo che hanno fatto una *diagnosi* e non una valutazione della relazione in atto o se si vuole, con un lessico più vicino alla linea editoriale della rivista, un'*analisi della domanda*. Diremmo che erano stati formati a fare *diagnosi*: dove per diagnosi si intenda, in questo caso, la capacità/competenza a riconoscere il lupo, la sua immanente pericolosità, consustanziale al suo essere lupo, ma a prescindere, si direbbe e questo è il paradosso, da qualsiasi valutazione della relazione che il lupo intende intrattenere e nell'*hic et nunc* intrattiene con chi in tale compito è impegnato.

Ma allora l'*analisi della domanda*, per proseguire su questa china scivolosa, avrebbe salvato i capretti? Questo non è dato sapere. Sicuramente li avrebbe portati ad interrogarsi, ad avere meno certezze, ad istituire una relazione meno basata su di un semplice meccanismo *on/off*, in favore di un atteggiamento maggiormente interrogativo, più attento agli indizi e

quindi anche alla loro eventuale ingannevolezza. Magari i capretti non si sarebbero salvati lo stesso o magari non avremmo avuto la favola. Ma questa, come si dice, è un'altra storia.

Per venire al nostro campo, proviamo a chiederci: è più utile, per uno psicologo clinico o per uno psicoterapeuta, essere formato a fare diagnosi attraverso l'assimilazione di repertori diagnostici costruiti *ad hoc*, attraverso l'esercizio all'utilizzo di questionari, scale o strumenti *self-report* che allenino all'identificazione delle problematiche psicopatologiche, o essere addestrato a pensare le proprie e le altrui emozioni e ad utilizzarle per promuovere cambiamento e sviluppo all'interno di una relazione culturalmente definita di consulenza psicologica?

Propenderemmo per la seconda alternativa.

Un breve inciso. Pensiamo per un momento ad uno strumento largamente utilizzato come la *TAS-20* (Bagby, Parker & Taylor, 1994a, 1994b), ad esempio, finalizzato alla diagnosi dell'alessitimia, identificata nel test, come è noto, da tre dimensioni una delle quali è definita come "difficoltà nell'identificare le emozioni", e ad uno dei suoi item (*Sono spesso confuso circa le emozioni che provo ...*) nei confronti del quale si deve dichiarare l'accordo/disaccordo. Un pò come chiedere al lupo se lo è veramente¹. E, mettiamoci per una volta anche dalla parte del lupo, a prescindere dall'elemento per lui psicologicamente più rilevante: cosa se ne faccia il lupo del suo essere tale.

È ovvio che anche una prospettiva come quella dell'*analisi della domanda* ha necessità, tuttavia, di rispondere ad un costante riferimento al contesto in cui si colloca. La reificazione idealizzata della procedura abduktiva o indiziaria o congetturale che dir si voglia, si rivela essa stessa inefficace. Come verrà sottolineato da alcuni dei contributi che seguiranno nelle pagine della rivista, una formazione ispirata ai principi dell'*analisi della domanda*, non si configura come addestramento al possesso di un contenuto e, a rigor di termini, nemmeno come addestramento all'uso di una tecnica, ma piuttosto come acquisizione di una competenza metodologica utile a leggere le relazioni e a lavorare *con* e *su* di esse.

L'ipostatizzazione di una procedura è sempre a-contestuale e rischia di produrre effetti tragicomici. Per rimanere nel campo della formazione, ce lo segnala ad esempio, con ironia non propriamente britannica, una novella popolare inglese *Il professore di segni*, in cui si narra di un professore impegnato in una erudita valutazione di uno studente di Cambridge, il quale per timore di essere bocciato cede il suo posto ad un umile, ma accorto e sfrontato mugnaio. Il mugnaio viene promosso a pieni voti, addirittura riceve un premio, con la seguente motivazione:

Straordinario davvero. Non avrei mai creduto che qualcuno potesse seguire così minuziosamente ogni sfumatura del mio pensiero. Prima gli ho mostrato una mela, per dire che è stato per colpa di una mela che l'uomo si è dannato. Ma rapido come il pensiero lui ha tirato fuori un pezzo di pane, volendo dire che grazie al Pane della Vita siamo stati redenti. Allora ho alzato un dito, che simboleggiava l'unico Dio, e lui ne ha sollevato due, perché io non dimenticassi il Cristo, e allora io ne ho mostrate tre, a indicare la Santissima Trinità, e lui, rapidissimo, ha stretto il pugno, perché i tre sono pur sempre Uno. Non ha mai esitato, non ha commesso un errore, e merita ampiamente il premio (Briggs, 1970, p. 100).

¹ Impossibile non andare con la mente a quel questionario che è necessario riempire per recarsi negli Stati Uniti, un tempo da compilare in volo, ora gestito dalla ESTA (*Electronic System for Travel Authorization*), che propone domande del tipo: "Ha mai fatto abuso di droghe o è mai stato tossicodipendente?" oppure "Stai cercando di entrare negli Stati Uniti per partecipare ad attività immorali o criminali?" o ancora "È stato in passato o è ora coinvolto in attività di spionaggio o sabotaggio o in azioni terroristiche? O in genocidio?". Effettivamente sia il questionario che molte delle scale utilizzate oggi in psicologia clinica, sembrano scaturire dalla stessa visione del mondo. Con l'aggravante che mentre il tossicodipendente o il criminale, o il lupo, possono deliberatamente e consapevolmente decidere di ingannare l'interlocutore, la faccenda si complica a dismisura quando oggetto di domande di questo tipo sia una dimensione, come l'alessitimia dell'esempio, per definizione teorica ritenuta inconscia.

Questa, per contrasto, la versione del mugnaio affidata in confidenza all'amico studente di cui aveva preso il posto:

Che vecchio bisbetico, quello lì. Ma io gli ho tenuto testa eccome. Prima si fruga in tasca, tira fuori una mela verde e me la scuote sotto il naso, con l'aria di volermela tirare in testa se non stavo attento. Allora mi frugo in tasca anch'io, e trovo solo un vecchio cantuccio di pane, e glielo scuoto bene sotto il naso per fargli capire che se lui tirava la mela, io tiravo quello. Al che lui mette via la mela e mi punta un dito contro, come per dire: te lo ficco in un occhio! Io non mi spavento, e ne punto due, per fargli capire che glieli cavo tutti e due, gli occhi! Allora lui fa per graffiarmi con tre dita, e io non avevo certo intenzione di permetterglielo, perciò gli mostro un bel pugno chiuso, per fargli vedere che ero pronto a stenderlo. A quel punto lui mi ha dato una pacca sulla schiena. E mi ha detto che ho vinto (*ibidem*).

Come direbbero i semiologi:

Sono dunque le ipotesi a determinare lo statuto semiologico di un dato osservativo: il valore sintomatico, il valore di rinvio di un certo elemento della realtà, deriva dalla decisione, in forma di congettura, di ritenerlo pertinente (Caprettini, 1983, p. 161).

Come potremmo altrimenti districarci nel seguente indovinello, dove ovviamente il dato osservativo non è costituito tanto dai fatti narrati, quanto dalla narrazione stessa?

Entrate in un appartamento. Harry e Joan giacciono sul pavimento, morti. C'è un vaso di vetro infranto accanto a loro. Sul divano c'è un gatto che li fissa con la schiena incurvata. Le porte e le finestre sono serrate. Nell'appartamento non c'è nessun'altra persona. Domanda: come è fuggito l'assassino? Risposta: l'assassino non è ancora scappato. Harry e Joan sono pesci rossi (Harrowitz, 1983, p. 231).

Per tornare alla formazione in psicologia clinica e psicoterapia, cosa condivide essa con la storia del lupo e dei sette capretti? Molto, a ben vedere.

Come abbiamo avuto già modo di osservare, si dà infatti il caso che la mamma capra istruisca i suoi piccoli (impartisca dunque una formazione); essi sono poi chiamati a misurare le nozioni apprese con le contingenze della loro vita quotidiana (il riconoscimento/non riconoscimento del lupo, essenziale per la loro sopravvivenza); infine, è anche possibile (la morale della favola) una sorta di riprova dell'efficacia della formazione effettuata/ricevuta.

Abbiamo cioè in chiaro i tre elementi di base su cui si poggia ogni processo formativo, quindi anche quello in psicologia clinica e psicoterapia:

1. il processo formativo stesso con le sue caratteristiche e peculiarità, la sua metodologia, la sua filosofia di azione;
2. l'utilizzazione della formazione ottenuta nello specifico dominio cui si applica;
3. la verifica della formazione.

Sempre utilizzando come pretesto la fiaba dei fratelli Grimm, appare ad esempio chiaro che una formazione non spendibile sul piano delle concrete evenienze della vita, risulta inefficace o addirittura, come accade ai capretti, dannosa. Le esortazioni e i consigli della mamma capra non vengono di fatto assimilati. Essi non consentono loro di comprendere le caratteristiche e la qualità del loro posizionamento nel mondo, in quella specifica cultura che condividono e, al tempo stesso, contribuiscono a creare; non forniscono nemmeno un bagaglio tecnico valido, in quanto la tecnica trasmessa (consistente nell'abilità a riconoscere il lupo) non viene situata, cioè collocata nello spazio della relazione attuale con il lupo, ma sospesa in un *a-priori* decontestualizzato. Quindi rapidamente, all'apparente esaurirsi delle possibilità pre-codificate (voce dolce e zampe bianche), consuma il suo valore euristico², fa cioè perdere di vista la questione fondamentale, vale a dire, come suggerirebbe la mamma capra, che "*Quel furfante spesso si traveste*".

² C'è qualcuno che, per un momento, non abbia pensato alla struttura del *DSM-IV*?

Oltre a ciò è la dimensione storico-narrativa, così centrale per capire qualcosa di *relazioni*, ad essere ignorata: in altri termini, secondo i contenuti trasmessi ai capretti, voce dolce e zampe bianche sono *sempre* indicatori di assenza di pericolo. Essi si limitano, quindi, ad applicare questa semplice norma, anche quando quegli stessi indicatori vengono espressi da chi un momento prima aveva voce rauca e zampe nere. E nel far questo, rinunciano ad interrogare e a tener conto, diremmo con una pervicacia di stampo tutto positivista, della loro emozione, che forse li avrebbe salvati: la paura.

Da notare, ancora, che nella fiaba, a proposito di professionalità, si fa anche esplicito riferimento a due mestieri: quello del fornai e quello del mugnaio. Ancora una volta saremmo indotti impudentemente a pensare, osservando il comportamento da loro espresso, che si riferiscano il primo a quello che conosciamo come *modello medico* di intervento, il secondo ad un *modello* più propriamente *psicologico*.

Il fornai, infatti, non è interessato e non si interroga a proposito della relazione che il lupo sta intrattenendo con lui: applica la sua tecnica e basta. Non è un caso forse che nella fiaba un simile tipo di comportamento sia ricondotto ad un danno fisico: il fornai, proprio come un medico, applica la sua pasta là dove il lupo gli dice di essersi fatto male. E c'è anche, prima, un caso simile: sempre per un "problema" fisico, la voce rauca, in precedenza il lupo si era rivolto ad un non meglio precisato bottegaio per acquistare della creta che avrebbe avuto il potere di addolcirgli la voce. E anche in questo caso la sua richiesta era stata immediatamente soddisfatta.

Il mugnaio, al contrario, sembra subito più stimolato a cercare di capire la natura della necessità del lupo che non ad accontentarla ed ha anche qualche ipotesi sulle motivazioni circa quanto gli viene richiesto ("*Il mugnaio pensò: il lupo vuole ingannare qualcuno*"): in realtà ci prova soltanto, perché, potremmo dire, il potere della committenza ("*Se non lo fai, ti mangio*") lo spinge ben presto ad assecondare la richiesta che gli è stata rivolta.

Se la osserviamo da questa prospettiva, la fiaba *Il lupo e i sette capretti* sembra offrirci diversi spunti di riflessione a proposito dell'argomento di cui ci occupiamo in questa sede. Possiamo così evidenziare, come abbiamo provato a fare, alcuni dei presupposti fondamentali per la formazione in ambito psicologico: o almeno ritenuti tali da molti degli autori che hanno risposto all'invito della rivista a discutere delle questioni salienti per la tematica della formazione e che i contributi che seguiranno illustreranno compiutamente e da diverse prospettive.

Con riferimento a tali contributi occorre precisare che alcuni si riferiscono principalmente alla formazione di base in psicologia clinica: segnatamente quelli di Freda; Langher; Venuleo, Manzo, Salvatore. Alcuni alla formazione specialistica alla psicoterapia: Carli, Paniccia; Montesarchio, Venuleo; Cigoli, Margola, Gennari, Accordini; Di Ciaccia. Due infine affrontano tematiche trasversali: Di Maria, Formica; Stampa. E non ce ne vogliano i colleghi per questa sintesi, necessariamente riduttiva, delle questioni da loro affrontate.

Proviamo ad evidenziare alcuni punti sui quali sembrano convergere molte delle analisi proposte:

1. la necessità dell'ancoraggio della formazione alla professione (vale a dire all'uso che della formazione può farsene chi ne è fruitore); dimensione questa fortemente sottolineata, ad esempio, dal contributo di Venuleo, Manzo e Salvatore, ma anche da quello di Langher. Questa dimensione, come è ovvio, chiama in causa, soprattutto per chi si occupa di formazione all'interno dell'organizzazione universitaria, anche il connesso campo della ricerca. Sembra cioè lecito chiedersi: la ricerca scientifica che viene condotta nei dipartimenti universitari in che misura trova una ricaduta nell'ambito della professione di psicologo? In che misura implementa conoscenze e competenze dello psicologo e la sua efficacia nel rispondere alla domanda sociale di psicologia? Quanto il mondo della ricerca è vicino a quello della professione? In che misura la ricerca, i suoi obiettivi e gli interrogativi cui cerca di rispondere, sono influenzati dalla configurazione di ruolo dello psicologo che i ricercatori hanno in mente? Accade sempre che ne abbiano una?

Interrogativi questi che sembrano non poter essere elusi per dare senso al lavoro degli psicologi, per accrescere il valore e il significato delle esperienze già compiute, per non rischiare di disperdere una mole in potenza molto grande di esperienze future nei rivoli della semplificazione o, peggio, dell'insensatezza.

Pericolo, questo, sempre in agguato. Semplificazione e schematismi sembrano, oggi più che mai, alimentare facili entusiasmi in diversi ambiti scientifici e in misura notevole in campo psicologico, favorendo atteggiamenti che alimentano una sorta di repulsione verso le componenti e i prodotti del pensiero non immediatamente quantificabili, in favore di un riduzionismo oggettivante che sostiene la tendenza a ridurre ogni continuum e ogni complessità a elementi semplici, discreti, misurabili in modo lineare. Ne vedevamo sopra un esempio a proposito della concettualizzazione e dell'utilizzazione della TAS-20. Ma si potrebbe continuare con gli esempi (cfr., a questo proposito, Grasso & Stampa, 2007, 2008).

Nell'ambito della formazione, della ricerca e della pratica professionale della psicologia clinica e della psicoterapia, una tale tendenza sembra produrre un certo numero di conseguenze concettuali che costituiscono altrettanti vizi epistemologici, dai quali ulteriormente conseguono sistematici travisamenti della realtà nella rappresentazione delle relazioni interpersonali entro contesti istituiti e non, e della vita mentale dei singoli soggetti coinvolti nelle relazioni stesse;

2. il movimento in atto da una logica formativa fondata sul passaggio, puro e semplice, di conoscenze date e stabilite una volta per tutte e a prescindere dall'evento formativo medesimo, ad una logica formativa situata e contestualizzata, co-costruita tra formatori e formandi, che sancisca l'inscindibilità delle componenti emozionali e cognitive presenti nel processo. Una logica che consenta di orientarsi maggiormente all'interno della rapida realizzazione e demolizione di conoscenze che il mondo attuale ci impone, attraverso l'implementazione di competenze che siano in grado di consentire l'interpretazione dei contesti e la valutazione del cambiamento, come tra gli altri viene sottolineato nel contributo di Freda. Due gli aspetti rilevanti di una simile prospettiva: la caratterizzazione del prodotto della formazione più in senso metodologico che non di contenuto; e, soprattutto, la peculiarità del *setting* formativo. Mentre nella formazione tradizionale, basata sulla trasmissione di conoscenze da apprendere in forma essenzialmente replicativa, il *setting* della formazione si caratterizza principalmente come delimitazione di un ambiente e/o un contenitore avente la funzione di dispositivo facilitante la formazione medesima, nella formazione co-costruita è proprio la definizione di *setting* a costituire, al tempo stesso, il lavoro e il prodotto dell'intervento formativo. Ciò in ragione del fatto che la domanda formativa diviene essa stessa oggetto della formazione. Nella formazione di stampo tradizionale tutto questo non è necessario, in quanto la richiesta di formazione viene considerata *tout court* un a-priori che giustifica l'esercizio della formazione medesima;

3. l'importanza di una verifica della formazione, da attuarsi non tanto e non solo all'interno dello stesso percorso formativo, quanto soprattutto all'esterno delle agenzie formative attraverso un confronto tra il prodotto conseguito dalla formazione effettuata e le richieste e le attese della domanda sociale. Il che in altri termini propone un rapporto serrato, e viene da dire in buona parte da costruire, con tutte quelle dimensioni dove la professionalità psicologica trova possibilità di esercizio: ciò tenendo conto non solo delle dimensioni tradizionalmente caratterizzate dalla presenza di un'operatività psicologica, ma anche valutando la possibilità di intercettare nuovi spazi di applicazione e di intervento, cioè nuove aree di possibile domanda sociale di competenze psicologiche;

4. i rischi di una prospettiva riduzionistica che, reificando i costrutti psicologici, come sostengono Venuleo, Manzo e Salvatore, proponga una formazione in cui l'insidia del pensiero concreto, per dirla con le argomentazioni di Stampa, finisca per disattivare la stessa attitudine a pensare. A questo si faceva in qualche modo riferimento già al punto 1. Se il modello di intervento psicologico proposto, ad esempio, non guarda all'oggetto cui si applica – "oggetto" inteso come un insieme [*contesto, utenza* (individuo, coppia, famiglia, gruppo, organizzazione), *materiali* (comportamenti, pensieri, emozioni, fantasie, ecc.)] cui lo psicologo si rapporta nello sviluppare il proprio intervento – all'interno della rete di relazioni in cui è collocato e che, in vario modo, concorre egli stesso a qualificare, il rischio della semplificazione, avverte ancora Stampa, è molto forte. Qualsiasi operazione di segmentazione del fenomeno *su* cui e *con* cui si sta lavorando, infatti, esprime un riduttivismo che ha come inevitabile effetto una perdita di intelligibilità del fenomeno stesso. È questo il motivo per cui molti degli autori intervenuti ritengono che sia più proficuo procedere secondo una logica in cui si privilegi l'avvicinamento degli elementi, la loro connessione e l'individuazione dei possibili nessi, piuttosto che non la loro separazione e isolamento;

5. il riconoscimento della precipua importanza, per il processo formativo in psicologia, di alcune attività introdotte, o meglio, rese possibili dalle disposizioni legislative che hanno modificato gli

ordinamenti dei corsi di Laurea in psicologia (D.M. 509 e poi D.M. 270). Viene fatto esplicito riferimento alle esperienze dei laboratori e del tirocinio, con le connesse attività di resocontazione e discussione dei resoconti: tali attività possono rappresentare – e sembra abbiano rappresentato a giudizio di molti degli autori, tra cui in specie Freda e Langher – un luogo ideale di saldatura e integrazione tra teoria e prassi, momenti di negoziazione, quindi, aperti alla trasformazione e al cambiamento. Ci si trova così a sottolineare, in altri termini, la forza formatrice esercitata dall'*esperienza*;

6. la riflessione sulla qualità e le caratteristiche di una tale *esperienza* e sul pensiero che debba informarla perché anch'essa non divenga una reificazione assolutizzata e ipostatizzata, come propongono nei loro scritti, pur con significative differenze, Carli e Paniccia; Montesarchio e Venuleo; Cigoli, Margola, Gennari e Accordini, Di Ciaccia. I quali, come detto, danno conto di specifiche esperienze formative specialistiche nel campo della psicoterapia, sottolineandone il razionale che le caratterizza;

7. la necessità di controllare quella che potremmo chiamare la lusinga dell'autoreferenzialità, che con la sua capacità di conferire certezze, appigli, appartenenza, rischia di vanificare il potere strutturante delle esperienze. Tanto da far parzialmente rigettare a Di Maria e Formica il noto postulato di Bion: nulla si apprende, nella loro prospettiva ed è difficile non consentire con loro, direttamente dall'*esperienza*, ma solo dal pensiero sull'*esperienza*;

8. la consapevolezza della "debolezza" della tecnica psicologica a confronto con la "forza", o per meglio dire, la "pregnanza" del contesto. Ciò consente di porre in relazione, per contrasto, da un lato un'idea di formazione tendente alla creazione di un profilo professionale che fonda la propria identità sull'uso rigido dei modelli teorici e delle tecniche ad esse vincolate, proponendo una rappresentazione della competenza come centrata su una "dimensione teorico-tecnica *forte*", a confronto con un contesto di cui si sottovaluta il rilievo, identificandolo come categoria *debole*, non influente cioè sulla prassi di intervento. Dall'altro una logica formativa che prospetta, al contrario, una rappresentazione del contesto come parte integrante dell'identità professionale e un conseguente uso delle teorie e delle tecniche flessibile e ancorato al contesto stesso. La dimensione dell'autoriflessività viene così ritenuta utile per connettere criticamente modelli teorici e tecniche con le richieste ambientali specifiche, in rapporto alle quali si esprime l'identità professionale. Quest'ultimo profilo presuppone un riferimento ad una "dimensione teorico-tecnica *debole*" a confronto con la qualificazione *forte* del contesto. L'uso della tecnica che ne deriva, risulta presentare aspetti innovativi se visto in relazione con l'ambiente cui si applica, in quanto in grado di incidere su di esso in termini trasformativi;

9. il convincimento che la stessa formazione clinica è un fatto clinico. Ciò significa che, secondo questa prospettiva, la formazione in ambito psicologico-clinico non viene intesa semplicemente come propedeutica alla clinica, ma diventa essa stessa un intervento clinico con il quale ed entro il quale si misurano gli attori coinvolti. Questo comporta un particolare impegno sia da parte dei formatori che dei formandi, soprattutto di elaborazione di quanto accade nel *qui ed ora* della formazione, ma anche di interrogazione continua, di accettazione della problematicità degli eventi con i quali ci si confronta e della mancanza di risposte univoche e rassicuranti e soprattutto pre-definite nei confronti di tale problematicità. In altre parole, un impegno rivolto alla co-costruzione dei contenuti della formazione.

Queste, come si diceva, alcune delle questioni sollevate dai contributi che si potranno leggere di seguito.

L'impressione di fondo che si ricava da una lettura comparata dei materiali pervenuti alla rivista, è che l'ambito della formazione in psicologia si trovi al momento sospeso tra due diverse concezioni riferentesi a due diverse epistemologie.

Da un lato una epistemologia appoggiata al cosiddetto *paradigma di semplificazione*, che, soprattutto in campo psicologico, sembra aver dato nuova linfa vitale ad una sorta di empirismo "ingenuo", sia nel campo della formazione, che della clinica, che della ricerca.

In questa prospettiva, il mondo è rappresentato come in sé compiuto, governato da meccanismi lineari in cui sono distinguibili con precisione le categorie di causa ed effetto. Un paradigma, cioè, in cui si assume che la realtà sia caratterizzata dall'ordine, dalla stabilità e dalla regolarità dei fenomeni. I processi di isolamento, disgiunzione e quantificazione che ne

discendono, sono logicamente ammissibili solo all'interno di un paradigma in cui la realtà è descritta come un insieme organico e regolare, in cui gli oggetti hanno caratteristiche proprie, indipendenti sia dall'osservatore sia dal contesto in cui si collocano: ecco che allora la conoscenza scientifica, ma anche, in campo psicologico, la formazione all'intervento e l'intervento stesso, si fondano su osservazioni dirette della realtà – ossia su una base di tipo *empirico* e cosiddetta “libera da qualsiasi pregiudizio” – da cui si parte per giungere alla formulazione di principi di carattere generale in grado di spiegare i fatti osservati (Grasso, 2010).

Dall'altro un'epistemologia che si riferisce ad un *paradigma di complessità* (Benkirane, 2002), in cui l'oggetto dell'interesse scientifico è riconosciuto nella totalità degli elementi che lo compongono e nelle interazioni che questi intrattengono con l'ambiente in cui sono situati. Va considerato, quindi, “complesso” un sistema di elementi definibili in base alle funzioni che svolgono. Tali elementi, tuttavia, non sono semplicemente “parti” del sistema – se lo fossero, il sistema sarebbe frammentabile e quindi, per definizione, non sarebbe “complesso” – ma hanno una propria ontologia dipendente dal contesto in cui sono collocati. Fuori dal sistema, tali elementi non hanno significato ed il sistema stesso, senza queste parti, perde la propria identità. In questa prospettiva, l'interazione tra il fenomeno, l'osservatore e gli strumenti utilizzati nel processo di conoscenza non solo è inevitabile, ma deve anche essere considerata l'*oggetto del conoscere*; il concetto di *causa* viene così affiancato da quello di *condizione* e, oltre alla causalità lineare, vengono valorizzati processi diversi come l'*interdipendenza* e la *probabilità*: quest'ultima non più considerata come l'espressione di un'incapacità di definire la *certezza* dei nessi esistenti tra i fenomeni osservati, ma piuttosto come una caratteristica costitutiva della realtà.

In conclusione: se non ci nascondiamo che l'*area della semplificazione* tenderà a far valere sempre più la sua superficiale, ma tenace attrattiva (in particolare nel nostro paese, per quello che abbiamo avuto modo di osservare negli ultimi anni, e non solo in campo psicologico), cercando di scalzare proposte più serie, ma per questo ritenute più difficili e meno dotate di *appeal*, riteniamo tuttavia che, proprio per questo, l'*area della complessità*, cui globalmente possiamo ascrivere i contributi di questo numero della rivista, sia chiamata, sempre più e con forza sempre maggiore, a dar conto delle situazioni di *complessità* con le quali molti si impegnano e si confrontano quotidianamente, nel campo della clinica, della ricerca e della formazione.

Torniamo per un momento ai nostri capretti.

Riconoscere il lupo, la natura della relazione intrattenuta con lui, l'emozione della paura che la accompagna e, al tempo stesso, la precede, identificare cosa voglia con il suo comportamento, cosa si attenda da noi, cosa noi ci attendiamo da lui, è sicuramente una questione “complessa”. Complessa, non complicata.

Qualcuno avrebbe pure dovuto dirglielo ai capretti che “complesso” (dal lat. *cum plexum*, tessuto insieme) non è la stessa cosa che “complicato” (dal lat. *cum plicum*, piegato insieme).

E inoltre, che una questione “complicata” si governa cercando di affrontare il problema nelle sue “pieghe”, spiegandole appunto, *analiticamente*, come smontando e rimontando nelle sue componenti un meccanismo, mentre una questione “complessa” deve essere affrontata con un taglio *sistemico*, che non scomponga un insieme, come l'ordito di una stoffa, ma lo consideri globalmente e non solo come somma delle sue parti.

E infine, che una questione “complicata” può anche essere comunicata o trasmessa, come contenuto, attraverso un qualsivoglia sistema di codifica, magari da mandare a memoria³,

³ Ad esempio:

mentre una questione “complessa” (la relazione tra il lupo, la mamma e i capretti) per essere comunicata o trasmessa ha bisogno di una relazione e deve essere forse, meglio di ogni altra cosa, *raccontata*.

Sarà per questo che Jacob Grimm con suo fratello Wilhelm, quella relazione hanno preferito raccontarcela?

Bibliografia

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994a). “The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure”, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994b). “The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent discriminant, and concurrent validity”, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.

Benkirane, R. (2002). *La Complexité, vertiges et promesses. 18 histoires de sciences*. Paris: Le Pommier. Trad. it. (2007) *La teoria della complessità*. Torino: Bollati Boringhieri.

Briggs, K. (1970). *British folk-tales*. Trad. it. (1984) *Fiabe popolari inglesi*. Torino: Einaudi.

Caprettini, G.P. (1983). *Le orme del pensiero*, in U. Eco, & T.A. Sebeok (Eds). *The Sign of Three*. Bloomington: Indiana U.P. Trad. it. (2004) *Il segno dei tre. Holmes, Dupin, Peirce*. (pp. 157-181) Milano: Bompiani.

Conan Doyle, A. (1891a). *A Scandal in Bohemia*, in A. Conan Doyle (1998). *The Adventures of Sherlock Holmes*. (pp. 5-29) Oxford: Oxford University Press.

Conan Doyle, A. (1891b). *The Boscombe Valley Mystery*, in A. Conan Doyle (1998). *The Adventures of Sherlock Holmes*. (pp. 75-101) Oxford: Oxford University Press.

Freud, S. (1914). *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*. Trad. it. (1975). *Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi)*. (pp. 481-593) OSF, vol. 7, Torino: Boringhieri.

Grasso, M. (2010). *La relazione terapeutica. Percorsi di intervento in psicologia clinica*, Bologna: Il Mulino (*in press*).

Grasso, M., & Stampa, P. (2007). *Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia*, in G. Nicolò & S. Salvatore (Eds), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia* (pp. 109-128). Roma: Carlo Amore.

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. Teoria e metodi dell'intervento*, 1, 127-150.

Grimm, J., & Grimm, W. (1812-1815). *Kinder-und Hausmarchen*. Trad. it. (1951). *Le fiabe del focolare*. Torino: Einaudi.

Se, *vr* = voce rauca; *zn* = zampe nere; *vd* = voce dolce; *zb* = zampe bianche; *lp* = lupo sempre; *mcf* = mamma capra forse; *mcs* = mamma capra sempre ...

Allora $vr + zn = ls$; $vr = ls$; $vd = mcf$; $vd + zn = ls$; $vd + zb = mcs$; e si potrebbe, ovviamente, “complicare” la sequenza molto di più ...

Qualcuno con una fantasia fuori luogo, o un burlone malizioso (ma spesso le due cose coincidono), potrebbero spingersi fino alla costruzione di una sorta di scala di valutazione osservativa (si potrebbe chiamarla *WIS* – *Wolf Identification Scale*) da avere sottomano, se si è capretti-psicologi, per identificare i lupi.

Harrowitz, N. (1983). *Il modello del detective: Charles S. Peirce e Edgar A. Poe*, in U. Eco, & T.A. Sebeok (Eds). *The Sign of Three*. Bloomington: Indiana U.P. Trad. it. (2004) *Il segno dei tre. Holmes, Dupin, Peirce* (pp. 215-234). Milano: Bompiani.

Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica

di Renzo Carli* e Rosa Maria Paniccia**

PARTE PRIMA – LA FUNZIONE CLINICA IN PSICOLOGIA

Introduzione

La redazione di “Architectural Digest” rivolge alcune domande ai designer più conosciuti d’Europa.

Axel Vervoort risponde così:

“Quando inizio a lavorare con un nuovo cliente, il mio primo problema è di conoscerlo meglio: lo invito al Kanaal, il nostro showroom in Antwerp, e lo conduco al mio castello dove pranziamo assieme. Chiedo al nuovo cliente un sacco di cose: cosa gli piace e non gli piace, come vive, quanti figli ha. Quando il cliente mi chiede di ristrutturare la sua casa, è per me importante che, alla fine dei lavori, si senta a casa sua. Tramite gli oggetti d’arte, il mio obiettivo è quello di usare la ristrutturazione della casa per fare un ritratto del cliente. Desidero che il mio cliente scopra se stesso. Usualmente divento grande amico dei miei clienti. I miei clienti hanno bisogno di amare l’arte o di essere introdotti all’arte. Gli oggetti con un valore artistico, preminente su quello d’uso, sono molto importanti nel mio lavoro di ristrutturazione degli interni”¹

Axel Vervoordt è un antiquario belga, arreda le case di selezionati clienti con un gusto tra i più ricercati d’Europa; è anche l’organizzatore, o meglio l’autore di mostre interessanti e di raffinata eleganza. Al momento in cui scriviamo è attiva, nel veneziano palazzo Fortuny, una mostra dal titolo: IN – FINITUM (giugno - novembre 2009). Fa parte di una trilogia espositiva iniziata nel 2007 con “Artetempo: Where time becomes art”, Venezia 2007; continuata con: “Academia: Qui es-tu?”, Paris 2008.

Una mostra complessa e interessante, In – finitum, ove la nozione di non – finito nel senso di incompiuto, nel campo dell’arte, si confonde con quella più inquietante di *infinito*; proponendoci, nel corso della nostra visita a Campo San Beneto, rimandi all’inconscio e alla teorizzazione di Matte Blanco.

Vervoordt, tornando all’intervista citata, fa una sorta di analisi della domanda ai suoi clienti. Li invita nel suo interessante spazio espositivo (Kanaal) e nel suo castello, nelle vicinanze di Antwerp; pranza con loro e vuole sapere tutto della loro famiglia, della loro vita, dei loro gusti, di come intendono abitare la casa che lui riorganizzerà quale designer d’interni, per “fare loro un ritratto” attraverso la riorganizzazione della casa; il suo intento è quello di facilitare nei clienti una “riscoperta di loro stessi”. Ricordiamo Axel Vervoordt, sobriamente elegante, percorrere i grandi saloni di Palazzo Fortuny (anch’essi non – finiti e rievocanti l’infinito) con alcuni clienti statunitensi; lo rivediamo presentare ai suoi amici - clienti le varie sezioni della mostra, soffermarsi a lungo davanti a “*Concetto Spaziale*” (No. 59 T 148) di

* Professore ordinario, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma “Sapienza

** Professore associato, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma “Sapienza

¹ “When I begin with a new client, I always Like to know them better. I invite them to the Kanaal, our complex in Antwerp, and to our castle, and then we’ll have lunch. I ask them a lot of questions about what they like and don’t like, how they live, how many children they have. When clients ask me to design their home, it’s important that they feel completely at home when it’s finished. Through art and objects, I want to make their portrait in their home. I want our clients to discover themselves. Normally, we become great friends with our clients. They need to love art, or they need to want to love art or be introduced to art. The artwork is very important in my interiors.” (Vervoordt, 2008) .

Lucio Fontana, ammirare una testa “egiziana” (*Isabel - l’Egyptienne*) di Alberto Giacometti, o assistere al dittico video “*Bodies of Light*” di Bill Viola.

Cambiamo ora scenario e pensiamo a una persona che si accorge dei seguenti sintomi: tosse forte e secca, dolori acuti al torace, febbre accompagnata da brividi, difficoltà nella respirazione, espettorazione color ruggine per la presenza di sangue o pus. In questi casi è “obbligatorio” rivolgersi a un medico, che con ogni probabilità farà diagnosi di polmonite; diagnosi che verrà formulata dopo aver eseguito l’esame obiettivo del paziente e dopo aver avuto l’esito degli esami di laboratorio, prontamente richiesti.

Si tratta di due situazioni molto diverse tra loro: una persona si rivolge a un noto designer d’interni per la riorganizzazione della propria casa; una persona che soffre di sintomi preoccupanti, si rivolge a un medico per avere diagnosi, prognosi e terapia adeguate alla propria situazione clinica. Ci si potrebbe chiedere quale sia la relazione tra le due situazioni, che chiameremo “*strategia del problema*” e “*strategia della malattia*”. Ci si può anche chiedere quale delle due situazioni assomigli di più all’intervento clinico in psicologia. Ricordiamo che, per molti psicologi, il riferimento al “modello medico”, inteso quale relazione con la domanda “obbligata” del paziente, sembra il più ovvio e desiderato. Proponiamo, di contro, un intervento psicologico clinico più vicino alla “strategia del problema” che alla “strategia della malattia”.

Vediamone i motivi.

Le due strategie

Esaminiamo innanzitutto su cosa si fonda la “strategia della malattia”. Non si tratta, come spesso si pensa a proposito del medico, di una cura della sofferenza. Il medico non si occupa della sofferenza, bensì di forme patologiche e di quadri nosografici che può curare grazie al fatto che la descrizione della malattia è il prodotto di quella ricerca scientifica che organizza anche diagnosi e terapia. La polmonite non è un “pezzo di realtà” (Salvatore, 2006) ma un “modello”, derivante da definizioni scientificamente fondate, che costruisce l’oggetto disciplinare dell’intervento medico.

Pensare che un disturbo sessuale o un disturbo da attacchi di panico sia comparabile con la polmonite e affrontabile con la “strategia della malattia” è un grave errore nel quale, purtroppo, si incorre sovente entro la prassi psicologico clinica.

Ricordiamo quanto dice Sergio Salvatore (2006) in proposito: la psicologia tende ad utilizzare le categorie psicologiche in maniera reificata; tende cioè a trattare “i concetti psicologici non come costrutti che costruiscono in termini modellistici gli oggetti disciplinari, ma come pezzi/stati/qualità del mondo” (p. 122). Un secondo aspetto riguarda la definizione degli oggetti della psicologia: secondo Salvatore, entro la psicologia si utilizzano le categorie psicologiche in modo reificato; la psicologia è portata a selezionare come oggetti di interesse disciplinare (sia in termini teorici che di pratica professionale) fenomeni assunti direttamente dalla realtà. “Questa tendenza è, in ultima istanza, il derivato di una impostazione epistemologica di matrice neopositivista, che concepisce le categorie del linguaggio scientifico come il precipitato di un processo controllato di organizzazione sistematica dei dati dell’esperienza” (p. 123). Più specificamente, la psicologia (nel suo proporsi quale professione atta ad affrontare definite problematiche) rischia di incorrere negli stessi gravi problemi che la psichiatria incontra nei confronti della medicina: la definizione di polmonite si fonda su radici eziologiche specifiche (infiammazione dell’apparato respiratorio o di una sua parte, i polmoni, causata da uno specifico agente batterico, virale o di altra natura) e deve essere considerata entro la patogenesi, vale a dire la risposta dell’organismo di quel particolare paziente all’azione infiammatoria dell’agente patogeno. La psichiatria non è fondata su basi eziopatogenetiche e non lo è, di certo,

nemmeno la psicologia quando pretende di appoggiarsi alla psichiatria nella definizione dei problemi che intende affrontare e risolvere con la propria azione professionale.

Se non si coglie la differenza tra il *racconto* di un attacco di panico e la *diagnosi* di polmonite è difficile dare uno statuto scientifico all'intervento psicologico clinico.

Abbiamo detto che la polmonite si presenta con alcuni "sintomi" (tosse, rialzo febbrile, difficoltà di respirazione ecc.) ma anche che la diagnosi di polmonite si fonda non solo sui sintomi, quanto anche sui "segni" e sulle "prove" che dimostrano l'infezione batterica o virale in atto. In altri termini, i sintomi sono il pretesto per la domanda del paziente al medico, una sorta di campanello d'allarme che consente poi l'intervento medico nelle sue componenti di diagnosi, prognosi e terapia.

Guardiamo ora a come si presenta, nel DSM IV, l'Attacco di Panico; quell'attacco di panico che, ricorrente e inaspettato, seguito dalla paura di avere un altro attacco, consente la "diagnosi" di Disturbo di Panico.

Ebbene, un Attacco di Panico è così definito:

Un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente e hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o a grandi scosse
4. Dispnea o sensazione di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazione di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento
9. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
10. Paura di perdere il controllo o di impazzire
11. Paura di morire
12. Parestesie (sensazione di torpore o di formicolio)
13. Brividi o vampate di calore

Guardiamo ora al Disturbo di Panico (D. di P.).

Gli individui con D. di P. spesso temono che gli attacchi siano il segnale di una malattia non diagnosticata, pericolosa per la vita. Altri temono che gli attacchi siano il segnale che stanno "impazzendo" o perdendo il controllo. In sintesi, hanno paura di morire. Qui il problema si fa interessante: si può aver paura di morire all'interno e in conseguenza dell'attacco di panico; si può avere l'attacco di panico perché si ha paura di morire. In quest'ultimo caso, la paura di morire ha spesso un suo fondamento nella realtà clinica della persona. C'è spesso confusione a questo proposito.

Al lettore non sfuggirà la "somiglianza" tra i sintomi della polmonite e quelli dell'Attacco di Panico. Questi ultimi, a ben vedere, sembrano anche più dettagliati nella loro descrizione. La differenza, peraltro, sta nell'individuazione della causa dei sintomi: per la polmonite i sintomi sono ben comprensibili in base alla forma infiammatoria del parenchima polmonare, conseguente all'azione del batterio o del virus; nel caso dell'Attacco di Panico, la causa rimane individualmente sconosciuta: si tratta di una serie di "vissuti", descritti proponendo una confusione tra dimensioni specificamente soggettive (ad esempio: paura di ...; sensazione di ...) e una pretesa oggettività (ad esempio: dolore, tremori, dispnea, nausea, sudorazione, brividi) cui si allude grazie all'uso ambiguo del linguaggio. Una motivazione dell'Attacco di Panico, a nostro modo di vedere, si può comprendere solo all'interno della relazione tra chi parla del disturbo e la persona a cui quest'ultimo si rivolge. La polmonite è una malattia che va curata dal medico dopo una diagnosi corretta; l'attacco di panico è un

“pretesto” per poter comunicare con qualcuno, chiedere aiuto; parlare, fondamentale, della propria angoscia di morte a una persona disposta ad ascoltarti. Con la diagnosi di polmonite, il medico sa come intervenire e da quando dispone degli antibiotici la polmonite non è più una malattia ad esito infausto *quoad vitam*. Con la “diagnosi” di Disturbo di Panico si ottiene solo la possibilità di confrontare i problemi delle persone che si rivolgono a uno specifico psichiatra, psicoterapista o psicologo clinico con quelli di altri colleghi. Confrontabilità, peraltro, pagata con la perdita dello spessore simbolico e emozionale della relazione di domanda.

Ma torniamo alle nostre due strategie.

Nella strategia della malattia il problema è:

- a - oggettivabile in quanto biologico
- b - conoscibile tramite specifiche procedure e specifici modelli
- c - generato soggettivamente da un malessere sintomatico
- d - definito scientificamente tramite costrutti precisi e condivisi (infezione del parenchima polmonare) che ne tracciano i confini diagnostici, prognostici e terapeutici
- e - trattabile tramite una terapia eziopatogenetica
- f - i cui esiti sono verificabili soggettivamente, ma soprattutto tramite segni e prove
- g - per chi “sta male” c’è l’obbligo alla cura, realizzata da un professionista competente e legittimato all’atto medico

Nella “strategia del problema”, restando nel nostro esempio concernente Vervoort, c’è una persona che desidera affidarsi ad un esperto, competente nella riorganizzazione dell’interno abitativo, per cambiare la disposizione degli spazi e degli arredi della propria casa. Il problema non è obiettivabile, nasce entro la soggettività di persone o gruppi sociali e non è per nulla istituito che ci si debba rivolgere a un esperto per la sua soluzione. Una persona che sente il bisogno di ristrutturare la propria casa può rivolgersi a un architetto d’interni, andare da Ikea o lasciare tutto come sta. Una madre che teme d’essere troppo autoritaria con il figlio adolescente può parlare con uno psicologo clinico, confidarsi con un’amica o pregare il santo patrono perché la illumini nel suo comportamento. Una persona con sintomi di panico può rivolgersi a un medico per un sedativo, parlarne con uno psicologo o fare un viaggio di vacanza per dimenticare i propri affanni. I problemi per i quali ci si può rivolgere allo psicologo clinico, non hanno alcuna codificazione atta a rendere obbligatorio o comunque consigliato il ricorso a tale professionista. Come nel caso dell’architetto d’interni. Sta al consulente proporsi con competenza e prestigio tali da motivare le persone o i gruppi sociali a chiedere una prestazione competente. Axel Vervoort può essere un esempio eloquente di questa affermazione di prestigio e competenza.

E’ la domanda che ha il potere di *istituire la relazione* tra chi pone la domanda e consulente. La domanda è fondata sulla conoscenza, da parte di chi ha uno specifico problema, di una competenza atta a realizzare ciò che si desidera, nella consapevolezza di non poter dare da soli una soluzione al problema stesso. Quindi, nella strategia del problema c’è rispondenza biunivoca tra aspettativa (del cliente) e capacità (del consulente).

Nella strategia del problema, quindi, la problematica per cui ci si rivolge allo psicologo è:

- a - soggettiva
- b - insorge all’interno della relazione (familiare, lavorativa o sociale più in generale)
- c - viene riprodotta, simbolicamente, nella relazione di domanda allo psicologo
- d - viene trattata tramite la relazione
- e - l’esito dell’intervento è “metodologico” e comporta una riorganizzazione della simbolizzazione emozionale entro le relazioni
- f - non c’è alcun obbligo ad affrontare la problematica rivolgendosi a uno psicologo. La domanda allo psicologo dipende solo dal prestigio e dalla competenza dello stesso

psicologo, come dalla conoscenza sociale della possibile relazione tra problema e competenza.

Una proposta di definizione dell'intervento psicologico clinico

L'intervento psicologico clinico ha come obiettivo l'istituire un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione, altrimenti agite entro la relazione sociale in tutte le sue declinazioni: organizzative, familiari, istituzionali, sociali in senso lato.

In questa definizione, la prassi psicologico clinica viene sintetizzata entro la funzione di promozione, facilitazione di un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione: obiettivo dello psicologo clinico, nella sua relazione professionale, è quello di operare al fine di una sostituzione delle emozioni agite con le emozioni pensate. Sia all'interno della relazione di intervento che, per quanto concerne chi pone la domanda d'intervento, anche entro il contesto di vita relazionale e di esperienza sociale.

Stiamo parlando dell'obiettivo dell'intervento, ma anche della metodologia che consente il perseguimento di tale obiettivo.

Pensare emozioni: con questa definizione, è utile sottolinearlo, non si definisce un "problema" comprensibile e capace di motivare una domanda nei confronti dello psicologo clinico. Quando, per caratterizzare l'intervento psicologico, si parte da una definizione del processo, pensare emozioni appunto, si incontrano enormi difficoltà. Si deve, infatti, superare non solo la diffidenza per una professione nuova e poco conosciuta, ma anche lo scetticismo nei confronti di "problemi", come quello dell'*agito emozionale non pensato* che non sembrano rappresentare, di fatto, problematiche vissute come difficoltà motivanti il ricorso allo psicologo: nel caso dell'individuo come anche della relazione sociale. L'*agito emozionale* non sembra rappresentare, in sé, un problema per le singole persone o per le strutture sociali; può divenire un problema solo entro specifiche situazioni relazionali. Raramente la domanda rivolta allo psicologo clinico si fonda sulla consapevolezza di una problematica fondata sull'*agito emozionale non pensato*.

Lo psicologo, quindi, può faticosamente analizzare la componente emozionale agita entro le differenti problematiche con le quali ci si rivolge a lui: *difficoltà* esistenziali, relazionali, produttive, educative, di potere, di efficienza; *insoddisfazione* circa la propria esistenza, le proprie relazioni affettive, la propria vita sessuale, la realizzazione dei propri progetti, delle aspirazioni, dei sogni. C'è, d'altro canto, anche il problema del come lo psicologo possa qualificare la propria competenza, al fine di indirizzare una possibile utenza alla professione psicologico clinica. La reificazione dei problemi, della quale parla Salvatore, ha quindi una giustificazione nella fretta di fondare uno spazio di lavoro per lo psicologo. Quando si parla, per lo psicologo clinico, di competenza a trattare i "problemi sessuali" o i "disturbi sessuali", gli Attacchi di Panico o i D. di P., i problemi nella relazione di coppia, i disturbi depressivi ... si persegue, appunto, una strada fondata sulla reificazione di un aspetto della realtà universalmente conosciuto, attribuendo nel contempo allo psicologo una qualche competenza nella soluzione del problema stesso. Questa rincorsa alla definizione di un'area problematica entro la quale perseguire la propria immagine competente, d'altro canto, contribuisce non poco alla confusione di immagine dello psicologo clinico e alla sua scarsa credibilità.

Facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione: è questa la competenza che fonda la funzione professionale dello psicologo clinico; è su questa strada, a nostro modo di vedere, che va perseguita la definizione della professione.

La relazione a fondamento del pensare emozioni

La psicologia clinica, nell'accezione che abbiamo assegnato al termine, è una prassi che ha la relazione quale obiettivo, strumento e oggetto di verifica. E' questo il focus che definisce la teoria della tecnica da noi chiamata "analisi della domanda". La prassi psicologico clinica si declina entro la relazione tra chi pone una domanda d'intervento e propone un problema che motiva alla domanda stessa, e lo psicologo interpellato. L'analisi della domanda implica tre elementi fondanti:

a – il problema posto allo psicologo origina entro una dinamica che abbiamo chiamato "fallimento della collusione"²; tale dinamica si situa entro le relazioni contestuali di chi pone la domanda

b – il problema relazionale viene "riprodotto" entro la relazione simbolica tra chi pone la domanda e lo psicologo

c – l'analisi di tale riproduzione simbolica, consente di elaborare un pensiero sulle emozioni vissute nel "qui e ora" della relazione di domanda e, anche, sulle emozioni caratterizzanti il "là e allora" della relazione contestuale. Ciò consente un riassetto emozionale nei confronti degli eventi che sono esitati nel "fallimento della collusione" e quindi nella problematica che motiva la domanda

In questa ipotesi, che il lettore troverà approfonditamente trattata altrove³, il lavoro dello psicologo clinico può essere riassunto entro la seguente definizione: "Facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione tra chi pone la domanda e psicologo". Questa facilitazione concerne un pensiero sulle emozioni vissute, entro la relazione clinica, dallo psicologo e da chi pone la domanda.

Il lavoro clinico ha come oggetto la competenza a "pensare emozioni": trasformare le emozioni, vissute entro la relazione clinica, in un pensiero capace di orientare l'azione e di porre l'azione stessa al posto dell'agito che non prevede un contenimento delle emozioni, trasformandole in reazioni immediate, senza la mediazione del pensiero. Sappiamo che le emozioni relazionali, se pensate, si organizzano in fantasie emozionate e pensabili; se agite, perdono ogni pensabilità e innescano circuiti problematici per la re – azione evocata nell'altro.

L'obiettivo del lavoro psicologico clinico (facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione di domanda) può sembrare da un lato riduttivo, dall'altro ripetitivo. Non è così, se si pensa alle necessarie *specificazioni* che questa definizione comporta.

Specificazioni che concernono la relazione, non il problema individuale di chi pone la domanda.

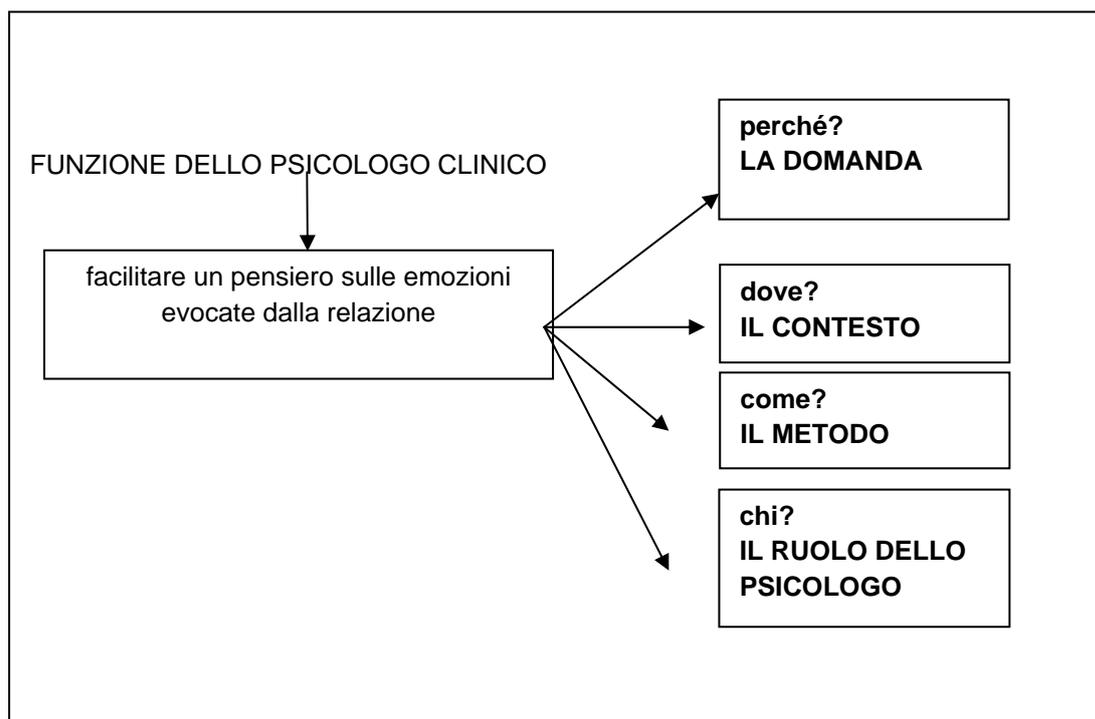
Si tratta, se si guarda attentamente a quest'ultima affermazione, di una questione di non poco conto. Ricordiamo che ci sono due vie percorribili, nella definizione della professione psicologico clinica: l'una prevede una domanda "data", fondata su problemi che si pensa siano direttamente correlati con la competenza degli psicologi; nell'altra, la professione è

² Si tratta del *fallimento di una specifica dinamica collusiva*, che richiede un riassetto del processo collusivo. Ad esempio, la relazione tra una madre e il figlio si fonda, nel corso dell'infanzia del figlio, sul rigido controllo da parte della madre. Con l'adolescenza, il figlio non accetta più di essere controllato dalla madre e, quindi, fallisce la dinamica relazionale collusiva fondata sul controllo. Occorrerà che la relazione tra madre e figlio si riorganizzi entro un nuovo processo collusivo, fondato ad esempio sullo scambio tra i due. La madre, nel veder fallire la collusione fondata sul controllo, può vivere momenti di disorientamento e di ansia e può chiedere l'aiuto di uno psicologo. In sintesi, ogni relazione è fondata, necessariamente, su un processo collusivo se la si considera entro l'ottica delle simbolizzazioni affettive; il fallimento della collusione prevede, tramite un lavoro di analisi, il riassetto della relazione su un diverso processo collusivo.

³ Si veda: Carli & Paniccchia 2003; Carli & Paniccchia, 2005.

fondata sulla costruzione di una prassi orientata dall'analisi della domanda dell'utente. Nel primo caso lo psicologo accetta la domanda "così come gli viene rivolta", e si adopera per la soluzione del problema che gli viene proposto. Un obiettivo di tale tipo si può perseguire solo con tecniche volte al cambiamento del comportamento o alla modificazione delle costruzioni cognitive che orientano l'azione. In questa ottica professionale, lo psicologo definirà la propria competenza in coerenza con la problematica "data", che gli viene presentata: lo psicologo "sessuologo" si occuperà di disturbi sessuali, lo psicologo esperto in disturbi alimentari si occuperà di anoressia e bulimia, lo psicologo esperto nei disturbi borderline si occuperà di tale patologia. La specificazione professionale psicologica, quindi, sarà connessa con la problematica presentata allo psicologo. Più in generale, questa specificazione psicologica dipenderà dalla tecnica psicoterapeutica adottata: comportamentale o cognitiva, nei molteplici orientamenti di scuola. Con l'analisi della domanda, abbiamo proposto un indirizzo professionale che intende coniugare i problemi posti dall'utente con un riferimento alla teoria della tecnica psicoanalitica: l'analisi della domanda è un intervento fondato sulla teoria psicoanalitica, ma non è volta ad applicare tale "tecnica" al fine di realizzare un'esperienza psicoanalitica, nella sua accezione classica (fare una psicoanalisi, essere in analisi, andare dallo psicoanalista); ci si propone, di contro, di individuare il senso simbolico emozionale del problema che viene posto allo psicologo, con la domanda.

Ma torniamo alle specificazioni della nostra definizione di prassi psicologico clinica. Le possiamo così riassumere:



In questa definizione, la funzione psicologico clinica appare sostanzialmente unificata, mentre ciò che differenzia i diversi interventi è la domanda analizzata, il contesto entro cui s'interviene, il metodo che si utilizza e il ruolo che lo psicologo riveste nell'intervento.

Perché?

Non è possibile progettare e realizzare un intervento volto a facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione, senza analizzare la domanda che regge e organizza l'intervento stesso. E' all'interno dell'analisi della domanda che lo sviluppo del pensiero sulle emozioni acquista senso e rilevanza mutativa. Vediamo qualche esempio al proposito.

Un CSM toscano accetta di partecipare a un progetto di ricerca – intervento della nostra Cattedra di Psicologia Clinica; intervento volto a promuovere la competenza organizzativa entro i servizi territoriali che si occupano di Salute Mentale. I motivi di questa “accettazione” sono molteplici e di difficile definizione: c'è interesse a un progetto commissionato all'Università dal Ministero (ex Salute) che fa sperare in un'attenzione ministeriale per i servizi di salute mentale in Italia; nel servizio opera una psicologa che si è formata, anni prima, entro la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica che uno di noi dirigeva; le relazioni tra operatori, entro il servizio, sono difficili, anche se tutte volte al perseguimento degli obiettivi che caratterizzano il servizio stesso. La domanda si precisa e si organizza con il passare degli incontri tra operatori e consulenti; in un role playing, giocato da sei operatori, si rappresenta collusivamente la relazione tra infermieri e ospiti di una Casa Famiglia, in occasione di un allagamento dell'appartamento occupato da un paziente grave, avvenuto per la rottura delle tubazioni dell'acqua. Il role playing aiuta a cogliere problemi di relazione tra operatori e gerarchia, tra operatori e pazienti; emerge la rilevanza della competenza a trattare i problemi relazionali nel servizio. Nello sviluppo del “gioco”, si propone, chiaramente, a tutti la difficoltà di comprensione delle emozioni agite dagli ospiti della Casa famiglia e la tendenza degli operatori a “risolvere problemi concreti”, più che a istituire rapporti capaci di pensare le emozioni caratterizzanti la relazione tra ospiti e operatori. Si può affermare che, grazie al role playing, si verifica un cambiamento nel senso degli incontri tra servizio e consulenti: la problematica che fonda la domanda si configura in modo consapevole a tutti i partecipanti, il perché degli incontri con i consulenti si fa chiaro. Ciò significa che la domanda va costruita nel corso di un intervento. Ma è la stessa costruzione della domanda che richiede un pensiero sulle emozioni vissute entro la relazione tra componenti del servizio e consulenti. Il personale del CSM, in sintesi, coglie grazie al role playing il perché della partecipazione a un intervento ove l'obiettivo esplicito è quello di incrementare la competenza organizzativa dei partecipanti; competenza a sviluppare relazioni entro il servizio, atte al raggiungimento di quegli obiettivi istituzionali che la sola competenza professionale non sarebbe in grado di garantire. La difficoltà incontrata dagli operatori nell'accettazione dell'intervento di consulenza organizzativa, riproduce gli stessi problemi che gli operatori incontrano nel loro lavoro con gli ospiti dei vari servizi (CSM, SPDC, Casa Famiglia, Centro diurno, Comunità Terapeutica): difficoltà insite nella comprensione della rilevanza che le emozioni rivestono nel rapporto di lavoro. L'accettazione doveristica degli incontri con il consulente, ridotta a un agito delle emozioni ambivalenti verso il lavoro proposto, è la stessa accettazione doveristica che gli operatori vivono nel lavoro con i degenti dei vari servizi. La comprensione di questa dimensione adempitiva, emersa nel corso del role playing, ha consentito di comprendere il senso del lavoro con il consulente e, allo stesso tempo, i problemi che caratterizzano il lavoro con i degenti.

Altre volte la domanda segue linee di attuazione differenti. Si pensi, ad esempio, all'affermata dirigente aziendale che si sente inadeguata a trattare i problemi inaggravati della figlia adolescente. In questo caso è la madre che si rivolge allo psicologo clinico, vale a dire la persona interessata allo sviluppo di un pensiero sulle proprie emozioni: per avere consigli, indirizzi, orientamenti circa il modo di “trattare” la figlia e i problemi di comportamento che ella manifesta; vediamoli con le parole della madre, questi problemi: chiusura eccessiva, timore di accostare ragazzi maschi, disorientamento a scuola, rimproveri alla madre per essersi separata dal padre, pretesa di trovare nella madre una compagna che sostituisca ogni rapporto con le amiche inesistenti e con le compagne di scuola accuratamente evitate; atteggiamenti che fanno pensare alla depressione, alla

malinconia imperante, alla tristezza esistenziale. La persona che si rivolge allo psicologo clinico chiede “consigli”, vale a dire si aspetta che lei e lo psicologo possano parlare dei problemi della figlia e possano, quasi fossero una coppia di genitori, individuare strategie per dare una mano alla giovane in difficoltà. Il perché sembra derivare da un fallimento della collusione fusionale tra madre e figlia, e l'unica strada che lo psicologo può percorrere è quella di aiutare la persona con la quale ha una relazione (la madre preoccupata) a sviluppare un “pensiero sulle sue emozioni”: le emozioni che la portano ad aspettarsi un consiglio dallo psicologo e le emozioni che caratterizzano la sua relazione con la figlia. Gli esempi potrebbero continuare a lungo. L'importante è sottolineare come lo sviluppo di un pensiero sulle emozioni, evocate dalla relazione, sia l'unica strada percorribile dallo psicologo clinico, nell'ottica che stiamo presentando. I motivi che organizzano emozionalmente la relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo clinico, sono all'origine delle emozioni che possono essere prioritariamente “pensate”.

Dove?

Lo sviluppo di un pensiero sulle emozioni è strettamente connesso al contesto entro il quale lo psicologo interviene. Ciò significa che l'intervento psicologico clinico è fortemente orientato a promuovere una competenza entro gli specifici contesti entro i quali opera chi pone la domanda. Non è possibile sviluppare un intervento psicologico se non conoscendo le caratteristiche culturali del contesto organizzativo e istituzionale entro le quali s'interviene. E' sulla base di quest'affermazione che distinguiamo tra “caso clinico” e “evento critico”.

Un esempio: nell'ambito delle organizzazioni di salute mentale, si chiede sovente una supervisione dei casi clinici “difficili”: tale lavoro di supervisione si fonda sull'analisi delle dinamiche psicodinamiche che caratterizzano il “caso” del quale si intende discutere, evidenziando le strategie d'intervento più adeguate al caso stesso; si ignorano di contro le dinamiche di funzionamento del servizio, evocate dal caso ma che non si esauriscono nel trattamento del caso. Per “evento critico” s'intende la situazione relazionale che si crea a partire da un caso clinico, ma considerando il coinvolgimento emozionale delle varie componenti organizzative che partecipano alla dinamica clinica motivata dal caso. Quando si analizza un evento critico, dunque, non ci si limita all'analisi del “caso”, nelle sue componenti psicopatologiche intrapsichiche, cognitive o relazionali; l'analisi coinvolge l'intera dinamica relazionale che vede coinvolti operatori, degenti, familiari, processi gerarchici o conflitti caratterizzanti l'intero contesto.

Qualche esempio.

In un incontro tra operatori di un CSM, si parla a lungo di una paziente “grave” e del filo da torcere che questa paziente dà, di continuo, al servizio. Se ne parla entro un incontro con noi consulenti, nell'ambito dell'intervento di promozione della competenza organizzativa, al quale abbiamo più sopra accennato. Accenniamo brevemente ai problemi della paziente, così come vengono riportati dai differenti operatori: la paziente vive con la madre; entrambe si sono avventurate, in tempi differenti, nel matrimonio ma entrambe sembrano aver fatto scappare il coniuge dopo un breve periodo di convivenza. La paziente in questione *decide*, periodicamente, di farsi ricoverare nell'SPDC del servizio; dopo un breve ricovero, sistematicamente *si fa* prescrivere l'affidamento a una comunità terapeutica, dove peraltro *pretende* giornate libere, da trascorrere con la madre (giornate che le due passano nei giardinetti limitrofi alla comunità); in una sorta di ciclo ripetitivo, la paziente *si fa* poi dimettere, per seguire trattamenti psicoterapeutici nel CSM. Qui *pretende* la prescrizione di “farmaci” ad hoc, da lei decisi: ultimo della serie il “Kinder sorpresa”, del quale è ghiotta. Gli operatori sono disorientati di fronte al comportamento della paziente e mostrano anche una spiccata aggressività nei confronti della volubilità di una persona di cui non capiscono gli obiettivi. Guardiamo, assieme agli operatori, agli “agiti” di questa donna: scoprendo come

ciò che li caratterizza sia la sua abilità nell'anticipare ogni decisione sanitaria, "costringendo" i differenti servizi a mettere in atto quelle azioni che abitualmente i servizi stessi impongono ai pazienti. La donna, in sintesi, sembra esercitare un potere "personale" e "capriccioso" sui servizi, evitando così di subire passivamente il potere sanitario. Sino a costringere il proprio psichiatra ad una mimesi della prescrizione farmacologica che, di fatto, diventa la prescrizione di un prodotto dolciario del quale è golosa. Si può così capire l'irritazione aggressiva degli operatori nei suoi confronti: la donna sembra riuscire, sistematicamente, a "rovesciare" il tradizionale rapporto di potere tra operatore sanitario e paziente grazie ad un uso appropriato della sua "follia", e può così provocare un fallimento di quella usuale collusione tra medico e paziente, fondata sulla dipendenza passiva del paziente; fallimento della collusione che si manifesta con emozioni di rifiuto "non pensato" degli operatori, sia nei confronti della paziente di cui si parla in modo compulsivo, come nei confronti degli psicologi clinici consulenti. Rifiuto della paziente, ma anche rifiuto di un lavoro di riflessione sul funzionamento organizzativo, inutile a loro dire con pazienti gravi che destrutturano ogni previsione e ogni pianificazione del lavoro. E' il pensiero sulle emozioni evocate dalla paziente che aiuta a cogliere il senso delle emozioni provate, dal gruppo degli operatori, nel lavoro di promozione della competenza organizzativa. Qui il "pensare emozioni" si fonda sulla competenza a contestualizzare le relazioni, evidenziando come il rapporto descritto con la paziente "grave", di fatto, comporta un rovesciamento delle modalità usuali di esercizio del potere tra operatore sanitario e paziente. Interessante notare che il pensiero sulle emozioni evocate dalla paziente, ma anche la contemporanea analisi della cultura sanitaria tradizionale che la paziente cerca di rovesciare a suo "vantaggio", evocano sollievo e ironia negli operatori che partecipano all'intervento psicologico con il consulente. Un lavoro di supervisione avrebbe focalizzato l'attenzione degli operatori sulla patologia della paziente; il lavoro sul caso critico ha consentito un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione tra paziente e servizio/contesto nel suo complesso.

Un giovane studente, alla fine del primo anno d'università, arriva dallo psicologo clinico su pressante invito della madre, preoccupata per l'insuccesso nei suoi studi di ingegneria, abituata com'era al suo primeggiare nella classe durante il liceo. Il giovane si reca dallo psicologo ma, dice, solo per accontentare sua madre. A suo parere le cose non vanno poi tanto male. Qui il contesto è dato dal triangolo creatosi tra studente, madre e psicologo. Il giovane accontenta passivamente la madre, alla quale non sa opporsi. Ma rifiuta e vanifica ogni possibile lavoro con lo psicologo, che vede soltanto come un'inutile appendice delle preoccupazioni della madre. Lui, di contro non è preoccupato e non intende sviluppare una domanda d'aiuto. Il contesto della domanda di consulenza psicologica s'organizza secondo le usuali modalità relazionali del giovane: un rapporto di passività con la figura femminile e un rapporto di sfida nei confronti della figura maschile. Il liceo, con la sua frequenza quotidiana, con il controllo sistematico della presenza degli studenti (l'appello) e della preparazione (interrogazioni e compiti in classe) rappresentava per il giovane la confortevole e assidua funzione materna; mentre l'università, con la sua libertà senza controlli, con la folla di frequentanti, con le regole impicanti autonomia e iniziativa, rappresenta una sorta di richiamo alla funzione paterna, con la quale il giovane è chiamato a identificarsi. Il contesto "triangolare", quindi, ben rappresenta le emozioni che il giovane agisce nel rapporto forzato e passivo con lo psicologo. Proprio entro questa dinamica lo psicologo potrà lavorare, tenendo conto che, in una sua "parte", il giovane chiede di capire perché ha accettato di andare dallo psicologo, pur presentandosi con un atteggiamento di sfida comunicato tramite la passività disinteressata.

Tener conto del contesto e analizzarne la dinamica relazionale, significa comprendere in base a quali simbolizzazioni emozionali della relazione si verifica il fallimento della collusione; significa quindi capire quali dinamiche emozionali vengano riprodotte nella relazione tra chi pone la domanda d'intervento e lo psicologo.

Come?

L'interpretazione è lo strumento metodologico caratterizzante l'operare psicologico clinico. Ma interpretare significa promuovere un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione e vissute, da chi pone la domanda, a partire dalla stessa relazione di domanda e dalla dinamica vissuta entro il contesto. L'interpretazione, d'altro canto, non coincide minimamente con lo spiegare. Quando s'interpreta, necessariamente si comunicano emozioni, in quanto l'interpretazione avviene entro una relazione.

Pensiamo agli operatori irritati dalla paziente "manipolatrice" che "riesce a far fare loro quello che vuole". Lo psicologo consulente potrebbe dire a questi operatori: "ci siete cascati!". Ciò potrebbe far capire loro in quale processo emozionale siano implicati con la paziente, ma al contempo evidenzerebbe la pochezza della loro competenza a capire. Più che di ironia, qui si tratta di un intervento sarcastico, in qualche modo irridente gli operatori stessi. E, con il sarcasmo, si evoca inevitabilmente una difesa volta a negare ciò che viene proposto. Si potrebbe, di contro, cogliere il senso rassicurante, per la paziente, dell'anticipare le decisioni dei differenti servizi di salute mentale nei suoi confronti. E cogliere anche l'affetto degli operatori per la paziente, quell'affetto che fonda il loro assecondarne le richieste. Cogliere, infine, il legame profondo della paziente nei confronti del servizio nel suo complesso, dal quale non riesce a staccarsi ed entro il quale pianifica, a ben vedere, tutta la sua vita. Così facendo, lo psicologo che propone l'interpretazione comunica la sua simpatia per il gruppo degli operatori, per il loro darsi da fare con pazienti difficili e complessi, per la loro dedizione nel lavoro e per il loro interesse nel capire qualcosa, assieme allo psicologo, di quanto succede loro emozionalmente. Strachey diceva che l'interpretazione mutativa è in grado di sostituire un super Io⁴ punitivo e severo, nel mondo interno del paziente, con un super Io aiutante e benevolo. Questa sostituzione non è meccanica e dipende dall'atteggiamento dello psicologo clinico nei confronti delle persone e dei gruppi con i quali lavora. E' questo un tema di grande rilievo. Pensiamo che all'ironia come all'atteggiamento più importante in questa strategia interpretativa. Essere ironici significa, per lo psicologo consulente, non prendersi troppo sul serio; significa proporre un senso a quanto succede nella sua relazione con chi pone la domanda, ma anche saper accettare un rifiuto di quanto propone, e essere capace di aspettare tempi migliori per l'accettazione di un senso che in quel momento non può esser riconosciuto. Ogni psicologo costruisce un suo stile personale nel proporre un pensiero sulle emozioni che caratterizzano la sua relazione di intervento. L'importante, peraltro, è la consapevolezza che l'interpretazione ha senso solo se si pone quale aiuto a pensare, nelle relazioni contestuali di chi pone la domanda. Ciò comporta l'accettazione e la conoscenza del contesto entro il quale chi pone la domanda lavora o vive; comporta anche l'elaborazione delle emozioni che il lavoro consulenziale evoca, quindi una continua attribuzione di senso alle proprie emozioni, nel rapporto di consulenza o di intervento.

Anche le esercitazioni, quali strumenti per riflettere sulla dinamica collusiva evocata dall'agire esercitativo, aiutano a questo. Purché non si prendano le esercitazioni come comportamenti da correggere o da ricondurre a modelli auspicati. Si veda ad esempio il dilemma del prigioniero, troppo spesso utilizzato dagli psicologi per condannare il comportamento competitivo e osannare quello collaborativo.

⁴ Strachey utilizza categorie della seconda topica freudiana, ove la concezione strutturale della mente prevede una suddivisione tra Io, super Io e Es. Noi utilizziamo, nella nostra proposta teorica, i costrutti della prima topica e facciamo riferimento al modo d'essere inconscio della mente nelle caratteristiche capaci di farne "la vera realtà psichica". Se, d'altro canto, si guarda alla tripartizione della seconda topica come a *funzioni* mentali e non a caratteristiche strutturali, si può ridurre drasticamente la differenza tra prima e seconda topica nella proposta teorica di Freud.

Ricordiamo a questo proposito l'andamento di un'esercitazione denominata "TAT in Acquario", svolta con alcuni operatori di un CSM al termine di una complessa e interessante serie di incontri volti a sviluppare un pensiero sul loro lavoro. Ricordiamo brevemente come avviene l'esercitazione. Si chiede agli operatori, una ventina circa, di suddividersi in due gruppi. A ciascun gruppo viene consegnata una fotografia (diversa per i due gruppi) e viene chiesto agli operatori di trarre spunto dalla figura consegnata, per raccontare una storia. Ogni operatore scrive la sua storia, con la raccomandazione di rendere interessante il racconto sotto il profilo emozionale e di esprimere, così, la propria competenza nell'esplorare le emozioni dei personaggi e nel drammatizzare le relazioni tra loro. Questa raccomandazione ad elaborare una storia "emozionalmente impegnata" serve a implicare profondamente, ciascun operatore, nel racconto del quale si fa autore. Successivamente uno dei due gruppi, posto al centro della stanza, viene invitato a stilare una storia di gruppo, a partire dalla stessa figura utilizzata per le storie individuali. L'altro gruppo osserva la dinamica delle relazioni che caratterizzano l'elaborazione della storia di gruppo, con l'obiettivo di rilevare quali processi relazionali facilitino il perseguimento dell'obiettivo e quali lo ostacolino.

Torniamo ai nostri operatori del CSM: il primo gruppo, per elaborare la storia di gruppo, si sofferma a lungo sulle storie individuali e quasi al termine del tempo concesso si impegna per stilare una storia di gruppo che, a detta del gruppo come degli osservatori, impoverisce emozionalmente la ricchezza delle singole storie. Il secondo gruppo, una volta confrontato con lo stesso compito di elaborare una storia di gruppo, ancora "spende" la quasi totalità del tempo concesso per apprezzare le storie individuali e solo al termine decide che la storia di gruppo debba coincidere con la più "bella" delle storie singole, quella che più sembra rappresentare il gruppo stesso. Pensiamo all'obiettivo "tradizionalmente didascalico" con cui viene usata questa esercitazione: verificare la difficoltà di un abbandono delle posizioni personali, narcisisticamente sollecitate dalla composizione del proprio racconto, per arrivare a una condivisione produttiva di gruppo (la storia di gruppo), condivisa dall'intero gruppo d'appartenenza. Ebbene, se letta in quest'ottica, l'esercitazione sembra sottolineare la forza del narcisismo dei singoli operatori nel primo come nel secondo gruppo, e la difficoltà a realizzare un prodotto comune e condiviso. Ma l'assistere alla lettura delle storie individuali non comunica per nulla tale dinamica di individualismo narcisista; all'opposto, sembra che la partecipazione di tutti alla lettura dei diversi racconti individuali sia molto intensa. Perché? Una risposta si può trovare nella valenza collusiva, quindi "grupuale" delle singole storie: ogni operatore ha simbolizzato, nella propria storia, un aspetto della dinamica collusiva caratterizzante il gruppo e l'insieme del seminario. Non si tratta, quindi, di storie "individuali" ma di tante storie di gruppo, ispirate dalla partecipazione intensa e condivisa, di tutti, alle varie fasi del seminario. Cogliere, nel caso del seminario del quale stiamo parlando, la valenza collusiva delle storie individuali e la dinamica simbolica delle storie stesse, capaci di riassumere le vicende dell'intero seminario e del rapporto tra operatori e consulenti, è importante: l'esercitazione ha rappresentato il momento culminante di un processo di pensiero emozionato sulle vicende del servizio; l'interpretazione del senso collusivo delle storie ha colto, nel profondo, la dinamica produttiva del seminario.

Chi?

Si apre, infine, il problema del ruolo dello psicologo, entro l'intervento clinico. Il ruolo di chi propone un pensiero sulle emozioni vissute entro la relazione, comprende temi quali la credibilità dello psicologo, la simbolizzazione emozionale con cui lo psicologo viene vissuto da chi pone la domanda e partecipa alla relazione ove si promuove un pensiero sulle emozioni. Le emozioni entro le quali sviluppare un pensiero sono, innanzitutto, quelle che caratterizzano la relazione d'intervento: le emozioni evocate dalla figura dello psicologo, dalla sua funzione, dal suo proporsi e dal suo modo di procedere entro la relazione stessa.

La figura dello psicologo, la sua rappresentazione emozionale si configurano quali primi stimoli emozionali, entro i quali sviluppare un pensiero. Nel passato abbiamo fatto riferimento a questa dinamica emozionale denominandola transfert istituzionale: si tratta di quel processo di simbolizzazione affettiva dello psicologo e della relazione d'intervento, alla quale contribuiscono sia la riproduzione simbolica delle relazioni di contesto come anche la modalità con cui si è istituita la relazione tra psicologo e chi pone la domanda. In altri termini, al transfert istituzionale contribuiscono le simbolizzazioni contestuali di chi pone la domanda come anche dello psicologo.

Si pensi ad esempio, e siamo alla situazione più semplice anche se spesso problematica per lo psicologo, alla relazione psicoterapeutica che uno psicologo istituisce con il suo primo e/o con il suo unico paziente. In tale situazione si può istituire una relazione ove, nell'atteggiamento dello psicologo e nel suo proporsi entro la relazione stessa, può prevalere la preoccupazione di "perdere il paziente". Si tratta di un assetto relazionale problematico, che spesso può esitare nell'evento temuto proprio per la pressione caratterizzante la profezia che si autoavvera.

Si pensi alla diffusa situazione di sottooccupazione degli psicologi, entro le più varie organizzazioni del lavoro: ad esempio le comunità per malati psichici gravi, ove si chiede allo psicologo di assistere i malati nella loro quotidianità fatta di pulizia personale, di custodia preventiva di fughe dalla comunità, di assistenza durante il turno di notte; la funzione di AEC (assistente educativo culturale), spesso ricoperta da psicologi ai quali viene affidato l'accompagnamento di alunni o allievi portatori di handicap. Si tratta di funzioni che, se svolte da uno psicologo, possono avere uno sviluppo professionale interessante; ma anche di funzioni che spesso gli psicologi ricoprono passivamente, con il rammarico o la rabbia di non veder formalmente riconosciuta la propria professionalità.

Il problema del ruolo che lo psicologo riveste entro l'intervento, ha un rilievo importante se si pensa alla situazione professionale psicologica, precaria e caratterizzata nel nostro paese da diffusa disoccupazione o sotto-occupazione. Disoccupazione e sotto-occupazione di psicologi approssimativamente formati alla professione, e questa è una responsabilità rilevante delle facoltà universitarie di psicologia. Un giovane psicologo, nel raccontare delle sue prime esperienze professionali, parlava di due grandi difficoltà emozionali che obnubilavano la sua mente nel corso del lavoro: la tendenza a imitare e la rabbia. Queste due emozioni erano strettamente connesse l'una all'altra: la sua incompetenza lo portava a imitare quanto aveva visto fare da alcuni insegnanti nel corso delle lezioni e delle esperienze pratiche seguite nel corso di laurea; ad esempio l'applicazione di alcune esercitazioni, il proferire frasi ascoltate da qualche docente e che avevano esercitato un qualche fascino, la riproposizione di specifiche situazioni d'intervento. Ma queste ripetizioni, incapaci di ricostruire quanto egli aveva vissuto nel corso della formazione, lo riempivano di rabbia impotente e di disistima verso se stesso, capace solo di queste inutili imitazioni. La formazione ricevuta va trasformata in una competenza fondata sul proprio stile personale, sull'iniziativa che necessariamente consegue alla comprensione delle dinamiche che si istituiscono nella relazione professionale, sul ruolo psicologico che la competenza consente, piano piano, di acquisire. Il ruolo professionale è determinato dalla competenza acquisita, certamente, ma anche dal contesto entro il quale si lavora e dal periodo storico – culturale entro cui si sviluppa la propria professionalità. E' importante, per lo psicologo, aver chiara quale è la funzione della psicologia assegnata dal contesto, entro il periodo storico in cui opera: non esiste una competenza professionale *astorica*, per lo psicologo. La competenza va iscritta entro la cultura del momento, nelle sue componenti economiche, sociologiche, politiche prevalenti. Non si tratta di una storicità la cui lettura si possa acquisire solo con la storia della psicologia; storia della psicologia che, con la ricostruzione minuziosa di esperienze obsolete, può a volte allontanare dalla consapevolezza storica del contesto in cui si opera. Si tratta piuttosto di una consapevolezza culturale che può essere approfondita

solo con l'ampliamento delle conoscenze psicologiche, con il loro radicamento entro una più ampia analisi delle componenti economiche e politiche, ma anche artistiche, sociali, capaci di comprendere le vicende e le problematiche dei gruppi sociali entro i quali si lavora e ai quali s'appartiene. E' in questo ambito che si ravvisano i limiti più forti e condizionanti della formazione psicologica nel nostro paese.

PARTE SECONDA – LE TAPPE DEL PROCESSO FORMATIVO ALLA FUNZIONE CLINICA IN PSICOLOGIA

Introduzione

Si è detto dell'obiettivo caratterizzante l'intervento psicologico clinico e l'intervento psicoterapeutico: facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo.

Ci si può chiedere come sviluppare la competenza psicologica atta a realizzare l'obiettivo ora sintetizzato, nella sua complessa articolazione professionale. Si tratta dell'obiettivo formativo che caratterizza la Scuola di specializzazione in Psicoterapia psicoanalitica - Intervento psicologico clinico e Analisi della domanda, di SPS⁵.

Possiamo così sintetizzare i punti programmatici del processo formativo:

1 – Conoscere le proprie emozioni entro la relazione clinica

2 – Conoscere le emozioni dell'"altro emozionato" in rapporto alle proprie emozioni, entro la relazione clinica

3 – Interpretare, vale a dire proporre un pensiero emozionato sulle emozioni della relazione clinica

4 – Elaborare la frustrazione che il lavoro clinico comporta

Vediamo di approfondire questi punti, a nostro avviso rilevanti per lo sviluppo della competenza clinica, nell'accezione proposta in questo lavoro.

Conoscere le proprie emozioni entro la relazione clinica

La formazione clinica parte dalle emozioni degli allievi: è importante che gli allievi apprendano a conoscerle, per estendere poi la conoscenza a quanto succede nella relazione clinica. La relazione è il luogo ove la conoscenza emozionale di sé e dell'altro acquistano una inscindibile funzione integrata. Non si tratta, quindi, di acquisire una conoscenza delle proprie emozioni "in generale" o, se si vuole, entro la relazione che organizza la propria "formazione personale": ad esempio nell'ambito dell'esperienza psicoanalitica personale o didattica che sia.

Nella Scuola SPS abbiamo a lungo discusso sull'opportunità di *prescrivere* agli allievi un'esperienza psicoanalitica personale, quale pre-requisito per accedere alla formazione clinica della Scuola. Giungendo alla conclusione sull'inopportunità di tale richiesta. Ciò per ragioni che qui proveremo a sintetizzare:

⁵ La scuola è stata fondata nel 2004 dallo Studio di Psicosociologia di Roma; il Direttore della scuola è Renzo Carli; il Comitato scientifico - didattico è composto, assieme al Direttore, da Paola Cavalieri, Anna Di Ninni, Rosa Maria Paniccia e Pietro Stampa.

a - l'esperienza psicoanalitica obbligatoria è una palese ingiunzione paradossale; è impossibile sperimentare un'esperienza psicoanalitica con uno scopo diverso da quello di partecipare emozionalmente alla relazione analitica, in funzione di propri problemi riconosciuti e di una decisione autonoma. Quando si accetta di fare analisi "per essere ammessi a una scuola di formazione" si perverte l'esperienza psicoanalitica, la si fa diventare qualcosa d'altro. Non è, questo, un buon inizio per la propria formazione.

b – l'esperienza di un trattamento psicoanalitico personale può essere utile solo se motivato da qualche problematica personale, appunto, che porta alla costruzione di una domanda.

Questa utilità, d'altro canto, non garantisce in alcun modo la competenza clinica di chi voglia esercitare la psicoanalisi in tutte le sue forme d'intervento. Il trattamento personale, infatti, aiuta all'elaborazione delle proprie dinamiche emozionali in relazione al problema che ha motivato all'analisi, e tutto questo all'interno della relazione psicoanalitica stessa. Non forma all'assunzione del ruolo professionale di psicologo, né alla competenza a intervenire entro le differenti realtà sociali e organizzative. Per quanto concerne il ruolo professionale, è facile che l'identificazione con il proprio analista risolva il problema, spesso entro la dinamica del binomio imitazione – rabbia al quale abbiamo fatto cenno più sopra. Per quanto concerne la valenza sociale dell'intervento psicologico, da parte dello psicoanalista che affida alla sua analisi personale la competenza ad intervenire, il perseguimento del conformismo è l'esito più frequente.

c – la formazione è un'esperienza clinica. All'interno del processo formativo si sperimentano relazioni capaci di evidenziare le emozioni dei singoli e del processo collusivo che fonda la formazione stessa. Il processo formativo⁶, nelle sue differenti articolazioni, è più vicino alla realtà sociale e culturale dell'intervento, di quanto non lo sia la relazione psicoanalitica duale. In questo senso la conoscenza delle proprie emozioni è perseguibile entro il processo formativo, se la formazione viene strutturata in modo da consentire questo approfondimento emozionale. La formazione, è utile sottolinearlo, si inverte tramite molteplici relazioni; ne ricordiamo alcune: la relazione tra docenti e allievi, la più scontata evidentemente; ma anche la relazione tra allievi (nelle più diverse articolazioni, ad esempio tra allievi uomini e allieve donne, tra allievi di differenti età, cultura o motivazione alla frequenza della scuola, tra singoli allievi e gruppo di formazione); quella tra scuola quale istituzione e allievi; quella tra scuola e contesto culturale entro cui la scuola opera; la relazione tra allievi, scuola e strutture di tirocinio⁷. Nell'ambito di queste molteplici relazioni è possibile l'approfondimento di una conoscenza "emozionata" delle proprie emozioni, da parte degli allievi.

La nostra scuola dedica, nel corso del primo anno, specifiche attività formative volte a questo obiettivo di conoscenza emozionale - emozionata, da parte degli allievi: in particolare pensiamo all'esperienza di *monitoraggio del processo di apprendimento* e di *monitoraggio del tirocinio*, ai quali viene dedicata sin dal primo anno, e per i quattro anni del corso, una congrua parte dell'attività didattica. Si tratta di un lavoro in piccolo gruppo ove l'analisi del processo relazionale e delle emozioni che ne accompagnano la partecipazione, da parte dei singoli allievi e del gruppo d'apprendimento, è l'obiettivo principale del lavoro di confronto e di esplorazione delle dinamiche collusive.

Conoscere le emozioni dell'altro emozionato, in rapporto alle proprie emozioni, entro la relazione clinica

⁶ Si veda: Carli, Grasso & Paniccia, 2007.

⁷ Si vedano al proposito i contributi di Renzo Carli e degli allievi del 2° anno della nostra Scuola di Psicoterapia psicoanalitica SPS, sul tema "Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale" comparsi sul n. 1/2009 della Rivista di Psicologia Clinica (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

E' questo un punto importante del processo formativo all'utilizzazione della relazione psicoanalitica entro l'intervento. L'accesso alle proprie emozioni può seguire una strada diretta, intuitiva per certi versi, connessa a categorie primitive della vita emozionale quali amico-nemico, dentro-fuori, alto-basso, davanti-dietro, ove peraltro le emozioni fanno riferimento a tematiche motivazionali quali l'appartenenza, l'acquisizione di un potere entro il gruppo di appartenenza, la motivazione a produrre secondo parametri di eccellenza. Più complessa è la conoscenza delle emozioni dell'"altro", entro la relazione clinica: qui serve una complessificazione dell'assetto categoriale, capace di organizzare quanto si può intuitivamente cogliere dell'altro, nella relazione con noi. Non si conosce "l'altro" come entità a se stante e indipendente da noi; si conosce, di contro, l'altro emozionato nella sua relazione con noi. Qui l'esperienza di tirocinio acquista una rilevanza fondamentale nell'ottica formativa della nostra scuola. La riflessione approfondita sul tirocinio consente di verificare come gli allievi si mettono in relazione con l'"altro", al di fuori della scuola: l'altro quale struttura entro cui si svolge il tirocinio, quale supervisore della propria esperienza, quale paziente con il quale svolgere colloqui di accoglienza, analisi della domanda o di terapia; l'altro quale familiare di un paziente ricoverato, ad esempio, in un SPDC; l'altro psichiatra, infermiere, educatore o assistente sociale con cui collaborare nella gestione di un caso o da seguire nel suo lavoro per apprendere. Ancora una volta l'attenzione, ai fini dell'apprendimento, non è rivolta al "caso clinico" ma all'"evento critico" nel suo insieme; evento critico che può acquisire un senso formativo, solo se si è in grado di approfondire la conoscenza delle emozioni che caratterizzano le diverse relazioni dell'allievo, nell'esperienza del tirocinio come nel suo apprendere entro la scuola. E' importante che la conoscenza emozionale dell'"altro" non sia fondata su schemi conoscitivi precostituiti (ad esempio le classificazioni psicopatologiche nelle loro varie formalizzazioni) o su dimensioni stereotipalmente strutturate. La conoscenza delle emozioni dell'altro sta a mezzo tra conoscenza delle proprie dinamiche emozionali e ciò che si può comunicare perché l'altro possa conoscere qualcosa di sé. Si tratta di una conoscenza che è in bilico tra le difese volte a non riconoscere qualcosa di se stessi, e l'inutilità di definizioni stereotipali delle quali l'altro non saprà che farsene. Conoscere le emozioni, significa comunicare. Non si dà conoscenza emozionale che non sia anche comunicazione, a sé o all'altro, della conoscenza stessa. Quando una conoscenza emozionale non è anche comunicazione, si trasforma ineluttabilmente in agito reattivo e non porta a nulla sul piano psicologico clinico.

La conoscenza emozionale dell'altro va sperimentata, non studiata. E' tramite l'esperienza di relazioni emozionali che si può iniziare una lenta e faticosa costruzione di categorie di conoscenza delle emozioni altrui. Si tratta di categorie idiosincratice, che solo con il tempo possono essere ridiscusse e confrontate con le categorie di altri colleghi, nel gruppo d'apprendimento come nell'ambito del tirocinio. In questo senso è per noi importante che la conoscenza si trasformi in resoconto⁸. Se si conosce l'altro tramite categorie psicopatologiche, si fa diagnosi; quella diagnosi della quale poi non si sa che farsene, vista la limitatezza di senso che la diagnosi riveste in psicologia clinica. Se si conosce l'altro tramite categorie emozionate, tratte dalla conoscenza delle proprie emozioni e della relazione, allora questa conoscenza è resocontabile. A sé, all'altro e alla comunità scientifica alla quale s'appartiene. Noi conosciamo le emozioni dell'altro tramite le nostre

⁸ Si vedano in proposito i contributi delle "Giornate sulla resocontazione come metodo d'intervento in psicologia clinica" (maggio 2008) con i contributi di Paniccia, Freda, Carli, Venuleo, Giovagnoli, Glejises, Cordella, Margherita, pubblicati sul n. 2/2008 della Rivista di psicologia clinica; con i contributi di Gentiloni, Padiglione e Paniccia, Giovagnoli pubblicati sul n. 3/2008 della stessa rivista (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>). Si vedano anche: Carli, 2007. Dopo le prime giornate sulla resocontazione, sono stati tenuti altri due convegni sullo stesso tema, il primo a Roma il 31 gennaio 2009 con la partecipazione dell'archeologa prof.ssa Andreina Ricci e l'introduzione di R. Carli, il secondo a Napoli con la partecipazione del filosofo prof. Giuseppe Cantillo e l'introduzione di Maria Francesca Freda. A Roma e a Napoli si sono costituiti due gruppi di lavoro sul resoconto che fanno ricerca sul tema.

emozioni: quelle nostre emozioni che vengono evocate e sollecitate nella relazione con l'altro emozionato. E' quindi preliminare a una conoscenza delle emozioni altrui, la conoscenza delle proprie emozioni entro la relazione clinica. Quest'ultima specificazione è molto importante: possiamo conoscere le nostre emozioni entro le relazioni familiari, o entro la relazione analitica personale, spesso una ripetizione delle dinamiche familiari all'interno del processo transferale. Le cose stanno diversamente quando si tratta di conoscere le emozioni dell'*altro del quale ci si fa carico clinicamente*. L'assunzione di responsabilità cliniche, cambia notevolmente il processo di relazione e di conoscenza dell'allievo in formazione come anche dello psicologo esperto. Nella relazione clinica "l'altro parla di te", alla ricerca di una conoscenza di se stesso. Questo "parlare di te" pone il clinico entro un coinvolgimento emozionale intenso e specifico della professione: una professione, quella psicologico clinica, ove la competenza sta appunto nell'elaborazione e nella restituzione, utile all'altro, delle emozioni conosciute tramite il proprio coinvolgimento emozionale. Un coinvolgimento che mette continuamente in gioco l'identità personale e professionale dello psicologo, la sua sicurezza e la sua immagine, il confronto con la realtà e la competenza a pensare le proprie emozioni sollecitate dalle emozioni dell'altro entro la relazione. Le difese nei confronti di questo processo sono spesso massicce e drastiche: l'incasellamento dell'altro entro categorie psicopatologiche, ad esempio, può aiutare a sopportare la pressione emozionale alla quale si può essere sottoposti ("capisco perché il mio interlocutore mi sollecita forti emozioni di rabbia, si tratta di un caso di personalità paranoide": ecco ancora il caso clinico che si sostituisce all'evento critico); l'agito emozionale può divenire incontrollabile, e lo psicologo può sgridare, rimproverare l'interlocutore, può prenderlo in giro, può denigrarlo o può interporre tra sé e l'altro una sorta di scudo anafettivo che rasenta il cinismo. Altre difese possono concernere una risposta emozionale riferita a se stessi, che può andare dal deprimersi al proporre a se stessi e all'altro un sé grandioso e onnipotente. Queste difese, spesso giustificate sulla base di una non completa elaborazione delle proprie emozioni entro il processo analitico, non mettono al riparo dalla problematica della quale stiamo parlando nemmeno gli psicologi più profondamente e attentamente analizzati. Questo perché le difese non derivano dalla incompleta analisi di sé, ma da un deficit formativo nel processo di conoscenza delle emozioni dell'altro *entro la relazione clinica*. Nella formazione psicoanalitica classica si provvede a questo tramite la supervisione dei primi casi clinici che l'allievo in training analitico prende in cura. Esperienza utile, senza dubbio. Riteniamo, peraltro, che la supervisione non debba concernere "solo" il caso clinico, ma quell'insieme di dinamiche emozionali che abbiamo proposto di chiamare evento critico. Limitare la supervisione al caso clinico, sovente non consente di cogliere quelle situazioni cliniche che non hanno a che fare con la situazione "duale" della cura psicoanalitica, ma l'insieme delle relazioni che caratterizzano l'intervento psicologico clinico. Quell'insieme di rapporti che si incontrano nel lavoro di intervento presso le organizzazioni sanitarie, scolastiche o di altra natura, come anche entro la pretesa situazione "duale" della cura psicoanalitica stessa. Questo è il motivo per cui preferiamo parlare di monitoraggio di eventi critici, piuttosto che di supervisione di casi clinici.

La nostra scuola dedica alla conoscenza delle emozioni dell'altro, entro la relazione clinica, il secondo anno⁹ di formazione, nel programma quadriennale. Ancora con il monitoraggio dell'apprendimento e con il monitoraggio del tirocinio. Ma anche con i differenti apporti di specifici insegnamenti condotti con l'ottica delle lezioni emozionate¹⁰.

⁹ Si tratta di suddivisioni schematiche, fondate su una sorta di propedeuticità delle varie fasi della formazione. Nel progredire del processo formativo, d'altro canto, i differenti e progressivi obiettivi formativi vengono integrati con quelli successivi. Se al primo anno la formazione è centrata sulla conoscenza delle proprie emozioni entro la relazione clinica, al secondo anno l'attenzione alle emozioni dell'altro nella relazione clinica comporta, come s'è detto, la conoscenza delle proprie emozioni.

¹⁰ Si veda al proposito il lavoro di Carli, Grasso & Paniccia, 2007.

Interpretare

Si apre un tema di grande interesse: come realizzare la comunicazione di un pensiero emozionato sulle emozioni vissute nella relazione clinica. Al fine di facilitare, nell'altro, un pensiero sulle proprie emozioni.

Guardiamo alla definizione che Laplanche e Pontalis¹¹ danno del termine Interpretazione:

"A – Esplicitazione, mediante l'indagine analitica, del senso latente nei discorsi e nella condotta di un soggetto. L'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo ed è rivolta in ultima analisi al desiderio che viene formulato in ogni produzione dell'inconscio.

B – Nella cura, comunicazione fatta al soggetto e tendente a farlo accedere a questo senso latente, secondo regole imposte dalla direzione e dall'evoluzione della cura." (pp. 238-239 del 1° vol.)

La parola centrale della definizione è "esplicitazione", dal latino *explicitus*, forma parallela di *explicatus* che vale svolto, spiegato. Esplicitare vale spiegare, dichiarare in modo aperto, senza lasciar dubbio, in modo da non dare adito a interpretazione di ciò che viene spiegato. Curioso che il termine esplicitare, usato per definire l'interpretazione, sembri parlare di un'interpretazione come spiegazione, talmente chiara da non lasciar alcuno spazio all'interpretazione, da parte di chi riceve la spiegazione stessa. Si spiega il senso latente dei "discorsi" e della "condotta" di un individuo, possibile grazie all'indagine psicoanalitica. Quindi, interpretazione come spiegazione del senso latente di un discorso come di un comportamento: l'interpretazione mette in luce il desiderio che l'inconscio necessariamente formula. Interpretare, secondo i due autori citati, significa arrivare al desiderio inconscio che il conflitto difensivo può mascherare. Interpretare, in altri termini, significa far emergere il desiderio inconscio: nell'interpretazione si sa già a priori che cosa si va cercando, per esplicitarla, spiegarla. Comunicando questa spiegazione al paziente, nell'ambito di precise regole della cura, si consente al paziente stesso di accedere al senso latente insito nei suoi discorsi o nel suo comportamento.

Pensiamo che sviluppare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione sia ben diverso dallo spiegare il desiderio latente. In quest'ultimo caso c'è un preciso e predefinito obiettivo dell'interpretazione; nel caso del pensare emozioni, di contro, si tratta di trasformare un vissuto emozionale in parole capaci di dare senso alle emozioni stesse. La relazione clinica, come più volte s'è detto, prende origine dalla domanda; domanda che, a sua volta, fa riferimento a un problema vissuto da chi pone la domanda nel suo contesto abituale. Il problema si trasforma in emozioni vissute entro la relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo. Sta allo psicologo proporre un pensiero sulle emozioni della relazione, che dia senso alle emozioni stesse. Il processo del dare senso alle emozioni, se ripetuto entro la relazione clinica, aiuta a dare senso al problema che ha motivato la domanda. La sequenza di interventi dello psicologo, volti a dare senso alle emozioni vissute personalmente e da chi pone la domanda entro la relazione, consente l'emergere del senso del problema che ha portato la persona o l'organizzazione a chiedere l'intervento clinico.

La difficoltà dell'interpretare sta nella discrepanza epistemica tra vissuto emozionale e interpretazione intesa come pensare emozioni. Il pensiero si manifesta tramite il linguaggio categoriale, mentre le emozioni non hanno a che fare con il linguaggio. La relazione tra emozioni e pensiero sulle emozioni è simile a quella esistente tra vissuto di un sogno e racconto del sogno allo psicologo. Il sogno "raccontato" subisce una trasformazione simbolica profonda: si passa dal vissuto emozionale a un discorso sul vissuto, volto a trasformare un vissuto idiosincratico in un messaggio comunicativo: il sogno vissuto è un

¹¹ Laplanche & Pontalis, 1967.

evento “privato” del sognatore, mentre un sogno raccontato è un evento “pubblico” in quanto istituisce una relazione tra sognatore e destinatario del racconto. Il linguaggio è sempre uno strumento approssimativo, nella trasformazione di un’emozione in un discorso. Il linguaggio, inoltre, se viene dallo psicologo e concerne le emozioni vissute entro la relazione, riflette le categorie di analisi delle emozioni che sono proprie dello psicologo stesso. E’ solo con la trasformazione della comunicazione dello psicologo in un conferimento di senso delle stesse emozioni, da parte di chi pone la domanda, che si può avviare quella catena di conferimento di senso, che porterà a dare senso al problema che ha motivato la domanda. Quest’ultimo lavoro lo può fare soltanto chi ha porto la domanda allo psicologo; con l’aiuto dello psicologo, ma senza che lo psicologo assuma la funzione sostitutiva del pensare emozioni da parte di chi pone la domanda. Proviamo a chiarire il tema con un esempio, tratto dal resoconto di una nostra allieva della Scuola SPS che concerne il suo tirocinio entro un Comunità Terapeutica per pazienti mentali gravi. Il resoconto concerne il suo incontro con un paziente che chiameremo Antonio. Incontro che evoca emozioni che la tirocinante non riesce a pensare, quindi a interpretare. Ecco il brano del resoconto:

Il primo intento di ciò che provo a fare al tirocinio può essere espresso da questo episodio che riguarda Antonio, un utente della comunità e me. Ci trovavamo nello spazio adibito ai fumatori, attorno ad un tavolo insieme ad altri utenti ma con nessun altro operatore; sottolineo questo perché mi sembra un’informazione da interrogare ulteriormente e su cui al momento sto ancora pensando: non appena arriverà un’operatrice, Antonio ripiomberà immediatamente nel suo sguardo basso e assorto; se invitato a parlare tornerà a farlo per monosillabi e risposte laconiche. Il discorso di Antonio si colloca subito dopo quello di un altro utente, Corrado, spesso intento con me a fare sfoggio delle sue esperienze di estremo limite: mi raccontava infatti delle enormi quantità di cocaina sniffata, canne, alcool a partire dalla preadolescenza e delle numerose situazioni in cui si è sentito molto male a conseguenza di questi comportamenti. Antonio interrompe Ivan ed esordisce con: “E allora io!? Lo sai che per una settimana ho fatto parte di una banda della camorra?” Da qui inizia il suo racconto di ciò che ha visto fare e a cosa si è sottoposto: mi racconta il rito della sua iniziazione, mi parla della gente minacciosa che faceva parte di quella banda, di quanto si “distruggevano” con alcool e droga, di tutte le cose che si sentiva costretto a fare, fra cui mi racconta di simboli religiosi distorti come la croce, simbolo della banda, e di quella che gli hanno ordinato di incidersi lui stesso sul suo corpo; così si alza in piedi e mi dice che vuole farmi vedere la croce che ancora gli è rimasta, si scopre il braccio puntualizzando che, per incidersela nella pelle, ha usato delle piccole forbici. Vedo una brutta cicatrice, anche male rimarginata; vedo il dolore. Ciò che era partito come un tentativo di primeggiare ai miei occhi, si è addensato anche di altro; infatti tutto questo me lo racconta con un ghigno, a mio avviso volto a vedere quanto e se mi sarei spaventata; sentivo come se mi stesse provocando, con lo scopo di vedere come reagivo di fronte a queste intense e anche spaventose vicende; il suo dialogo sembrava essere diventato una sorta di sfida, forse a chi si sarebbe spaventato di più. Sentivo, inoltre, che la mia reazione era diventata particolarmente importante e allo stesso tempo percepivo in me un certo tremore, come un desiderio di non voler sapere, di non voler vedere, di voler fuggire da quel vissuto. Mi sono chiesta se quelle emozioni riguardavano solo me; *chiedo quindi ad Antonio perché proprio in quel momento gli fosse venuto in mente di raccontarmi questa esperienza*; Antonio si scusa, chiedendomi se ha parlato troppo al punto di avermi annoiata; gli rispondo che non ero annoiata ma che ero interessata a capire insieme a lui come mai gli fosse venuta in mente quell’esperienza di appartenenza alla camorra; forse questo ci avrebbe potuto aiutare a capire come si sentiva in quel momento. Dopo averci pensato un po’, mi dice che crede gli sia venuta in mente perché ha paura; aggiunge che il giorno dopo sarebbe tornato per due giorni a casa e quello che era stato il suo migliore amico (colui che lo aveva fatto entrare nella banda), insieme al resto della banda, gli avevano promesso che lo avrebbero ucciso, proprio perché lui era uscito dalla stessa. A questo punto ho provato una grossa pena per lui, mi veniva da assicurarlo, ma come potevo farlo? E a cosa sarebbe servito? Così ho preferito rimanere in silenzio, mentre cercavo di pensare a come utilmente proseguire nel dialogo; come ho accennato sopra, in quel momento arriva l’operatrice che con la sua presenza interrompe il discorso. Antonio, che per tutto il dialogo mi ha intensamente guardata negli occhi, arrivata l’operatrice si ricurva esageratamente con la schiena e la testa, come al suo solito, al punto da riuscire appena a vedere uno sguardo di nuovo schermato, a mio avviso da un’altra realtà parallela. In tal modo mi salvava dalla difficoltà di continuare a sostenere emozioni tanto intense, e dall’utilizzarle per sviluppare un pensiero che fosse in qualche modo utile per Antonio.

La tirocinante collude con il tentativo di Antonio di spaventarla e non riesce a pensare le emozioni che l'ospite della comunità vuole suscitare. Il problema di Antonio è quello di competere con Corrado nell'"interessare" la tirocinante - donna con l'esibizione di un coraggio maschile, identificato con una autodistruttività che sfida la morte. Le "spaventose vicende" implicano a tal punto la tirocinante, da non trovare parole per dare senso alle emozioni che caratterizzano la sua relazione con Antonio e con Corrado. Una relazione che non vede la presenza di operatori atti a inibire l'esibizionismo dei due, fondato sulla sfida alla morte. La tirocinante si sente evidentemente "attratta" dalla relazione e, con il suo interrogare Antonio sui motivi che lo avevano spinto proprio allora a raccontare la sua storia, sembra voler avere una conferma al suo timore/desiderio di sentirsi impaurita/sedotta dal racconto. Il sarcasmo di Antonio è evidente, nell'esprimere il timore di aver *annoiata* un'ascoltatrice che era in gravi difficoltà per le incontrollabili emozioni evocate dal racconto. La tirocinante sa che dovrebbe aiutare Antonio a pensare le emozioni che intercorrono tra loro nella relazione, ma non riesce nell'intento in quanto non sa cogliere il senso delle proprie emozioni, non sa pensarle per il coinvolgimento collusivo che sta sperimentando. Il mancato conferimento di senso alle emozioni che i due vivono nella relazione, motiva Antonio a rinchiudersi in se stesso all'arrivo dell'operatrice. Antonio aveva provato a stabilire una relazione seduttiva con la tirocinante, manifestando la fantasia di poter interessare l'interlocutrice, ma solo tramite l'esibizione di distruttività e al contempo la sua alleanza con persone pericolose e crudeli; si era all'epoca della diffusione del libro "Gomorra" di Roberto Saviano, all'epoca della minaccia di morte, da parte della camorra, nei confronti dell'autore; Gomorra, d'altro canto, era una delle città della pianura attorno al Mar Morto che, nel racconto biblico, venne distrutta da Dio assieme a Sodoma per la corruzione, l'empietà, il decadimento morale dei suoi abitanti. Antonio sembra impaurito tanto quanto la tirocinante; la sua è paura del suo mondo interno, delle sue emozioni di impotenza che lo portano a fantasticare alleanze e appartenenze a gruppi delinquenziali potentissimi e crudeli; appartenenze che debbono essere sancite con il sangue del marchio indelebile. Antonio vuole sedurre la tirocinante, ma quello è il suo modo di chiedere aiuto, di proporre il proprio problema: una chiusura che lo allontani dalla fantasia di spaventare, per esorcizzare la propria paura. La chiusura in se stesso può essere attenuata con il tentativo di spaventare una donna, ma a patto che la donna non si spaventi e lo aiuti a pensare le proprie emozioni. La tirocinante, immersa nella dinamica collusiva con Antonio, si spaventa e non sa trovare le parole per dare un senso alla relazione.

L'interpretazione, quindi, ha quale obiettivo la comunicazione di un pensiero sulle emozioni che intercorrono tra chi pone la domanda e lo psicologo; perché le emozioni acquistino un senso, coerente con il problema che motiva la domanda e che organizza emozionalmente la relazione tra utente e psicologo. Con il pensiero che dà senso alle emozioni entro la relazione, si riesce a dare senso anche al problema che viene rappresentato simbolicamente entro la relazione di domanda.

Interpretare significa, per lo psicologo, accedere alle proprie emozioni entro la relazione per cogliere il senso della relazione stessa; significa, poi, avere la competenza categoriale a trasformare le emozioni pensate in un discorso capace di facilitare nell'interlocutore un pensiero sulle proprie emozioni. Per questo parliamo di pensiero emozionato: senza la connotazione emozionata del pensiero e della comunicazione, è impossibile una trasmissione di senso che aiuti l'altro a pensare le emozioni vissute entro la relazione con lo psicologo clinico. Dare spiegazioni, in sintesi, si pone all'opposto dell'interpretare. È importante cogliere come l'interpretazione concerna l'evento critico della relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo; mentre la spiegazione concerne il caso clinico, la problematica dell'altro quale emerge dal desiderio inconscio che va esplicitato. Ancora una volta si può cogliere la differenza tra *evento critico* e *caso clinico*; tra il dare senso alla *relazione* e il fare *diagnosi*.

Nella nostra scuola, il terzo anno viene dedicato all'intervento interpretativo e alle modalità con cui si può aiutare l'interlocutore, sia nel caso di un singolo individuo come in quello di un'organizzazione e delle sue diverse componenti, a dare senso alle emozioni che caratterizzano la relazione di domanda. Questa differenziazione per argomenti riferiti ai diversi anni della formazione può apparire, come abbiamo detto, schematica: è di fatto impossibile differenziare la conoscenza delle proprie emozioni, quella delle emozioni dell'altro nella relazione e la conoscenza di come intervenire entro la relazione con l'obiettivo del conferimento di senso al problema che motiva la domanda. Ma le tre aree della competenza clinica hanno al loro interno una propedeuticità che l'esperienza di tirocinio aiuta a approfondire. E' interessante notare, a questo proposito, che la tirocinante dell'esempio sopra riportato sia al secondo anno della sua formazione.

Elaborare la frustrazione del lavoro clinico

I motivi che portano a considerare il lavoro psicologico clinico come frustrante sono molteplici.

Consideriamo innanzitutto il fatto che nell'intervento psicologico è difficile "vedere" il prodotto, l'esito del proprio lavoro. Consideriamo un cuoco che crea e prepara un piatto di pesce; pensiamo a un chirurgo che interviene per asportare un tumore cerebrale; pensiamo a un meccanico che ripara il guasto di una automobile; pensiamo all'economista che elabora una strategia monetaria del governo, per fronteggiare una crisi finanziaria nel paese a cui appartiene; pensiamo al falegname che costruisce un mobile, un infisso, il pavimento di un terrazzo; pensiamo a un architetto che pensa e realizza la ristrutturazione di un appartamento. Potremmo continuare a lungo: in tutti questi casi, come in molti altri, è elevata la visibilità del prodotto della propria competenza, del proprio lavoro. Nel caso di una psicoterapia a orientamento psicoanalitico o di un intervento entro un'organizzazione sanitaria l'ostensibilità del prodotto del proprio lavoro è molto meno evidente; passa molto tempo prima che qualche risultato sia visibile, e spesso si lavora senza che un "prodotto" sia effettivamente apprezzabile dallo psicologo. Sappiamo che il lavoro psicologico clinico ha una connotazione metodologica, volta a costituire una competenza a pensare emozioni e questo non consente visibilità di quanto si persegue. La tolleranza dell'ambiguità sembra una componente importante della competenza psicologica.

Un secondo elemento di frustrazione del lavoro psicologico clinico è dato dall'aleatorietà della relazione tra psicologo e utente. Se l'obiettivo dell'intervento psicologico è quello di facilitare un pensiero sulle emozioni vissute nella relazione clinica, quanti potranno essere interessati a un'esperienza che tende a questo? Lo sanno bene i giovani psicologi clinici, che sperimentano spesso la fatica nel trovare un committente per il loro lavoro, passando a volte anni nell'attesa che qualcuno si decida a chiedere loro una prestazione professionale. Nell'ambito psicologico non c'è solo disoccupazione giovanile, cosa che caratterizza molti altri ambiti del lavoro; c'è la frustrazione che deriva dall'impotenza a proporre un senso alla propria competenza e dall'impotenza che consegue allo svuotamento della relazione tra problemi vissuti da persone e sistemi sociali e competenza psicologico clinica.

Un terzo elemento di frustrazione è dato dalla scarsa definizione delle linee guida di una formazione alla psicologia clinica: sembra che tale formazione non debba finire mai. Sembra che ci siano sempre nuove cose da imparare, da approfondire, da elaborare e non solo nell'ambito psicologico ma anche in quelli economico, sociologico, storico, culturale in senso più ampio. Lo psicologo clinico non può limitarsi a una preparazione tecnica ma si propone sempre più spesso come uomo di cultura, con una preparazione che nessun studio universitario e nessuna lettura può dare o garantire.

Un quarto elemento di frustrazione è dato dalla sistematica reversibilità dei progressi che la relazione clinica sembra faticosamente raggiungere. Si interviene entro una struttura organizzativa ove si persegue tra mille ostacoli un lento cambiamento culturale, ma il rinnovo del vertice direzionale dell'organizzazione modifica profondamente l'assetto culturale raggiunto. Si lavora psicoterapeuticamente con una persona che faticosamente sembra aver colto alcuni aspetti del proprio adattamento, quando un evento critico esterno alla persona (la morte di una persona cara, una crisi sul lavoro, le difficoltà sorte nell'ambito amicale) ripropone nuove difficoltà nella relazione con lo psicoterapista.

Potremmo continuare, ricordando come le interruzioni della relazione con lo psicologo clinico, prese unilateralmente e senza ragioni comprensibili da chi a lui si è rivolto tempo prima, possano confrontare lo psicologo con profonde frustrazioni, con crisi dell'autostima e dell'identità professionale.

Insomma, quella dello psicologo clinico è una professione difficile; richiede sicurezza e tolleranza della frustrazione, come anche è facilitata da luoghi e rapporti d'appartenenza che compensino, almeno in parte, il senso di solitudine abbandonica che lo psicologo clinico può sperimentare.

E' molto importante lavorare su questo e elaborare strumenti di comprensione dell'esperienza frustrante che costella la vita professionale. Specie per i giovani che si formano alla psicologia clinica e alla psicoterapia, l'esempio di colleghi adulti affermati nel lavoro può sollecitare l'illusione di una professione foriera di potere sociale, di gratificazioni e di dipendenza acritica dell'utente nei confronti del professionista prestigioso. Non è così. Molti resoconti professionali, quali s'incontrano sui libri o sui lavori scientifici nell'ambito, sono rivolti al successo e poco propensi a presentare gli insuccessi professionali. In psicoterapia, ad esempio, la interruzione della terapia da parte dei pazienti è raramente oggetto di resoconto e di riflessione teorica e di formazione professionale.

Il tirocinio è l'esperienza formativa più importante anche nell'ottica di esplorare le componenti frustranti della professione: preparare i giovani psicologi clinici a cogliere il senso formativo della frustrazione, a riflettere sul senso delle emozioni che le difficoltà professionali evocano, ad accettare i problemi e i fallimenti come occasioni d'apprendimento e non come cose spiacevoli da eliminare dalla propria mente e dal ricordo, ecco fasi importanti della formazione alla psicologia clinica.

Conclusioni

Abbiamo proposto, in questo lavoro, la differenza tra evento critico e caso clinico, quale dimensione rilevante del processo formativo. Abbiamo proposto, anche, l'articolazione delle finalità che si perseguono con la psicologia clinica e che abbiamo definito come: facilitazione al pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione di domanda. Abbiamo anche ricordato la rilevanza del pensare emozioni quale modo per dare senso all'emozionalità della relazione, per costruire così un senso al problema che ha motivato la domanda allo psicologo clinico. Problema che va affrontato considerando la domanda che viene posta allo psicologo, il contesto entro cui il problema sorge e entro il quale viene elaborata e analizzata la domanda, considerando la metodologia che fonda il pensare emozioni e il ruolo che lo psicologo riveste in questa funzione. Sono questi i temi del processo formativo: temi che comportano differenti fasi di sviluppo della competenza: dalla conoscenza delle proprie emozioni entro la relazione clinica, sino alla competenza a interpretare e a facilitare nell'utente il conferimento di senso al problema portato nella relazione tramite la domanda.

Bibliografia

Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 187-206. Consultato il 10 ottobre 2009 su: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Carli.htm

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170. Consultato il 10 ottobre 2009 su: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_08/copertina.htm

Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. 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.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: PUF. Trad. it. (1973). *Enciclopedia della psicanalisi*. Bari: Laterza.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato l'11 settembre 2009 su: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm.

Vervoordt, A. (2008). Designers Tell All. *Architectural Digest*, 1, 1-2.

Il processo formativo “postgraduate” in psicologia clinica: riflettere l’esperienza

di Vittorio Cigoli*, Davide Margola*, Marialuisa Gennari*, Monica Accordini*

Il contesto istituzionale

L’Alta Scuola di Psicologia “Agostino Gemelli” è stata istituita nell’anno accademico 2000-2001. Essa è l’erede di una prestigiosa tradizione di formazione d’eccellenza in psicologia. Va infatti ricordato che nel corso degli anni ‘50 del secolo scorso Padre Gemelli, fondatore dell’Università Cattolica (1921) e del famoso “Laboratorio di Psicologia e Biologia” (1924) in cui si sono formati gran parte dei più noti psicologi italiani del Novecento¹, ha attivato le prime Scuole di Specializzazione in Psicologia. Tra di esse figura anche quella in psicologia clinica.

L’Alta Scuola di Psicologia ha rinnovato l’impegno nei confronti di una formazione d’eccellenza in ambito psicologico tenendo fede a due principi fondamentali: il rapporto reciproco tra modelli teorici e pratiche operative e l’apertura in senso sociale e comunitario della psicologia.

Attualmente l’Alta Scuola organizza vari *Master Postgraduate*, alcuni dei quali in varie edizioni e così con una storia documentata di formazione. Organizza anche Seminari Internazionali, *Summer School* e scambi internazionali su progetti di ricerca (cfr. <http://asag.unicatt.it>). Infine organizza seminari internazionali di confronto sui modelli di formazione in psicologia clinica in merito ai sistemi di accreditamento, ai contenuti e alle tecniche di formazione e alle modalità di verifica dei risultati².

Il presente contributo ha come fondamento il processo formativo postgraduate con particolare riferimento alla *clinica della relazione di coppia*³. Si tratta di una riflessione sui presupposti epistemologici che guidano il percorso formativo, così come sull’esperienza condotta. L’aspetto empirico, come si vedrà, è rappresentato dalla verifica di processo attuata dai partecipanti del Master, tutti psicologi clinici e nella quasi totalità psicoterapeuti.

L’astrazione modellistica versus la costruzione del progetto

Occorre partire dalla considerazione che in ambito accademico è decisamente prevalente l’approccio formativo di tipo stereotipato rispetto a quello di tipo euristico.

Ciò significa che dominano modelli di tipo meccanicistico-burocratico. “Meccanicistico” nel senso che il prodotto finale della formazione è definito in modo astratto. Si tratta di conoscenze e competenze che, secondo gli esecutori, *devono* essere acquisite. All’interno del modello è vivo il confronto e il conflitto per la spartizione di insegnamenti disciplinari e crediti formativi (il *potere sociale*). “Burocratico” nel senso che il potere decisionale e di controllo (compresa l’efficacia) è nella mani di apparati normativo-amministrativi e assai poco in quelle del corpus docente e della sua responsabilità nei confronti degli studenti in formazione.

* Università Cattolica di Milano, Facoltà di Psicologia

¹ Il gruppo di ricerca era noto internazionalmente come “Scuola di Milano”. Cfr. Esposito, Fenaroli & Vanetti (2009).

² Cfr. “*Developing Clinical Psychology and Training. An International Perspective: Europe and North America*”. Durante il seminario sono stati messi a confronto i sistemi di accreditamento e formazione clinica nordamericani (Ph.D., Psy.D., Master Degree) e quelli europei con particolare riferimento alla Gran Bretagna e all’Italia (<http://www.vittoriocigoli.com>).

³ È in corso la terza edizione del Master.

Com'è noto, il modello stereotipato si presta alla gestione dei “grandi numeri” ed ha il vantaggio di offrire il sentimento del potere manipolativo a governi, ministeri e apparati amministrativi. Ne sono esempi i ricorrenti mutamenti strutturali e normativi della formazione universitaria che, di fatto, nulla incidono sulla *relazione formativa*.

In che cosa consiste allora l'approccio di tipo euristico? Quali sono le sue caratteristiche emergenti? Sicuramente quella di favorire un apprendimento che coniughi conoscenza e scoperta. Quest'ultima richiede la presenza di *ipotesi formative* e di prove a sostegno dell'efficacia di tale ipotesi. L'ipotesi vive di un pensiero emozionato, cioè desiderante e tensionale. Essa così considera i vincoli esistenti (le norme burocratico-amministrative), ma li trascende in un *progetto*.

Progettare è infatti “gettare in avanti”, raffigurarsi un percorso formativo che ha, a mente e a cuore, *l'altro* (lo studente, lo specializzando), la relazione con lui e con la società presente e futura. Ciò comporta, in particolare, il tener conto sia dei bisogni di sicurezza dei formandi (la conoscenza da acquisire), sia quelli di apertura alla scoperta (la ricerca esplorativa da compiere).

In sintesi; mentre il modello stereotipato considera lo studente o lo specializzando l'oggetto del processo formativo e applica una metodologia meccanicistico-burocratica, il modello euristico si fonda sull'idea di una “scienza con coscienza e desiderio” che implica una particolare centratura sulla responsabilità relazionale del corpus docente e dei formandi.

L'intervento sui legami versus la visione individualistica

È in particolare nella formazione clinica che il dilemma individuo-legami è quanto mai visibile. Il tragitto culturale dell'Occidente ha offuscato il valore dei legami a favore dei diritti individuali e del valore di sé. Ciò ha anche comportato il predominio di una visione secondo cui la clinica riguarda il rapporto uno ad uno (paziente-esperto) allontanandolo dai sistemi fondamentali di riferimento della persona, siano essi familiari, lavorativi e comunitari.

La chiusura diadica è diventata un “tratto caratteriale” del lavoro clinico. Così aprire la mente al rischio dell'investimento sui legami e del riconoscimento delle reti significative della persona comporta sempre una *pars destruens*, un dolore per la perdita del riferimento sicuro. La visione individualistica (paziente-esperto) si coniuga in genere con la preferenza verso i “modelli ortopedici” d'intervento clinico. Tali modelli, che riguardano tutti i paradigmi clinici (cognitivo, psicoanalitico, sistemico), sono quelli che fanno credere ai formandi che si sa cosa si debba fare nelle varie situazioni cliniche. Essi saturano così i bisogni di sicurezza, ma accecano l'apertura alla relazione con l'altro come soggetto di esperienza, conoscenza, trasformazione.

Va detto che l'“altro” è una categoria che comprende la singola persona, la coppia, la famiglia, il gruppo di riferimento culturale e il gruppo di lavoro.

Il gruppo di apprendimento come anima del progetto

L'investimento sui legami e sul senso di cui essi sono portatori comporta che l'iter formativo assegni al *gruppo di apprendimento* il posto centrale. Ciò vale sia per l'aspetto delle competenze da acquisire, sia per la riflessione sulle pratiche. Le competenze da acquisire nel lavoro clinico non sono solo trasmesse, ma dialogate tra gruppo docente e gruppo discente. Ciò che va “animato” è la riflessione clinica e l'apertura di ipotesi di lavoro da parte dei formandi.

La riflessione sulle pratiche, da parte sua, vincola l'esperienza condotta dai singoli al confronto cognitivo, emotivo-affettivo ed etico all'interno del gruppo. In tal modo la responsabilità personale dell'incontro clinico trova nel gruppo di apprendimento sia un luogo di elaborazione, sia un luogo di ampliamento dell'esperienza.

Il rapporto modello-tecnico-contesto

Il lavoro clinico si esplica in vari contesti e non solamente all'interno del setting psicoterapeutico. Di frequente il clinico si trova di fronte ad un'assenza di domanda esplicita da parte del cliente, oppure si trova ad operare entro un gruppo di lavoro. Ciò vale in particolare per le attività ospedaliere e per quelle nei servizi pubblici. Le tecniche e gli strumenti che utilizza (il primo strumento è, come è noto, la stessa persona del clinico) non sono però asettici, ma si rifanno ad alcuni principi e concetti ispiratori del lavoro clinico. Di qui la necessità, da parte del clinico, di riconoscersi all'interno di un orientamento teorico-concettuale, di conoscerne le tecniche, ma anche di sentirsi coinvolto nel processo di verifica degli interventi. È questo un aspetto etico del lavoro clinico.

Il fatto di abbisognare di un orientamento clinico non significa confondere tra loro *credenze* e *verità*. Credere in qualcosa (modi del funzionamento mentale, qualità e patologia dei rapporti interpersonali, generazionali, sociali) è necessario, ma l'attribuzione al proprio orientamento della verità impedisce il dialogo costruttivo e la possibilità di apprendere dall'altro (altri orientamenti e tecniche) e dalla sua esperienza.

Il modello euristico all'opera

Come i principi e gli orientamenti esposti entrano nel vivo dell'iter formativo del Master Postgraduate in Clinica della relazione di coppia?

Partiamo dalla *costruzione del progetto*. Vengono abbandonati i criteri relativi alla distribuzione di crediti formativi secondo le aree disciplinari e i rispettivi contenuti. L'architettura del Master è gestita dallo staff (direttore, coordinatore, tutor d'aula, supervisore dell'esperienza clinica, responsabile amministrativo) e prevede la presenza di tre macroaree⁴.

La prima è l'incontro dei partecipanti con gli *esperti*. Si tratta di clinici provenienti dall'Italia, ma anche dall'Europa e dal Nord America che da anni incontrano coppie in vari contesti (psicoterapia, gruppi di *enrichment*, gruppi di supporto, coppie con un membro malato grave, mediazione familiare...) e che hanno prodotto un *sapere situato*. A ciascun esperto è richiesto di gestire una-due giornate di lavoro a partire dall'esperienza clinica effettuata nel corso degli anni. Viene sempre richiesto agli esperti di portare casi, sia in cartaceo, sia in video, da discutere con i partecipanti.

Il Master non privilegia in particolare un paradigma clinico d'incontro con la coppia (psicoanalitico, cognitivo-comportamentale, gestaltico, sistemico...); privilegia invece il confronto tra modelli e tecniche di lavoro e una *riflessione* sugli aspetti relazionali di cui ciascun modello-orientamento è portatore. L'ipotesi formativa (la tensione-desiderio) è infatti quella che ciascun partecipante all'interno della struttura organizzativa del Master possa "trovare la sua strada" avvalendosi del confronto tra modelli d'intervento clinico sulla base del principio ispiratore: quello *relazionale*. Il "principio relazionale" trascende insomma i modelli e gli orientamenti clinici e si manifesta sia nell'attenzione rivolta alle modalità d'incontro tra il clinico e la coppia, sia alle modalità di scambio che caratterizzano le coppie. Di qui l'interesse nei confronti di una *teoria della tecnica* ad impronta relazionale.

È così richiesto ai partecipanti di cogliere i collegamenti tra la pratica clinica e i suoi principi ispiratori. A tale lavoro riflessivo si dedicano in particolare i tutor d'aula. Si tratta di psicoterapeuti e clinici esperti nella gestione dei gruppi di apprendimento. Essi costituiscono la struttura portante (l'"anima") del Master poiché curano i rapporti tra saperi, competenze, pratiche e stimolano lo scambio tra i partecipanti. I materiali di studio e di approfondimento consigliati vengono messi in rete a disposizione dei partecipanti. È possibile anche attivare forum di discussione.

⁴ È alle macroaree che vengono attribuiti i 60 crediti previsti (1500 ore di cui 600-700 a carico del Master). Si tratta (a) dell'incontro con gli esperti, (b) della supervisione diretta e indiretta, con esperienza di tirocinio-stage, (c) della preparazione del paper finale con presentazione di un caso clinico.

La seconda macroarea è *l'attività clinica* con le coppie che viene supervisionata in gruppo. I materiali, di varia tipologia, vengono portati direttamente dai partecipanti. In parecchi casi, poi, essi possono partecipare "in diretta" all'incontro con le coppie in setting diversi assieme ad un clinico esperto. Questa modalità di supervisione si avvale della collaborazione sistematica tra Master e Scuole di Psicoterapia riconosciute dal Ministero che da anni utilizzano come strumento formativo sia la co-conduzione, sia la supervisione attraverso materiale videoregistrato.

L'ipotesi formativa è quella che "mettere le mani in pasta" aiuti i partecipanti non solo a far proprie determinate competenze, ma anche a *situare*. Lavorare in un setting psicoterapeutico non è affatto la stessa cosa che incontrare coppie in un servizio pubblico, o in gruppi centrati su un problema.

Inoltre la discussione-riflessione avviene *tra* i partecipanti in presenza del supervisore. L'attenzione viene focalizzata sui problemi di conduzione dell'incontro e sui sentimenti cruciali del clinico e non sulla dinamica di gruppo⁵. Viene favorita *l'identificazione costruttiva* tra i partecipanti e l'apertura verso ipotesi alternative di conduzione e di senso relazionale.

È infine compito del gruppo di supervisione focalizzare l'attenzione sul processo formativo medesimo (autoriconoscimento) e far propria la logica della *verifica* degli interventi clinici⁶. A tale scopo vengono fornite tracce di riflessione sia intermedie che finali. Di questo forniremo un esempio nella parte successiva del contributo.

La terza macroarea è la preparazione e la *discussione del "paper" finale* (tesi). Si tratta sempre di casi clinici di incontro con le coppie nei diversi contesti. I paper possono essere preparati anche da più partecipanti (due-tre) e a questo essi sono incoraggiati. Viene fornita una "griglia" per la stesura del paper e i partecipanti si devono preparare a dibattere non solo con i docenti della commissione, ma anche con i colleghi presenti. Si tratta infatti di una *cerimonia di chiusura* che privilegia il sentimento di appartenenza ad un'esperienza formativa e non il mero conseguimento di un titolo.

La valutazione del modello euristico

Veniamo, a questo punto, alla valutazione effettuata dai partecipanti al "Master in Clinica della relazione di coppia" alla sua prima edizione nel biennio 2005-2007. La valutazione del modello formativo è di *processo*, nel senso che lo strumento di verifica è stato sottoposto ai partecipanti a un anno dall'inizio del percorso formativo e a conclusione del percorso medesimo. Si tratta di una serie di domande-stimolo di cui diamo un sintetico resoconto approfondendo le tematiche trasversali nonché i punti critici emergenti. Lo faremo procedendo per aree e per parole chiave.

- *L'esperienza in aula: la relazione con i docenti*. Come si diceva, l'obiettivo formativo delle giornate d'aula è che i docenti possano condividere, oltre a specifici contenuti, anche parte della loro esperienza professionale relativamente all'intervento con la coppia (modello di lavoro, tecniche, elementi specifici del setting...) attraverso casi e vignette cliniche. L'aula ha potuto così sperimentare un processo d'identificazione ora con i docenti-professionisti, ora con la coppia presa come "caso clinico".

Per quanto attiene all'identificazione con il docente il gruppo dei partecipanti evidenzia, come elementi salienti, la capacità di pensare e progettare il lavoro clinico nei suoi elementi chiave, la generosità dei "testimoni" e la chiarezza con cui sono stati discussi i diversi strumenti del lavoro clinico. Sul versante dell'identificazione con la coppia emerge come significativo il bisogno di accoglienza dei partner, la necessità del dialogo e del confronto

⁵ I gruppi di apprendimento sono tali proprio perché si occupano di "problemi condivisi" e non della dinamica grupale.

⁶ L'attenzione alla verifica degli interventi clinici con la coppia avviene attraverso la messa a punto di strumenti utilizzabili sia nel pre-post dell'incontro, sia durante l'incontro medesimo. Cfr. in proposito Cigoli (2003); Cigoli et al. (2003, 2005); Margola, Cigoli & Aschieri (2006).

con l'altro, il coinvolgimento personale nel lavoro, il sentire di avere una guida lungo il percorso di cura.

L'elemento cruciale più volte evidenziato risulta essere proprio il clima di una formazione basata sull'esperienza. Ciò che accomuna docenti e partecipanti è la messa a fuoco degli obiettivi conoscitivi e della "sensibilità clinica".

Dal processo di verifica risulta come nel corso del Master sia progressivamente cresciuta la possibilità tra il gruppo e i docenti di un dialogo aperto e criticamente orientato sia all'acquisizione di competenze necessarie al lavoro clinico, sia alla necessità di affinare modalità di comprensione e condivisione della sofferenza di cui le coppie sono portatrici.

L'impianto predisposto ha inoltre consentito al gruppo di sistematizzare e approfondire alcune prospettive teoriche relativamente alla clinica di coppia attraverso il confronto di modelli teorici ed operativi diversi tra loro. Prospettiva psicodinamica, sistemico-relazionale e cognitiva hanno proficuamente dialogato insieme come dimostrano le riflessioni dei corsisti che, seppur formati al lavoro psicoterapico in scuole diverse, hanno potuto e saputo apprezzare in alcuni docenti proprio la differente impostazione teorico-metodologica.

In questa prospettiva di apprendimento risulta invece distante l'apporto della partecipazione ad alcuni convegni scientifici. Si è infatti trattato di un modello formativo di fruizione più passiva e che ha messo in evidenza la difficoltà di apprendimento in un contesto dove la relazione docente-partecipante al Master rimane più formale e più centrata sui contenuti.

Indubbiamente l'impianto proposto comporta la necessità di un forte raccordo fra i diversi docenti relativamente agli obiettivi formativi nei confronti del gruppo, così come la costituzione del sentimento di appartenenza e di compartecipazione ad un unico progetto. La disponibilità dei docenti a condividere la storia del gruppo in formazione si evidenzia bene nelle valutazioni espresse dai partecipanti al Master. Tale aspetto è da connettersi anche alla storia di confronto professionale tra il gruppo di progettazione e coordinamento del Master e il gruppo dei docenti; si tratta infatti di una storia di legami precedenti, in alcuni casi "storici", che aiuta a costruire un filo rosso che lega e connette i diversi moduli d'aula⁷.

L'uso del "gruppo in formazione" rimane un aspetto cruciale in quanto risponde ad obiettivi di confronto, chiarificazione e facilitazione reciproca *tra* i partecipanti. In particolare, il lavoro di gruppo consente di costruire un patrimonio comune e una competenza relazionale necessaria al lavoro in setting multipli, necessità sempre più sentita nel lavoro clinico in generale e in quello di coppia in particolare.

- *L'esperienza di supervisione.* La supervisione ha permesso innanzitutto una riflessione e una condivisione di una teoria della tecnica relazionale che consente di mettere a fuoco, di caso in caso, l'uso della metodologia, delle tecniche e degli strumenti più opportuni per riuscire a lavorare sulla relazione di coppia attraverso la relazione clinico-terapeutica. Qui di seguito segnaliamo alcune dimensioni significative evidenziate dai partecipanti.

La complessità. Il gruppo in supervisione riconosce l'utilità di una riflessione sulle diverse fasi e i tempi della vita di coppia, così come sui diversi contesti culturali e familiari che caratterizzano il legame di coppia. Tale complessità si arricchisce peraltro della presa in considerazione dei differenti contesti istituzionali che hanno orientato e reso possibile l'incontro con la coppia e i suoi bisogni.

I legami. Cogliere le caratteristiche della relazione di coppia così come quelle della relazione di cura è la sfida principale. Gli ingredienti e le caratteristiche di entrambi e la loro lettura è per il gruppo di supervisione una degli aspetti più significativi dell'esperienza formativa. Così, a proposito della coppia è stato cruciale coglierne il "core", identificarne il "patto", risalire alle origini del legame e individuare gli eventi che essa ha incontrato. A proposito del terapeuta viene sottolineata la responsabilità della conduzione e della guida all'interno di uno spazio-tempo comune: mettere a fuoco i criteri di lettura e le variabili (il setting), individuare le piste percorribili, definire gli obiettivi e costruire un progetto di lavoro plausibile, soggetto a mutamenti e a verifiche nel tempo.

⁷ Come detto il Master è organizzato in collaborazione con Scuole di Psicoterapia che da anni si occupano di clinica di coppia, anche se non in modo specifico. Gli inviti ai docenti sono programmati secondo gli obiettivi del Master e la competenza riconosciuta ai docenti medesimi.

- *La spendibilità professionale.* Quale potenziale professionalizzante è insito nel progetto formativo? A questo livello le risposte dei partecipanti si orientano o più sull'acquisizione di tecniche e di strumenti spendibili nella pratica clinica, oppure più sul processo di costruzione della domanda di cura in termini di contesto, di relazioni e di committenza (Carli & Paniccchia, 2003).

Nel primo caso i partecipanti focalizzano di più l'attenzione sull'aspetto specialistico dell'intervento clinico di coppia. D'altra parte di frequente la committenza è "mediata" (pensiamo ai Tribunali, ai servizi di diagnosi e cura, ai colleghi che vedono individualmente uno dei due partner) e la domanda di cura è tutt'altro che univoca. A tale proposito basti qui ricordare come possa accadere che non ci sia accordo nella coppia sul "perché" si è arrivati all'attenzione del clinico e come non di rado uno dei due membri gioca il ruolo di chi vi è stato letteralmente trascinato.

Se questo però è il livello cosciente-esplicito dell'esperienza e della sua spendibilità, ce n'è un altro che possiamo definire emotivo-implicito. Si tratta di alcuni "sentimenti" ricorrenti nelle valutazioni fatte dai partecipanti. Ci riferiamo in particolare all'emergere dei sentimenti di rischio, di responsabilità e di verifica, su cui vogliamo soffermarci in una sorta di glossario dell'esperienza formativa.

Il sentimento del rischio. Nel corso dell'esperienza i partecipanti guardano sempre più criticamente alla varietà dei problemi presenti nella relazione clinica e mettono alla prova la "domanda di cura" della coppia e i motivi che la sostengono.

Ciò comporta il superamento di un'immagine "stabile e fissa" di professionista, che al problema risponde in modo automatico sulla scia di una qualche procedura o tecnica di lavoro. In ultima analisi si tratta della possibilità, da parte del clinico, di correre il rischio dell'avventura dell'incontro con l'altro (la coppia, il contesto) e di riconoscere come il lavoro clinico si caratterizza proprio per la motivazione a scegliere e a rischiare, vale a dire ad aprirsi anche all'imprevisto, all'inatteso e a cercare nuove vie di cura possibili.

Il sentimento di responsabilità. Il tema è legato a quello precedente, potremmo dire che lo sostanzia. La responsabilità rimanda all'assunzione di ciò che è stato compiuto e al riconoscimento del limite insieme a quello della competenza. Nell'incontrare una coppia e il suo mondo la responsabilità del clinico è infatti totale e non è solo responsabilità deontologica, né mera competenza tecnica. Peraltro alla responsabilità totale del clinico corrisponde la responsabilità totale della coppia⁸. Ciò a dire che il risultato dell'incontro clinico è un'"impresa congiunta" connessa alla relazione tra il clinico e la coppia. Anche in questo caso ci troviamo di fronte, attraverso la verifica di processo, ad un sentimento diffuso e più chiaro nel gruppo dei partecipanti a proposito di "responsabilità congiunta".

Il sentimento della verifica. Si tratta di un tema delicato che specie per i clinici che provengono da un orientamento psicoanalitico e sistemico è "messo all'angolo". Fare una verifica del percorso effettuato insieme alla coppia (o al gruppo di coppie) è però un altro modo per avvalorare l'assunzione di rischio e il sentimento di responsabilità. Ciò che infatti occorre è *avere in mente* fin da subito, cioè fin dal primo incontro con la coppia, la necessità di un tempo di verifica-riflessione di ciò che è stato compiuto. Gli strumenti utili allo scopo sono quanto mai vari: da domande chiave attorno a cui attivare il confronto fino ad arrivare a strumenti qualitativi e self-report. La spendibilità professionale passa dunque anche attraverso lo sviluppo di tale sentimento.

Conclusioni

Nel presente contributo, dopo aver messo a fuoco il contesto istituzionale, quello universitario e la presenza di due modelli di formazione, uno "modellistico-burocratico" e

⁸ Come ha detto un partecipante "nessuno può chiamarsi fuori" da ciò che è compiuto.

l'altro "progettuale-euristico", abbiamo posto attenzione alla realizzazione del "Master Postgraduate in Clinica della relazione di coppia".

Ciò ha permesso di considerare sia i principi del modello euristico, sia la sua applicazione concreta attraverso la valutazione dell'iter formativo da parte dei corsisti. È stata utilizzata allo scopo una "griglia" predisposta dallo staff responsabile in due diversi momenti (intermedio e finale) del percorso formativo.

Aldilà dei risultati relativi alle diverse "voci" (esperienza d'aula con i docenti ed esperienza di supervisione) ciò che emerge come particolarmente significativo è la *spendibilità professionale*. Del resto non va dimenticato che proprio questo deve essere l'obiettivo di un Master.

Ora tale responsabilità è "visibile" attraverso due lenti: una *esplicita* che si orienta lungo due piste e l'altra, *implicita*, che riguarda l'emergere e il rafforzarsi di alcuni sentimenti che circolano nel gruppo in formazione.

Le due piste "esplicite" riguardano l'attenzione riservata da alcuni partecipanti più all'aspetto che possiamo definire "specialistico" nell'incontro con la coppia mentre altri pongono più attenzione alla costruzione della domanda di cura in termini di reti e di contesto.

D'altra parte è la lente "implicita" che permette di considerare come nell'iter formativo (della durata di circa due anni) emergano e si impongano sentimenti condivisi dai partecipanti.

Si tratta dei sentimenti di assunzione di rischio, di attribuzione di responsabilità a sé e all'altro (la coppia), di apertura verso la verifica di ciò che è stato compiuto nell'incontro tra clinico e coppia.

Se dunque, in generale, la valutazione del processo formativo si focalizza sulle competenze e le conoscenze acquisite dai partecipanti, qui la spendibilità professionale viene "misurata" attraverso i sentimenti sopra delineati. Non si tratta affatto di forme controtransferali o di indicazioni o controindicazioni nei confronti del lavoro clinico con la coppia, ma piuttosto dell'essenza stessa dell'impegno clinico.

Vogliamo chiudere questo contributo con alcune *immagini* che i partecipanti hanno prodotto per dire dell'esperienza formativa. Ne scegliamo solo alcune che ci pare possano in qualche modo rappresentare anche tutte le altre.

Un primo disegno rappresenta un puzzle in costruzione, incompleto, con alcuni tasselli ancora sparpagliati, a dire del lavoro e dell'impegno richiesto, di ciò che si è faticosamente delineato ma che, inevitabilmente, non è mai definitivamente compiuto.

C'è poi la visita in una galleria di quadri a dire della bellezza, del fascino e della curiosità che il tema della clinica della relazione di coppia sollecita. È un tema che appartiene a tutti ma che, proprio per questo, apre a "visite guidate", a percorsi possibili e ad altri non ancora percorribili.

Infine un'orchestra, come tentativo di trasformare in un'unica melodia differenti suoni e diversi spartiti, pur sapendo che l'esecuzione, per quanto mirabile e coinvolgente, può essere interpretata e ascoltata solo soggettivamente.

Bibliografia

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

Cigoli, V. (2003). *La coppia tra scenari di origine e nuova nascita*. In M. Andolfi & V. Cigoli (Eds). *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione* (pp. 125-146). Milano: FrancoAngeli.

Cigoli, V., Gennari, M., Gozzoli, C., & Margola, D. (2003). Curare la relazione di coppia. L'incontro tra pratica clinica e ricerca empirica. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 17, 5-30.

Cigoli, V., Gennari, M., Gozzoli, C., & Margola, D. (2005). L'incontro clinico con la coppia. Tra studio di risultanze e analisi del percorso di cura. *Interazioni*, 23, 53–72.

Esposito, L.I., Fenaroli, V., & Vanetti, S. (2009) (Eds). *Padre Agostino Gemelli e il Laboratorio di Psicologia. Le testimonianze dei protagonisti*. Milano: Vita e Pensiero.

Margola, D., Cigoli, V., & Aschieri, F. (2006). Valutare la psicoterapia di coppia. Tradizioni di ricerca a confronto. *Ricerca in Psicoterapia*, 9, 21–56.

Dire, fare, imparare: un modello di formazione alla psicoterapia in ottica cognitivo-costruttivista

di Lorenzo Cionini*, Clarice Ranfagni**

Non si insegna quello che si vuole; dirò addirittura che non s'insegna quello che si sa o quello che si crede di sapere: si insegna e si può insegnare solo quello che si è.

Jean Jaurès (1859 – 1914)

Alcuni problemi della formazione specialistica in psicoterapia

Il problema dell'ortodossia

Un primo problema da considerare nella definizione di un progetto di formazione specialistica in psicoterapia è quello che comunemente viene indicato nei termini "dell'ortodossia" rispetto al modello clinico proposto. Il problema si è posto primariamente in ambito psicanalitico in relazione alla prassi che prevede che il futuro analista debba sottoporsi preliminarmente a una analisi personale che, spesso, oltre a perseguire il fine di un "superamento delle proprie nevrosi", ha assunto anche il significato di un'identificazione con il proprio analista-didatta e con il suo stile di conduzione del processo terapeutico. In questa ottica l'assunzione del ruolo psicoterapeutico dovrebbe passare attraverso l'interiorizzazione delle modalità di operare del proprio analista-didatta rafforzando anche il senso di identificazione alla struttura societaria di riferimento. Nell'ambito di un modello formativo di questo tipo, quindi, una particolare attenzione viene data alla tecnica e alla capacità dell'allievo di acquisirla e riproporla anche con i propri futuri pazienti, così come l'ha appresa nella propria relazione analitica.

Più in generale, porre prioritariamente fra gli obiettivi formativi il richiamo all'ortodossia porta – e ha portato anche storicamente – sia a un irrigidimento conformistico e a una chiusura intellettuale all'interno della propria scuola di riferimento (demonizzando le spinte innovative verso possibili sviluppi teorici), sia un modo per contrapporre nettamente il proprio modello alle idee e alle proposte provenienti da approcci teorici diversi e concorrenti.

La possibile alternativa all'ortodossia non sta, a nostro avviso, né nell'*eclettismo tecnico*, né nell'*integrazione teorica*. Il primo, che propone di utilizzare liberamente tecniche provenienti da orientamenti diversi, conduce facilmente a un pressappochismo metodologico poiché non tiene sufficientemente conto del fatto che ogni elemento tecnico riceve una sua validazione quando inserito in un progetto unitario guidato da una strategia internamente coerente, da un linguaggio omogeneo e da una teoria che giustifichi concettualmente le scelte effettuate. Il secondo rappresenta una "ambiziosa utopia" riducendosi – almeno nelle proposte formulate fino ad oggi – alla definizione di modelli ipersemplicati, e spesso concettualmente confusi, che difficilmente rendono conto della complessità del funzionamento psicologico umano (Cionini, 1998).

A livello formativo, l'alternativa a questi tre approcci (ortodossia, eclettismo, integrazione) è rappresentata, a nostro avviso, dal proporre agli allievi in formazione una griglia di riferimento rispetto ai fondamenti epistemologici, teorici e metodologici dell'agire

* Professore Associato di Psicologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università di Firenze. Psicoterapeuta Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a indirizzo Costruttivista del CESIPc.

** Psicologo, psicoterapeuta, didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a indirizzo Costruttivista del CESIPc.

psicoterapeutico – caratterizzanti il modello clinico di appartenenza – che risulti sufficientemente "precisa" da permettere una coerenza dell'agire terapeutico (a questi stessi presupposti) e contemporaneamente "a maglie sufficientemente ampie" da consentire una sua coniugabilità e personalizzazione rispetto alle peculiarità individuali dell'allievo.

Se si parte dal presupposto che il processo psicoterapeutico sia essenzialmente un processo centrato sulla relazione e sulle implicazioni personali ed emozionali che si possono giocare all'interno della relazione stessa, diviene essenziale fornire uno stile generale dell'approccio clinico coerente con il modello teorico proposto che possa essere successivamente personalizzato in relazione alle caratteristiche individuali dell'allievo-terapeuta, e coniugato con i bisogni che ogni relazione terapeutica, nella sua particolarità, determina. Un approccio di questo tipo può sia favorire la creatività personale nel rispondere ai problemi pratici che nascono dal fare psicoterapia, sia portare a spunti che, nel tempo, conducano anche a sviluppi teorici del proprio modello.

Del resto, è stato proprio grazie al graduale allentamento delle richieste di ortodossia che, negli ultimi anni, si è verificato un lento e graduale processo di abbandono delle rigide barriere e contrapposizioni, o se vogliamo delle "guerre di religione", fra psicoterapeuti di diverso orientamento che rendevano difficile qualsiasi possibilità di dialogo e interscambio. I fermenti e gli sviluppi verificati all'interno di tutti gli indirizzi esistenti, che hanno portato a una loro progressiva complessificazione e flessibilizzazione, e la presa di atto di una sostanziale efficacia della psicoterapia in sé (quando condotta in maniera adeguata e coerente alle sue specifiche premesse) hanno condotto a un lento e graduale processo di relativo avvicinamento reciproco, a scambi e confronti prima inimmaginabili e a una sostanziale legittimazione reciproca, pur nella restante diversità.

Gli attori della formazione

Strettamente collegato a questo primo problema, è possibile porne un altro che concerne più direttamente le modalità di organizzazione della didattica e che può essere riassunto nelle seguenti domande: è preferibile che la formazione venga portata avanti da una pluralità di didatti che pur riconoscendosi all'interno di uno stesso macro modello clinico (psicoanalitico o cognitivo o sistemico o gestaltico ecc.) presentino stili di lavoro e di interpretazione di questo modello ampiamente diversificati, lasciando poi all'allievo la libertà di scegliere quello che sente maggiormente congruente con il suo modo di essere? O è più opportuno che un numero più ristretto di didatti proponga una modalità di lavoro tendenzialmente più unitaria (pur nelle ineliminabili differenze individuali) che definisca quella griglia di cui si è parlato sopra, incoraggiando inizialmente gli allievi a "provarsi" all'interno di questa, per coniugarla e interpretarla successivamente in funzione delle proprie caratteristiche personali?

La nostra scelta va decisamente nella direzione di questa seconda alternativa. È certamente più rassicurante per l'allievo – e presumibilmente più efficace dal punto di vista didattico – offrire, in una prima fase del percorso formativo, indicazioni più precise su come porsi nella relazione con l'altro e, successivamente, aiutarlo a leggere e dare significato al proprio modo di interpretare il ruolo professionale, così che possa utilizzarlo per sviluppare sia un proprio stile personale, sia quella indispensabile creatività che caratterizza uno psicoterapeuta efficace permettendogli di affrontare, nella relazione clinica, situazioni sempre nuove e imprevedibili.

Inevitabilmente, sul piano pratico, la scelta fra queste due alternative si traduce in una diversa numerosità dei didatti ai quali viene affidata la "formazione pratica" degli allievi.

Nel primo caso è necessario che, nel corso dei quattro anni della formazione, l'allievo entri in contatto con un numero tendenzialmente elevato di didatti, ciascuno dei quali presenta il proprio modo peculiare di coniugare i principi teorico-epistemologici del macromodello che caratterizza la Scuola, potendo contare sul supporto di uno/due docenti (comunemente nelle scuole che seguono questo modello tale ruolo è affidato ai co-didatti) che hanno il compito

di confrontare e coordinare le diverse modalità di conduzione del processo terapeutico che sono state proposte.

Nel secondo caso è necessario che la "formazione pratica" sia gestita interamente da un numero più ristretto di didatti (non più di due/tre) che, utilizzando un approccio clinico più omogeneo, possano offrire una maggiore congruenza interna della proposta formativa senza comunque correre il rischio di una eccessiva monoliticità (come può avvenire nel caso di un didatta unico). Il ruolo di un co-didatta che li affianchi durante tutti gli spazi dedicati alla formazione pratica diviene in questo caso quello di facilitare il confronto e il raccordo fra i diversi stili di interpretare il ruolo terapeutico che, per quanto tendenzialmente omogenei, saranno comunque differenziati in relazione alle ineliminabili diversità personali dei didatti stessi. Anche in questo caso comunque, come prevede la normativa ministeriale, è utile ed opportuno che nel corso della formazione sia previsto l'intervento di terapeuti-didatti di altri orientamenti che offrano un'idea di quadri di riferimento teorico ed epistemologico diversi da quello che caratterizza la scuola.

Imparare la teoria attraverso l'esperienza

Un altro problema che riteniamo utile porre preliminarmente (e che approfondiremo in seguito) si riferisce all'opportunità di privilegiare, nella sequenza del percorso formativo, il "sapere" o piuttosto il "saper fare" in funzione della costruzione del "saper essere". Anche in questo caso l'interrogativo riguarda la scelta tra almeno due possibili modelli formativi. Il primo parte dal presupposto che sia essenziale offrire inizialmente un quadro ben delineato ed esaustivo della teoria che sta alla base del modello clinico sottolineandone le implicazioni sul piano del processo e della relazione psicoterapeutica e solo in un secondo momento – quando tale teoria sia stata fatta propria (incarnata) dall'allievo – farlo esercitare sulle procedure cliniche per arrivare all'acquisizione di uno stile terapeutico coerente con i presupposti teorici a partire dall'analisi dell'epistemologia personale dell'allievo.

Il secondo modello formativo tende a privilegiare il "saper fare" e "il saper essere" partendo dal presupposto che anche il "sapere" sia più facilmente acquisibile e, soprattutto, integrabile attraverso l'agire e la riflessione sul proprio agire. In questo caso quindi, nella fase iniziale, vengono offerti esclusivamente alcuni presupposti generali di base del modello teorico clinico sui quali l'allievo possa iniziare a fare esperienza e imparare attraverso l'esperienza. La ridefinizione e puntualizzazione della teoria della tecnica viene sviluppata in un secondo momento quando, all'interno delle esercitazioni pratiche e/o della supervisione, l'allievo si trova concretamente ad affrontare le difficoltà inerenti il proprio modo di essere, attraverso l'analisi e la discussione dei significati impliciti che emergono dal suo agire nella relazione con l'altro.

Anche in questo caso la nostra scelta è decisamente a favore di questa seconda opzione.

Obiettivi del processo formativo

L'obiettivo essenziale della formazione specialistica in psicoterapia, a partire dalle considerazioni sviluppate nel paragrafo precedente, diviene quindi quello di creare le condizioni affinché l'allievo riesca a costruire un proprio ruolo professionale che sia contemporaneamente coerente con i presupposti epistemologici del modello terapeutico della scuola e con le peculiarità del proprio essere come persona. In altre parole, si tratta di fornire le basi teoriche e metodologiche affinché l'allievo "apprenda ad apprendere" tramite l'esperienza e che attraverso un continuo processo di esplorazione e di conoscenza di sé giunga a ritagliarsi/costruirsi attivamente il proprio ruolo professionale.

La finalità per la quale si ritiene essenziale favorire la conoscenza di sé e delle proprie dinamiche emozionali non è tanto quella di "guarire dalle proprie nevrosi" (obiettivo certamente auspicabile ma non indispensabile) quanto quella di permettere un'adeguata consapevolezza delle proprie dimensioni cognitivo-emotive che consenta di distinguere sé

dall'altro nel processo e nella relazione terapeutica. In questo senso siamo perfettamente d'accordo con quanto affermato da Carli, Grasso e Paniccia (2007) quando sottolineano come la competenza più rilevante per uno psicologo clinico sia "la capacità di riconoscere le emozioni che gli vengono evocate *entro una specifica relazione* e di utilizzare le emozioni stesse per costruire ipotesi sulla relazione, non per difendersene (p. 305)".

Al di là delle tecniche e/o delle procedure, riteniamo che alla base del processo formativo vada considerata proprio l'acquisizione della capacità di porsi in relazione con l'altro con l'obiettivo di *comprendere* il senso di ciò che ci sta narrando al di là dei possibili significati di superficie, mantenendo contemporaneamente la propria attenzione sulle sensazioni che questo ci evoca, utilizzandole come strumenti per approfondire la nostra conoscenza e comprensione della persona che ha richiesto il nostro aiuto. Sensazioni che, depurate da ciò che può entrare collusivamente in risonanza con le proprie dinamiche personali, rappresentano uno degli strumenti fondamentali della comprensione e quindi dell'agire terapeutico.

Un ulteriore elemento che riteniamo essenziale per un'adeguata assunzione del ruolo professionale è relativo alla consapevolezza che, per quanto abile e efficace, uno psicoterapeuta può soltanto facilitare un processo di cambiamento che il paziente non può che percorrere autonomamente. Lo psicologo clinico e/o lo psicoterapeuta non dispongono di alcuno strumento in grado di *determinare* un cambiamento nell'altro, diversamente dal medico che, mediante i farmaci (quando adeguati ed efficaci), può produrre "mutamenti" nella sintomatologia del paziente. Ciò che può fare, per riprendere una felice metafora di Vittorio Guidano (1991) è porsi nel ruolo di un *perturbatore strategicamente orientato* senza tuttavia poter mai sapere quale sarà con esattezza l'effetto della sua perturbazione sul sistema paziente. Usiamo dire ai nostri allievi che uno psicoterapeuta "non è in grado di guarire nessuno" anche perché il concetto di guarigione è ben diverso da quello utilizzato nell'ambito del modello medico. Una psicoterapia non dovrebbe perseguire semplicemente l'obiettivo di ridurre una sintomatologia; se si parte dal presupposto che il sintomo ha un senso e una funzione per la persona, la sua riduzione pura e semplice difficilmente "risolve il problema". Nella nostra esperienza clinica non è infrequente trovarsi nella situazione in cui – pur non avendo agito direttamente sui sintomi – la sintomatologia si riduca fino a scomparire abbastanza rapidamente dopo un periodo iniziale di trattamento ma, contemporaneamente, che questo non si traduca automaticamente in una scomparsa del disagio del paziente; il trattamento può quindi durare ancora a lungo per elaborare i significati funzionali del malessere che possono essere ancora presenti pur in assenza di sintomi conclamati.

La teoria della tecnica

L'atteggiamento clinico nell'approccio all'altro

Innanzitutto riteniamo essenziale che l'allievo entri in una dimensione in cui avere piena consapevolezza (e quindi assolutamente non soltanto cognitiva) che *qualsiasi ipotesi, valutazione, osservazione e spiegazione clinica è frutto di un processo attivo e dinamico di costruzione* e non è mai un dato certo, unico, oggettivo o nosografico.

Per questo, per esempio, nel caso in cui i didatti presentino i propri casi clinici con le relative letture professionali è opportuno che queste non siano "calate dall'alto" come uniche e assolute ma vengano proposte al gruppo insieme alla richiesta di pareri, impressioni, riflessioni, sensazioni ed altre eventuali possibilità di lettura; ciascuno degli elementi emerso dal e nel gruppo viene preso in considerazione dal didatta sia valutandolo nella sua maggiore o minore coerenza esplicativa, sia cercando di facilitare nell'allievo un processo di lettura delle modalità personali attraverso le quali possa essere arrivato a proporlo.

È pertanto fondamentale che l'attenzione degli allievi venga posta sulla *provvisorietà di qualsiasi lettura clinica* effettuata nell'evolversi di un percorso psicoterapeutico. Se è vero che un'ipotesi professionale, in una particolare fase della terapia, viene costruita come più

funzionale dal terapeuta in quanto permette di procedere in maniera strategica nel trattamento, è altrettanto vero che la psicoterapia si caratterizza per un avanzare “di ipotesi in ipotesi”, di volta in volta verso quell’ipotesi che meglio spiega e meglio si adatta a quel particolare momento clinico e ai nuovi elementi emersi nella relazione col sistema-paziente. Il messaggio formativo che si intende passare centra quindi l’attenzione sul fatto che non c’è mai una “soluzione unica”, statica, ferma, finale, e che bisogna invece porsi nell’ottica di una necessaria processualità; questa è ineliminabile in quanto corrisponde alla proprietà che caratterizza ogni percorso di cambiamento e che rende così centrali non tanto le definizioni quanto, appunto, il processo di considerazioni attive che conducono “verso quella” costruzione clinica e non altre, sulla base di un criterio di efficacia del trattamento. Si evidenzia così un parametro formativo che non muove tra i poli del giusto/sbagliato o dell’esatto/inesatto ma attiene al criterio della percorribilità e della funzionalità esplicativa di ogni lettura professionale.

Tutto questo è strettamente correlato all’acquisizione da parte dell’allievo della più globale *capacità di cogliere l’altro nella sua unicità e complessità*. Gli allievi vengono portati a costruire professionalmente – attraverso i costrutti teorico-clinici – la persona che hanno di fronte senza però perdere di vista che nessuna lettura professionale, per quanto concettualmente accurata e precisa, può esaurire la complessità di un individuo. Questo processo può essere attivato e costantemente vivacizzato stimolando gli allievi a “vedere” la persona nel suo insieme, cioè nel mondo in cui vive e nel modo in cui lo vive, nel linguaggio che utilizza, nel corpo che abita, in come si rapporta alla propria rete di relazioni significative, etc., cioè accompagnando gli allievi a porre attenzione ad ogni elemento che possa avvicinarli il più possibile a come la persona si muove nella propria realtà. L’intento è che arrivino a rappresentarsi l’altro, o, meglio, a “coglierlo” quale effettivo protagonista in carne ed ossa di quella storia interrotta nel suo movimento evolutivo, senza mai semplificare o ridurre l’individuo a qualsiasi tipo di codifica o di lettura teorica; questo anche, e soprattutto, per prepararli a confrontarsi con una realtà clinica quanto mai variegata proprio in quanto sempre uniche e diverse tra loro saranno le persone che di volta in volta incontreranno nel procedere dell’attività professionale.

Ci sembra quindi assolutamente non opportuna la riduzione della lettura professionale a mero etichettamento diagnostico. In quanto modalità descrittivamente statica, una diagnosi propriamente intesa viene da noi ritenuta strumento assolutamente inadeguato a cogliere nella sua complessità quel processo in movimento che ogni persona comunque è, anche la più bloccata nella sofferenza. In coerenza con questo presupposto essenziale, nella formazione alla professione clinica viene pertanto escluso l’utilizzo degli inquadramenti nosografici classici.

Soprattutto durante le fasi iniziali della formazione, nell’analisi dei casi clinici agli allievi viene proposto un confronto tra l’utilizzo delle diagnosi di tipo medico-psichiatrico e il ricorso a valutazioni dal taglio esplicativo-funzionale per permettere loro di toccare con mano la maggior forza euristica e il minor rischio di tautologicità di queste ultime.

Altro messaggio formativo importante è l’inutilità di qualsivoglia comunicazione diagnostica al paziente che può anche, più o meno esplicitamente, richiederla, spesso per un’abitudine sociale a prassi curativo-mediche che prevedono restituzioni di tipo classificatorio o magari per la necessità di dare un nome al proprio malessere, con l’aspettativa illusoria di trovare in questo nome una via d’uscita dal disagio. Quello che è importante veicolare agli allievi è non tanto la “regola” di non comunicare qualsiasi tipo di diagnosi quanto percepirne l’inutilità, anzi, peggio, la paradossalità intrinseca e il rischio di far arrivare al paziente un “doppio messaggio” non coerente con la logica secondo la quale è soltanto lui che, accompagnato ma non sostituito dal terapeuta, può individuare una lettura personale con la quale dare significato al proprio disagio.

Nel nostro modello formativo viene ritenuto essenziale far cogliere all’allievo quanto e con quanta salienza il processo di conoscenza dell’altro avvenga tramite modalità che

necessariamente vedono *precedere la dimensione della comprensione rispetto a quella della spiegazione* (cfr. Cionini, 2006). In questa ottica, i didatti dapprima aiutano l'allievo a leggere quanto osservato in termini di ascolto del proprio sentire in tutte le sue sfumature e, soltanto in un momento successivo, a riassumere, ridefinire e schematizzare tali osservazioni attraverso un linguaggio esplicativo di tipo professionale.

Questo, per esempio, può essere facilitato in aula stimolando costantemente la partecipazione attiva del gruppo a dare spazio all'espressione di qualsiasi spunto personale sia stato sollecitato dalla proposta di un caso clinico, così come anche tramite la rilettura "in chiaro" da parte del didatta della propria processualità nella conduzione clinica. Operazioni didattiche di questo tipo favoriscono un apprendimento non finalizzato a un'acquisizione nozionistica ma a una graduale interiorizzazione dei costrutti professionali.

Per evitare che la conoscenza dell'altro si limiti a "vedere il mondo coi suoi occhi" o "mettersi nei suoi panni", è necessario abituare l'allievo a far seguire ai momenti di comprensione quella che definiamo *conoscenza tramite spiegazione*, cioè la codifica e attribuzione di un pattern di costrutti professionali di volta in volta ritagliato su ogni specifica persona. Questa capacità di lettura professionale, necessariamente preceduta dall'essere entrati in contatto con l'essenza dell'altro, è finalizzata a una costruzione della complessità individuale articolata, ma contemporaneamente sintetica, che permetta di impostare e dare avvio ad una relazione effettivamente terapeutica.

Per evitare che l'approccio all'altro si polarizzi – o addirittura si cristallizzi – esclusivamente nella dimensione della comprensione oppure in quella della spiegazione (ciascuna in sé inefficace e non adatta per un approccio all'altro che miri al cambiamento) è necessario che il processo di conoscenza che l'allievo attua si situi all'interno di una continua circolarità, in cui vengano ad alternarsi, appunto, momenti di comprensione, cioè di capacità di provare ad "essere l'altro", e momenti di spiegazione, cioè di rilettura teorico-clinica dell'ipotetico funzionamento dell'altro (cfr. Morin, 1986). Questo processo può essere facilitato portando la stessa circolarità all'interno dei momenti formativi. Per esempio, in seguito all'ascolto di un caso clinico, si lavora sempre dapprima "a caldo" su tutto quanto suscitato negli allievi per portarli a vedere il mondo come l'altro lo vede, ponendosi dal suo interno e calandosi nella realtà che la persona presenta e narra; solo in un momento successivo, per così dire più "a freddo", si provano a scomporre e analizzare in maniera più specifica una serie di elementi, codificandoli in termini professionali ed articolandoli in possibili relazioni gerarchiche. Comunque, viene sempre evidenziato il fatto che la lettura professionale non può assolutamente prescindere da quanto emerso "a caldo" per poter davvero rispettare la valenza conoscitiva dell'altro nella sua unicità.

Analisi della domanda e costruzione professionale dell'altro

Altro obiettivo essenziale è l'acquisizione da parte degli allievi della capacità di attivare processi più approfonditi di *analisi della domanda*, guidandoli e stimolandoli criticamente verso letture che vadano oltre il livello più esplicito attraverso il quale il paziente ha formulato la richiesta di aiuto e ricercandone il bisogno più sostanziale sotteso.

È necessario che l'allievo si appropri di una modalità di approccio al sintomo (inteso in senso più lato come problema presentato) che gli permetta di interrogarsi sulla *funzionalità del sintomo* stesso. Il presupposto da cui si parte è la concettualizzazione per cui ogni manifestazione sintomatica, sicuramente portatrice di sofferenza, sia l'espressione "visibile" del disagio ma non si esaurisca nel dolore che provoca. Il "sintomo" viene considerato parte integrante proprio di ciò che quella persona è: segno distintivo delle sue specifiche esperienze di vita. La sintomatologia non è quindi più qualcosa da debellare, eliminare, far scomparire, quanto qualcosa che chiede di esser letto, decodificato e compreso proprio nella storia di un individuo, nel suo modo di rapportarsi a se stesso e agli altri. Riveste inoltre una funzionalità protettiva in quanto, pur con un elevato costo emotivo, permette al sistema di mantenere un equilibrio funzionale al raggiungimento di determinati scopi esistenziali, fosse anche garantirsi la sopravvivenza fisico-psichica. Comprendere la funzionalità protettiva del sintomo permette di passare a una prassi clinica in cui ciò che veniva costruito unicamente come portatore di dolore, e quindi da eliminare, possa essere

riconcettualizzato, anche dal paziente, come qualcosa di estremamente funzionale e pertanto da cogliere nella sua pregnanza di significato.

Nelle discussioni sui casi, che siano dei didatti o degli allievi in supervisione, è fondamentale che, di fronte a ciò che il paziente presenta come sofferenza, sintomo, disagio, malessere, problema, i didatti portino sempre attivamente il gruppo a interrogarsi sul suo significato e a costruirne, collocandosi dall'interno del sistema-paziente, la specifica valenza per il suo equilibrio.

Altro obiettivo formativo rispetto all'analisi della domanda è mettere gli allievi nella condizione di poter decidere se sussistono i *presupposti per una presa in carico* ed eventualmente di che tipo (sostegno, counselling, psicoterapia). Infatti, al di là della richiesta esplicita del paziente di un particolare tipo di aiuto, attiene sempre al ruolo del terapeuta la competenza specifica di "tradurre", sulla base di criteri professionali, tale richiesta nella proposta di intervento più appropriato alla situazione presentata. Resta da sottolineare che, diversamente da altri approcci, nel nostro orientamento non riteniamo esistano "a priori" situazioni, sintomi, condizioni, problemi, malesseri che possano in sé essere riconducibili ad un determinato tipo di intervento (per esempio, l'indicazione di un counselling relativamente ad una decisione lavorativa da prendere). La scelta del tipo di intervento deve sempre essere costruita sulla base di una lettura professionale delle implicazioni che la problematica presenta in termini di invalidazione dei costrutti nucleari individuali (nello specifico, quanto e come la problematica presentata relativa al lavoro, ad esempio, possa invalidare il senso di identità personale) e, non ultimo, anche in base alle possibilità di movimento che si anticipano nel sistema-paziente. Tale costruzione dovrebbe permettere anche di stabilire se il nostro particolare modello di psicoterapia sia effettivamente adatto alla problematica presentata.

Un messaggio formativo che solitamente cerchiamo di passare come essenziale agli apprendisti terapeuti è relativo a imparare a riconoscere i casi che possono o meno seguire personalmente; capacità che ovviamente non può essere acquisita nell'arco limitato dei quattro anni di scuola ma soltanto gradualmente attraverso il procedere dell'esperienza clinica e gli inevitabili insuccessi professionali e/o drop out. L'idea di fondo mira a smitizzare l'illusione di un terapeuta onnipotente che possa curare tutti sempre e comunque ed è coerente con l'assunto che, oltre al ruolo professionale, la psicoterapia coinvolge dimensioni personali; queste, se anticipate nel loro grado di implicazione come potenzialmente collusive coi giochi relazionali o con le problematiche personali presentate dal paziente, possono portare alla decisione di affidare ad altri colleghi la presa in carico di quella determinata persona.

Nel nostro modello cognitivo-costruttivista, l'abilità di leggere professionalmente l'altro si attua attraverso un apprendimento alla *costruzione di ipotesi professionali che partano dalla narrazione della storia di vita della persona*. Al primo colloquio di analisi della domanda seguono tre (più raramente quattro) sedute definite di *assessment* (cfr. Cionini, 1991; 2006) in cui paziente e terapeuta ripercorrono insieme, in parte in ordine cronologico ed in parte per salienza tematica, tutta una serie di esperienze esistenziali e relazionali della storia del paziente. Questa raccolta non si configura come una anamnesi ma è volta ad esplorare situazioni e passaggi evolutivi ritenuti cruciali in coerenza ai presupposti teorici del modello. La forma globale della narrazione della storia che l'altro ci presenta, ricostruita attraverso il linguaggio professionale, è la base su cui poter costruire ipotesi di funzionamento del suo sistema di conoscenza. Un'attenzione privilegiata viene quindi sempre prestata non tanto ai singoli elementi storici e ai correlabili costrutti professionali, quanto al loro insieme e alle loro interconnessioni funzionali e di significato; il quadro che si viene a creare non deve risultare un elenco di "indici" ma essere una configurazione di significati interrelati tra loro. È soprattutto la forma narrativa con cui il paziente ci presenta la sua storia ad essere considerata un fattore indicativo della rappresentazione interna del mondo del paziente e delle sue modalità interpersonali (vedi paragrafo *Addestramento alle modalità di "costruzione professionale" del paziente*).

Tali elementi, una volta rielaborati e riletti nel loro insieme attraverso l'ausilio di codifiche e costrutti clinici, permettono al terapeuta di formarsi una prima ipotesi professionale del sistema di conoscenza del paziente che risulta così essere ritagliata proprio sulla sua unicità e complessità e di definire una strategia di trattamento, dando avvio al lavoro terapeutico vero e proprio. Può essere importante sottolineare che questa costruzione professionale – proprio in quanto ipotetica – è qualcosa che, nel corso del processo terapeutico, viene continuamente e attivamente rivisitata, riadattata e modificata, man mano che, seduta dopo seduta, il paziente porta, presenta, racconta, vive elementi nuovi che fino a quel momento non erano presenti nel suo orizzonte conoscitivo.

Nella formazione quindi l'intento dei didatti è *far apprendere un modo di raccogliere elementi della storia dell'altro senza però fermarsi a tali elementi*. Per quanto possa sembrare paradossale, questo è invece il criterio essenziale che differenzia l'operazione di *assessment* da un'anamnesi. Si ritiene che formarsi un quadro d'insieme, il più comprensivo possibile di una complessità, possa avvenire soltanto nel momento in cui viene cercata una "collocazione esplicativa" sia a tutto quello che viene narrato esplicitamente, sia a quello che è sotteso nella narrazione o che può, addirittura, non essere presente nel racconto dell'altro (apparenti vuoti o salti narrativi). L'allievo viene quindi stimolato in ogni momento a provare a mettere insieme i "pezzi" che ricava dall'*assessment*, correlandoli ed articolandoli tra loro attraverso una rete di rapporti internamente funzionali, così da giungere a una visione globale dell'altro come persona nelle sue possibilità di movimento sistemico.

Il cambiamento

Se si parte dal presupposto che l'obiettivo di un sistema individuale di conoscenza sia la capacità di costruire anticipazioni per "muoversi nel mondo", *la sofferenza psicologica può essere concettualizzata nei termini di un blocco delle capacità di movimento*, accompagnato dalla sensazione di impossibilità a costruire alternative soggettivamente percorribili. Il cambiamento è così concepibile come la possibilità per il sistema di riavviare il proprio processo di movimento attraverso la creazione di nuovi significati che il soggetto (bloccato in una ripetizione stereotipa di comportamenti, pensieri, emozioni) non riesce a costruire come strade possibili nel proprio orizzonte conoscitivo. Questa costruzione di significati nuovi, per quanto in un lavoro di esplorazione effettuato insieme al terapeuta, non può altro che originarsi "dal e nel" soggetto, all'interno dei suoi vincoli e delle sue possibilità sistemiche.

Definito in questi termini, il concetto di cambiamento reca in sé la connotazione di un qualcosa di diverso e di nuovo che emerge, e che prima "non c'era", rendendo quindi l'ottica psicoterapeutica ben distante da quella medica dove la "cura" prevede e pretende il ripristino delle condizioni dell'organismo precedenti alla "malattia" e la ripresa del suo funzionamento "normale". Alla fine di un trattamento psicoterapeutico, il sistema dovrebbe risultare più complesso e articolato, permettendo alla persona di rendere prevedibile una gamma più ampia di esperienze e di mantenere una maggiore stabilità e flessibilità nel movimento intrinseco allo scorrere, più o meno ordinario, della realtà quotidiana.

Al centro del modello formativo viene pertanto a porsi l'acquisizione del concetto di cambiamento (e non di "cura") inteso come un riavvio del movimento del sistema che può nascere solo dall'interno della persona.

Il ruolo del terapeuta rispetto allo scopo finale della terapia diviene quindi quello di *stimolare e favorire la riorganizzazione autonoma del paziente*. Il terapeuta non fornisce cure, rimedi, consigli, soluzioni, suggerimenti ma predispone un territorio in cui l'altro possa trovare gli strumenti per arrivare alle sue peculiari risposte; strumenti intesi come modalità nuove per approcciarsi all'ascolto e alla conoscenza di sé, per arrivare a comprendere e spiegare "sé stesso da sé stesso" in funzione delle situazioni di volta in volta vissute.

Il terapeuta quindi non propone alternative specifiche, né tanto meno fornisce indicazioni pratiche o spiegazioni, in quanto queste sarebbero basate necessariamente ed esclusivamente su criteri esterni all'altro, ma permette che il paziente possa lasciar

emergere dentro di sé le proprie risposte in quanto ritenute le uniche effettivamente percorribili dal suo sistema di conoscenza.

Agli allievi viene sottolineato come l'efficacia dell'aiuto non consista nel "soccorso" all'altro, nel sostituirsi all'altro, ma nell'accompagnarlo in un percorso di esplorazione di sé, verso la costruzione di alternative possibili, offrendogli punti di osservazione e spunti di riflessione che possano essere interpretati in funzione delle proprie potenzialità costruttive. L'intento didattico è quindi quello di portare gli allievi a costruirsi un ruolo basato sulla consapevolezza critica di non poter trovare le risposte ai problemi del paziente, cioè di non possedere alcuna possibilità di guarirlo in senso più lato (se per guarirlo si intende eliminare la sofferenza, come si è già detto).

Il "fare terapeutico" che si intende così far acquisire è finalizzato non tanto ad un "fare dando all'altro" quanto ad un "far fare, facendo con l'altro".

Il processo del cambiamento come "minaccia"

Per stimolare e favorire l'esplorazione nella direzione del cambiamento, il terapeuta si trova ad operare, su più livelli, spesso simultaneamente, tutte quelle mosse di intervento che anticipa possano promuovere processi di riorganizzazione autonoma nell'altro. È importante tenere sempre presente, tuttavia, che *il cambiamento – qualsiasi cambiamento – porta in sé sempre e comunque una certa dose di "minaccia" per il sistema*. Cambiare significa muoversi da uno stato presente che – per quanto portatore di sofferenza – è noto e abituale, e per tale ragione in qualche modo rassicurante, verso un "nuovo potenziale" che rappresenta viceversa un ignoto fino a quel momento presumibilmente non esplorato. E il nuovo e ignoto è di per sé minaccioso. In questi termini si può dire che la psicoterapia comporta intrinsecamente una minaccia in quanto percorso finalizzato, per esplicita richiesta e desiderio del paziente, a un graduale abbandono dei territori esistenziali attuali e conosciuti, verso territori tutti da scoprire. Esemplicative dell'intensità di questo passaggio possono essere le parole di un paziente in una fase nella quale sta riscoprendo la relazione con il proprio mondo emozionale: "Come da bambino la risposta a un mondo, ad una realtà poco chiara era in termini di sintomi, ora è il mondo delle emozioni che mi è poco chiaro... non l'ho ancora digerito. Ora mi accorgo di come le emozioni mi trovano disarmato... Le emozioni mi preoccupano, sono una forma di realtà ancora sconosciuta. *Io mi pongo nei confronti delle emozioni come un europeo che si trova nella giungla e sente dei rumori strani e non capisce cosa siano.*"

Durante la formazione, cerchiamo di enfatizzare questo concetto con gli allievi-psicoterapeuti, sottolineando come in qualsiasi processo di cambiamento i propri interventi debbano essere attentamente calibrati nei termini della loro presumibile minacciosità per l'equilibrio del sistema dell'altro. Se l'entità della minaccia è minima o assente il risultato sarà presumibilmente una mancata promozione del cambiamento. Una relazione terapeutica di questo tipo può anche risultare "gradita" a un paziente che si senta accudito e confermato in tutti i suoi aspetti ma questo "accudimento" ha un costo non indifferente sia nei termini del mancato movimento, sia in quelli della conferma della pericolosità e/o impossibilità del cambiamento. Molte psicoterapie "interminabili" sono probabilmente dovute proprio a interazioni di questo tipo. Viceversa una minaccia eccessiva può indurre – in relazione alle caratteristiche e alla fragilità del paziente – effetti di diverso tipo, tutti comunque negativi: una reazione di irrigidimento difensivo (con un blocco più o meno momentaneo del processo e con un pregiudizio per la relazione), l'abbandono della terapia (ovvero un *drop-out*) o addirittura un aggravamento dello stato di scompenso che talvolta può manifestarsi anche con episodi dissociativi e/o psicotici.

In termini didattici questa capacità di "calibrazione della minaccia" è di non facile acquisizione poiché richiede una competenza complessa che coinvolge contemporaneamente un insieme di aspetti. Fra l'altro: l'essere in grado di calarsi nei panni dell'altro, l'essersi costruiti un'immagine delle sue aree di maggiore vulnerabilità (in generale e rispetto a ogni specifico momento del percorso terapeutico), l'anticipazione del "potere perturbante" (per le dimensioni nucleari del sistema) di quel particolare intervento, la possibilità per il paziente di accogliere l'invalidazione potenzialmente attivata dall'intervento

del terapeuta e di entrare in un vuoto di significati a partire dal quale possa, successivamente, costruire qualcosa di nuovo, ecc.. È importante pertanto, durante le esperienze di formazione pratica, stimolare gli allievi a riflettere su tale aspetto per abituarli a calibrare le proprie mosse terapeutiche in relazione alla minaccia potenziale che comportano. Soprattutto nei momenti di supervisione viene posta particolare attenzione a questa dimensione, invitando l'allievo a considerare le implicazioni dei propri interventi e a interrogarsi sui loro possibili effetti in virtù della valutazione delle potenzialità di movimento di quello specifico paziente in quello specifico momento del percorso terapeutico.

La persona del terapeuta come strumento di cambiamento

Dal momento che, nella nostra ottica, la comprensione precede qualsiasi lettura teorico-esplicativa, la persona del terapeuta svolge un ruolo cruciale ai fini del processo di cambiamento.

Si entra qui nell'ambito più specifico del *saper essere*. L'obiettivo formativo prevede che l'apprendista-terapeuta acquisisca durante i quattro anni una buona consapevolezza di sé, delle caratteristiche del proprio sistema di conoscenza e della propria teoria del mondo. Questa consapevolezza dovrebbe permettergli di leggere i propri processi cognitivi, affettivo-emotivi e relazionali e di capire le implicazioni di sé coinvolte nel processo terapeutico.

Attraverso una buona conoscenza personale, i futuri terapeuti possono affinare la capacità di distinguere sé dall'altro, di decentrarsi dal proprio sistema di significati e di calarsi nel sistema di conoscenza del paziente; in particolare, come usiamo dire agli allievi, divenendo capaci di *"farsi attraversare" dall'altro* e dai suoi significati, per comprenderlo nella sua specificità.

Un altro aspetto fondamentale è *il potersi permettere di stare anche in un "vuoto di significati"*, nell'assenza di ipotesi esplicative, come spazio-tempo necessario per giungere alla comprensione dell'altro. Gli allievi vengono aiutati a costruire questi momenti come momenti attivi pur nell'apparente passività, e quindi non come indicatori di incapacità, inadeguatezza o mancanza di professionalità ma come passaggi necessari per il procedere nella conoscenza dell'altro.

Oltre alla consapevolezza di sé, che si può raggiungere nei quattro anni della formazione specialistica, riteniamo estremamente importante che l'allievo acquisisca quella dimensione che definiamo del *saper cambiare* (Cionini & Ranfagni, in corso di stampa). Questa dimensione ci sembra rilevante in una professione il cui nucleo fondamentale è proprio la relazione interpersonale in quanto, in coerenza con l'ottica costruttivista, non si può non assumere che il terapeuta stesso, proprio in quanto prima di tutto persona, sia un sistema di conoscenza in movimento e che l'entrare in relazione di due persone, anche se una nel ruolo di terapeuta e l'altra nel ruolo di paziente, sia inevitabilmente fonte di cambiamento reciproco.

Acquisire questa cognizione permetterà al futuro terapeuta di potersi misurare in maniera critica e consapevole con gli eventuali limiti che, nel procedere della pratica professionale, potranno evidenziarsi rispetto a particolari momenti di uno specifico percorso terapeutico o rispetto a determinate procedure oppure rispetto al proprio personale modo di rapportarsi al modello teorico di riferimento. Se vissuti con consapevolezza e quindi "serenamente", è in questi momenti che la creatività personale del terapeuta può intervenire consentendogli di rivedere, variare, integrare, adattare o trasformare aspetti più o meno strutturali del proprio *sapere, saper fare e sapere essere*, pur mantenendosi in una logica internamente coerente ai presupposti epistemologici della teoria di riferimento.

Inoltre il messaggio formativo così veicolato mira a permettere al futuro terapeuta di non restare rigidamente affezionato ad un'illusoria immagine di sé come di elemento invariabile del processo psicoterapeutico e di poter assumere una sempre maggiore disposizione di apertura rispetto all'emergere del "nuovo" (anche nella propria dimensione soggettiva) nell'incontro con l'altro, senza percepire una minaccia relativamente al mantenimento del ruolo professionale.

Relazione terapeutica: tra “saper fare e saper essere”

Ad una buona conoscenza di sé è intrinsecamente collegata la possibilità di utilizzare la relazione terapeutica come strumento essenziale per il cambiamento. È qui che la dimensione del *saper fare* e quella del *saper essere* si incontrano ed integrano sinergicamente.

Nella nostra ottica, la metafora della *base sicura* di Bowlby (1988) è direttamente applicabile alla relazione terapeutica. Coerentemente con tale teoria, *il terapeuta*, in quanto persona alla quale il paziente si rivolge in un momento di particolare difficoltà della sua vita, *può essere considerato a pieno titolo una potenziale, importante, figura di attaccamento*. Fin dall'inizio della relazione terapeutica, ma soprattutto una volta che questa si sia stabilmente strutturata, il paziente tenderà a riprodurre nel setting gli stessi processi di attribuzione di significato – a sé e all'altro – e a vivere le stesse sfumature emotive che caratterizzano nell'oggi i rapporti con le figure significative della sua vita. L'analisi dei processi che si verificano nella relazione offre occasioni uniche per rileggere insieme al paziente le caratteristiche dei suoi schemi interpersonali nel momento stesso in cui vengono rimessi in atto e per analizzare le costruzioni anticipatorie che effettua rispetto al terapeuta, alle sue reazioni emotive e ai suoi comportamenti. La sensazione di accettazione incondizionata e la possibilità di ricevere dal terapeuta una comprensione "calda" possono permettere al paziente di costruirsi quelle sensazioni protettive di *base sicura* che facilitano l'esplorazione di parti più sconosciute, e in qualche modo minacciose, di sé.

Le "mosse relazionali" del terapeuta possono essere talvolta finalizzate specificamente a evidenziare i processi transferali in corso orientando su di essi l'attenzione del paziente. È importante quindi che gli allievi apprendano a prestare attenzione al significato relazionale del proprio agire (a livello verbale, paraverbale e non verbale) chiedendosi sempre – più o meno esplicitamente – “che effetto può avere nella relazione quello che sto facendo?”, così da essere in grado di porsi nel setting in un modo che da un lato (in parte) soddisfi le richieste relazionali del paziente, ma dall'altro offra a quest'ultimo occasioni per sperimentarsi in modo nuovo, in una situazione protetta. Il setting può quindi divenire un contesto privilegiato e sicuro di esplorazione di “sé-nelle-relazioni” offrendo al paziente occasioni nelle quali possa provare a permettersi sensazioni altrimenti "proibite"; occasioni che possano condurre all'invalidazione delle anticipazioni che tali modalità – diverse da quelle che egli usualmente adotta nei rapporti interpersonali – portino a critica, rifiuto o abbandono da parte del terapeuta (Cionini, 2005). Le dinamiche della relazione paziente terapeuta possono essere talvolta esplicitate, divenendo oggetto di una metacomunicazione, in altri casi essere lasciate sul livello implicito, senza alcuna traduzione linguistica o mediate esclusivamente da comunicazioni metaforiche.

L'apprendista-terapeuta deve imparare a porre attenzione alle proprie sensazioni personali (attivate dalla e nella relazione terapeutica) discriminando con la massima consapevolezza possibile quanto ciò che avviene e sta provando possa essere influenzato dalle modalità tipiche del proprio sistema di conoscenza e quanto, invece, da paure, difficoltà, strategie relazionali del sistema del paziente. A questo scopo, particolarmente utili sono i momenti di supervisione individuale davanti al gruppo, in quanto ciascuno dei rimandi degli altri, oltre che dei didatti, stimola l'allievo in questione a costruire punti di vista diversi da cui osservarsi durante l'interazione terapeutica.

Gli errori nella conduzione del processo terapeutico

Come in altre dimensioni della vita, anche in un percorso terapeutico gli errori sono inevitabili in quanto intrinseci di per sé alla natura umana.

Nella nostra ottica, l'approccio ad un eventuale “errore” del terapeuta assume una connotazione peculiare. L'assunto di fondo è che ritenere un errore soltanto “un errore” (con le implicazioni del senso comune: ovvero qualcosa che non va bene e che non andava fatto) sia un modo per ritrovarsi bloccati in una dimensione di giusto/sbagliato, rinchiudendosi metaforicamente in una sorta di tribunale dove, ad un'eventuale condanna

del terapeuta-colpevole, non consegue in alcun modo un qualche beneficio per il paziente. Viceversa, nel caso in cui l'errore non abbia comportato una lesione grave del benessere psicofisico dell'altro né siano stati trasgrediti gli assunti etici e deontologici fondamentali, riteniamo che debba essere considerato alla stregua di qualsiasi altro "evento" o esperienza analizzabile nel setting e che, se opportunamente utilizzato, possa risultare foriero di significati, veicolando informazioni e conoscenze su dimensioni personali del terapeuta che si sono rese particolarmente evidenti nella dinamica di quella specifica relazione.

A fronte della percezione di un proprio errore, è importante quindi che il terapeuta lo accetti e lo consideri nella sua valenza informativa, senza drammatizzarlo ma senza, al tempo stesso, minimizzarlo o banalizzarlo, interrogandosi per capire quanto ciò che è avvenuto possa essere ricondotto alla dimensione intersoggettiva o piuttosto, prevalentemente, a proprie problematiche personali; in quest'ultimo caso, il terapeuta dovrà attivare un processo di considerazioni e riflessioni su di sé (a livello individuale o nell'ambito di una supervisione) che gli permettano un'elaborazione critica ed il proseguimento del percorso terapeutico "raddrizzando il tiro" a beneficio dell'altro e mantenendo alta l'attenzione a non rimettere in atto le stesse dinamiche.

Qualora invece il terapeuta ritenga di poter costruire l'"errore" anche in termini relazionali, dovrà utilizzarlo come fonte informativa di qualcosa che, appunto, sta avvenendo nell'interazione col paziente e che può essere riletto con significati utilizzabili ai fini del trattamento stesso.

Se l'errore è stato rilevato esclusivamente dal terapeuta è necessario che egli si chieda se, in funzione del beneficio del paziente, sia vantaggioso o meno comunicarglielo; viceversa se è stato il paziente stesso a segnalarlo è essenziale che l'errore venga analizzato a partire da un suo riconoscimento esplicito da parte del terapeuta – che passa presumibilmente anche attraverso un'operazione di *self-disclosure* – e che porti a una condivisione e a un confronto franco a quattro mani su quanto avvenuto e sulle ricadute che ha avuto sulla relazione.

In termini didattici, l'obiettivo diviene quindi quello di aiutare gli allievi a non "negare" i propri errori (aspetto che può intervenire in misura ancora maggiore in una fase formativa in cui, molto spesso, alla dimensione di apprendimento può associarsi una dimensione valutativa) ma anzi a prestarvi un'accurata attenzione sottolineandone la valenza informativa e la possibilità di far sì che qualcosa di inizialmente negativo e spiacevole possa essere costruito come un'opportunità di ampliamento conoscitivo su sé e sull'altro.

Metodologia della formazione

Le competenze del terapeuta

Come già detto, la metodologia della formazione viene articolata a partire dal presupposto che le competenze fondamentali di un terapeuta siano acquisibili essenzialmente mediante un addestramento esperienziale finalizzato alla promozione di una sua crescita personale, piuttosto che tramite l'acquisizione di specifiche tecniche e metodi insegnati teoricamente. Tale addestramento si propone di sviluppare, nel corso dell'intero iter formativo, alcune abilità complesse che possono permettere di affrontare le difficoltà insite nella gestione di un processo terapeutico.

In primo luogo la capacità di stabilire un dialogo autentico con i propri pazienti ponendosi in relazione con l'altro con un atteggiamento che privilegi la comprensione; atteggiamento che richiede la disponibilità di mettere in discussione i propri pre-concetti. Come afferma Gadamer, acquisire una sensibilità rispetto all'alterità, comprendere l'altro e aprirsi alla novità del suo racconto "non presuppone né un'obiettivo *neutralità* né un oblio di se stessi, ma implica una precisa presa di coscienza delle proprie pre-supposizioni e dei propri pregiudizi" (Gadamer, 1960, p. 316). Capacità necessariamente connessa all'attivazione delle conoscenze appartenenti al proprio dominio affettivo-emotivo che richiede quindi un addestramento che non può che passare attraverso un processo esperienziale centrato sulla consapevolezza di sé nella relazione con l'altro.

Ugualmente importante è la capacità di *riflettere mentre si agisce*; abilità procedurale che non implica necessariamente un processo mentale conscio (anzi, spesso esperita a livello di sensazioni o intuizioni) e che consente di modificare la propria comprensione e le proprie azioni in relazione a ciò che sta avvenendo e di improvvisare rispondendo in modo pertinente alla particolarità del momento e alla situazione relazionale in atto (Safran & Muran, 2000).

Un buon psicoterapeuta dovrebbe inoltre acquisire la capacità (anch'essa procedurale e quindi prevalentemente non consapevole) di integrare un insieme di informazioni provenienti da fonti diverse: la teoria di riferimento, le proprie reazioni emotivo-affettive a ciò che avviene nella relazione, le risposte esplicite e implicite del paziente ed i loro significati, i potenziali effetti del proprio agire nel setting.

La cornice del processo formativo

In coerenza con quanto sostenuto nei paragrafi precedenti, i primissimi mesi della formazione vengono dedicati prevalentemente alla presentazione dei presupposti epistemologici del modello clinico e dei principi fondamentali che caratterizzano la teoria di riferimento e la teoria della tecnica.

A questa prima fase fa rapidamente seguito l'inizio della formazione pratica che può essere distinta in tre momenti, portati avanti in fasi successive ma in gran parte sovrapposte, e finalizzati:

- a) alla comprensione della domanda e alla costruzione professionale delle caratteristiche di funzionamento cognitivo-emotivo del paziente (*assessment*);
- b) alla conduzione del processo terapeutico mediante procedure conversazionali, modalità di "lavoro sulle emozioni" e gestione delle dinamiche transferali;
- c) alla supervisione delle psicoterapie portate avanti dagli allievi (a partire dal terzo anno di training).

Momenti specifici vengono inoltre dedicati alle esperienze effettuate dagli allievi durante il tirocinio e all'analisi delle dinamiche nel gruppo di formazione considerato un setting particolare nel quale oltre ad apprendere si attuano processi di cambiamento personale la cui portata è condizionata significativamente dal clima di fiducia reciproca che si riesce a realizzare e che consente (se positivo) di affidarsi e di esplorare aspetti problematici di sé.

Fra il terzo e quarto anno di training sono previste inoltre un minimo di 20 ore di lavoro individuale con un terapeuta diverso dai didatti che seguono la formazione.

Per le prime due fasi della formazione pratica (*assessment* e conduzione del processo terapeutico) la didattica è organizzata secondo la medesima logica e la medesima cornice metodologica pur nella diversità degli specifici contenuti.

Inizialmente viene fatta una sintetica descrizione del metodo utilizzato per quella particolare procedura; la stessa procedura viene quindi mostrata in pratica mediante la lettura di trascrizioni e/o l'ascolto di audio registrazione di sedute effettuate da uno dei didatti del corso. Nella fase successiva un didatta mostra "dal vivo" quello stesso metodo di lavoro in una seduta con un allievo, nel ruolo di paziente, a partire da un contenuto personale offerto dall'allievo stesso. Quindi seguono esperienze "reali" (ovvero non simulate) in prima persona da parte degli allievi che rivestono alternativamente il ruolo di terapeuta e di paziente a partire da materiale personale dell'allievo-paziente.

L'osservazione di un terapeuta esperto al lavoro (uno dei didatti del gruppo) in una situazione reale di psicoterapia non può sostituire l'esperienza personale e diretta degli allievi ma consente, in una fase iniziale del processo di apprendimento, di vedere in cosa consista effettivamente il lavoro di psicoterapia. Gli allievi sono invitati a interrogarsi sul perché il didatta si sia mosso in un certo modo in passaggi cruciali della seduta, provando a ricostruire i suoi processi emotivi e di pensiero. Il didatta stesso può cercare di ricostruire e illustrare la "logica" che lo ha condotto a muoversi in un certo modo in quel momento e con quel paziente. Sono utili a questo scopo sia sedute "ben condotte", scorse fluidamente, che

possono essere esemplificative del modo di portare avanti una specifica procedura, sia sedute nelle quali il didatta-terapeuta ha trovato difficoltà decisamente più elevate e si è trovato a alternare momenti di chiarezza con momenti di incertezza e confusione, così come (in una fase più avanzata del percorso formativo) sedute nelle quali il terapeuta-didatta può aver sbagliato una serie di mosse terapeutiche in maniera più o meno rilevante. È importante che gli allievi considerino i loro didatti bravi ed esperti terapeuti ma contemporaneamente, non arrivino a idealizzarli considerandoli "perfetti". Avere l'idea che anche un terapeuta esperto può fare (come inevitabilmente fa) errori di valutazione e di conduzione permette da un lato di ridurre l'ansia perfezionistica degli allievi legata all'idea di dover far bene (che ovviamente aumenta le probabilità di bloccarsi e/o sbagliare), dall'altra di imparare in pratica come gli errori stessi possano diventare (quando riconosciuti e analizzati nel loro dinamica relazionale) occasioni importanti di comprensione di sé, dell'altro e del contributo che ciascuno apporta alla relazione terapeutica. Quando poi il didatta lavora "come terapeuta" con un allievo "paziente" di fronte al gruppo (nonostante che in una situazione di questo tipo il processo di esplorazione risulti più limitato per le caratteristiche particolari del setting nel quale si svolge) ai vantaggi di cui sopra si aggiungono quelli di:

- permettere all'allievo di fare esperienza diretta dell'impatto che può avere su un paziente quel particolare modo di condurre l'interazione terapeutica,
- sperimentare la situazione di affidamento che appartiene tipicamente a una relazione terapeutica "ben riuscita",
- iniziare un lavoro di conoscenza personale finalizzato a un incremento di consapevolezza rispetto alle caratteristiche dei propri processi cognitivi e affettivo-emotivi.

Nella successiva fase in cui entrambi i ruoli (di paziente e di terapeuta) sono rivestiti da due allievi, oltre alle considerazioni appena fatte si aggiunge quella di offrire a colui che si trova a rivestire il ruolo terapeutico, l'opportunità di farne un'esperienza diretta in una situazione protetta nella quale può contare in ogni momento (se necessario) nell'aiuto "tecnico" e nel supporto del gruppo e del didatta,

Vediamo ora come questa cornice generale di metodo si realizza concretamente nelle diverse fasi e momenti del processo formativo.

Addestramento alle modalità di "costruzione professionale" del paziente

Dopo aver descritto le strategie e la modalità di conduzione del primo colloquio e della raccolta della storia di vita (vedi paragrafo *Teoria della tecnica*) e avere illustrato i criteri di trascrizione di queste prime sedute e le modalità utilizzabili per la loro codifica nei termini dell'analisi del discorso utilizzando le categorie della *Adult Attachment Interview* (AAI) (Crittenden, 1999) e degli "schemi cognitivo-emotivi prevalenti" (Cionini, 2006; Cionini & Provvedi, 2002), al gruppo viene fornita, sia in forma audio-registrata sia come trascritto, l'*assessment* (prima seduta di analisi della domanda e successivi colloqui di raccolta della storia di vita) effettuato da uno dei didatti con un proprio paziente.

Tramite un primo ascolto effettuato in gruppo, stimolati dai didatti nell'espressione libera delle proprie sensazioni e riflessioni, gli allievi possono così entrare da subito nella dimensione per cui nel processo conoscitivo dell'altro la comprensione non può che precedere qualsivoglia tentativo di spiegazione. Sulla base di questo primo momento esclusivamente dedicato alla comprensione, i didatti avviano poi un lavoro più analitico e di dettaglio sui trascritti focalizzando l'attenzione sui criteri di conduzione del colloquio e sulle modalità di porre le domande da parte del terapeuta. Nell'intervallo fra un fine-settimana di scuola e quello successivo, ogni allievo deve esercitarsi individualmente su questi trascritti relativamente ai criteri di codifica caratteristici del metodo. Nell'incontro successivo, suddivisi in sottogruppi, gli allievi confrontano le loro codifiche e le loro costruzioni di significato per provare a comprendere la persona del paziente, il suo modo di porsi nei confronti delle proprie esperienze e a costruire una spiegazione del senso e della funzione del problema (e della sintomatologia) che ha presentato nella richiesta di aiuto. Le letture professionali proposte dai sottogruppi vengono poi esposte e discusse tutte insieme alla presenza del didatta, potendole quindi confrontare criticamente fra loro e con la lettura professionale da lui costruita sul proprio paziente.

L'obiettivo dell'intero processo di *assessment* è quello di abituarsi a sentire e ragionare "con gli occhi dell'altro", considerandolo nella sua globalità e complessità, per cercare di costruire un primo abbozzo delle sue modalità di funzionamento cognitivo-emotivo e cogliere quanto più possibile il significato che il paziente attribuisce agli eventi, la sua intenzionalità, gli obiettivi che guidano le sue azioni nella relazione con sé e con gli altri per lui significativi. Oltre che all'inquadramento iniziale della persona del paziente e del suo problema, riteniamo che questa modalità di porsi "in ascolto" sia necessaria, in qualsiasi momento del percorso terapeutico poiché il processo di costruzione e ri-costruzione dell'altro termina soltanto alla fine della psicoterapia.

Successivamente a questo primo momento formativo, questo stesso tipo di lavoro viene svolto costantemente, e senza soluzione di continuità per tutti i quattro anni del percorso formativo, inizialmente utilizzando gli *assessment* personali degli allievi – tramite la procedura di lavoro a coppie (v. dopo) – e, dal terzo anno, utilizzando gli *assessment* dei pazienti portati in supervisione da ciascun allievo.

Al termine di questa fase preliminare, all'interno del gruppo di formazione si definiscono gli accoppiamenti terapeuta-paziente finalizzati a far sperimentare in prima persona a ogni allievo – in ciascuno dei due ruoli – quella stessa procedura, di raccolta e valutazione della storia di vita, che viene utilizzata in terapia per la valutazione clinica. Ogni seduta si svolge in uno studio collegato con l'aula tramite un sistema audio-video. Il gruppo può così seguire in diretta lo svolgimento della seduta e, se necessario, l'allievo-terapeuta può ricevere, quando lo desidera o appaia necessario, indicazioni su come procedere rispetto a eventuali momenti di più difficile conduzione. A garanzia di entrambi si stabilisce la regola che l'allievo-paziente può chiedere di interrompere, in qualsiasi momento e senza bisogno di motivazioni esplicite, l'approfondimento di tematiche personali che non si senta di affrontare in un setting (allargato) di questo tipo. Questa regola consente contemporaneamente all'allievo-terapeuta di sentirsi libero di fare le domande che ritiene opportune, senza porsi autolimitazioni connesse al timore di eccessiva invasività. Le sedute vengono audio e video registrate.

Al ritorno in aula, si analizzano in primo luogo i vissuti dei due partecipanti all'interazione nell'interpretare ciascuno dei due ruoli. Ci si sofferma in particolare sulle emozioni evocate dalla situazione e su come ciascuno ha percepito la relazione con l'altro. Dopo un feedback su questo stesso aspetto da parte dei compagni di gruppo e dei didatti vengono presi in considerazione anche gli aspetti di metodo mettendo in relazione le modalità utilizzate dal terapeuta nella conduzione della seduta e nell'interpretare il proprio ruolo, con le emozioni esperite nella relazione da entrambi i partner. Se necessario, al fine di analizzare aspetti più specifici del comportamento non verbale e paraverbale nei momenti di maggiore risonanza emozionale, parti della video-registrazione della seduta vengono rianalizzate in aula.

L'allievo-terapeuta ha quindi il compito, nelle settimane successive, di trascrivere integralmente la registrazione della seduta e (in assenza dell'allievo-paziente) di proporre e discutere con gli altri membri del gruppo, che nel frattempo hanno ricevuto a loro volta la trascrizione e fatto lo stesso lavoro, le sue ipotesi di codifica e costruzione professionale dell'altro. La medesima procedura viene seguita per la seconda e la terza seduta di raccolta della storia di vita.

Quando tutti gli allievi hanno completato questa fase di lavoro, ognuno propone a un sottogruppo (usualmente composto da quattro persone) le proprie ipotesi di inquadramento professionale delle modalità di funzionamento cognitivo-emotivo del proprio collega-paziente. Ciascun sottogruppo elabora quindi, per scritto, le costruzioni professionali dei propri "pazienti" che vengono inviate ai didatti per eventuali suggerimenti/correzioni/integrazioni.

Alla fine, ogni allievo, a turno, riceve l'elaborato scritto che lo riguarda e, subito dopo averlo letto da solo, si incontra con il suo collega-terapeuta, nello studio collegato in audio-video con l'aula, per analizzare insieme a lui le risonanze emotive rispetto alla costruzione che gli è stata proposta e approfondire gli aspetti che desidera riprendere in considerazione.

Quindi, in aula, il didatta e il co-didatta propongono all'allievo le loro riflessioni rispetto alle particolari difficoltà cui – in relazione ad alcuni aspetti delle sue caratteristiche cognitivo-emotive – potrebbe andare incontro nella gestione del ruolo professionale; a quali elementi della relazione sarà bene che ponga particolare attenzione ed eventualmente con quali tipologie di pazienti è il caso che valuti con attenzione, almeno in un primo momento, l'opportunità/inopportunità di una presa in carico.

Addestramento alle modalità di conduzione della psicoterapia

Come già detto, la cornice di metodo utilizzata per questa fase del percorso formativo (che ha inizio a partire dalla seconda metà del primo anno) è simile alla precedente. Per ciascuna modalità di lavoro viene prima offerta un'indicazione sui criteri metodologici da utilizzare, ascoltate audio-registrazioni di sedute dei didatti, osservato il didatta al lavoro con uno dei membri del gruppo. Seguono ripetuti momenti di esercitazione nei quali ogni allievo può provare a mettere in pratica quella/e procedura/e con uno dei colleghi di gruppo che si è offerto di portare "materiale personale".

Dagli ultimi mesi del primo anno, ha inizio l'addestramento alle procedure conversazionali gestite in un'ottica maieutica (Cionini, 1991). Verso la metà del secondo anno vengono introdotte le modalità di "lavoro sulle emozioni" (Cionini, 1994).

Le sedute che coinvolgono due allievi (nei rispettivi ruoli) vengono effettuate nello studio collegato all'aula tramite le apparecchiature audio-video. L'analisi di quanto avvenuto viene svolta immediatamente dopo ponendo attenzione agli stessi elementi già descritti nel paragrafo precedente.

In alcuni momenti, si ricorre ad alcune "simulate" svolte direttamente in aula, nelle quali uno dei didatti riveste il ruolo di paziente (simulandone uno dei propri), mentre quello di terapeuta viene rivestito a turno da allievi diversi. Questo contesto permette di interrompere ad ogni "cambio di terapeuta" la seduta e soffermarsi con l'intero gruppo a ricostruire e valutare ciò che ha guidato allievo-terapeuta a muoversi così come si è mosso, in relazione a ciò che ha sentito/pensato, con l'obiettivo di esplicitare processi taciti altrimenti difficile da analizzare e comprendere.

Anche in tutta questa fase della formazione, l'obiettivo fondamentale del processo è rivolto, oltre che all'addestramento "tecnico", ad un incremento dell'assunzione di un atteggiamento volto alla comprensione dell'altro e a un approfondimento della conoscenza di sé. Si sottolinea sempre l'importanza di riuscire a diventare maggiormente consapevoli dei sentimenti, pensieri, fantasie che mentre si lavora con il proprio paziente giungono alla soglia della coscienza, utilizzandole come fonte di informazione su ciò che sta avvenendo nell'interazione. Un'attenzione particolare viene quindi posta alla relazione: la relazione fra l'allievo-terapeuta e l'allievo-paziente, le relazioni fra i colleghi del gruppo (monitorandone il clima), la relazione fra i didatti e gli allievi. Anche per questa ragione è importante che ciascuno, nel momento in cui riveste il ruolo di "paziente", si senta padrone del diritto di dire "no", stabilendo i propri limiti personali nell'esplorazione di un tema per lui rilevante all'interno di un setting quale quello formativo. Affinché gli allievi possano sentirsi sicuri di esplorare aspetti personali davanti ai colleghi di gruppo e ai didatti si sottolinea l'importanza di monitorare continuamente il proprio livello di agio nell'esplorazione di sé prendendosi la responsabilità di una eventuale interruzione di tale processo nel momento in cui non ci si senta di andare oltre. Per questa stessa ragione inoltre alcuni spazi formativi vengono dedicati al gruppo e alle dinamiche che si sono sviluppate al suo interno (vedi paragrafo *Altre attività formative*).

Prendendo spunto da quanto avviene nei momenti esperienziali, vengono ridiscussi i concetti teorici relativi ai criteri di costruzione e di consolidamento dell'alleanza terapeutica e quelli connessi alle regole e alle possibilità offerte dalle diverse configurazioni di setting che, nella nostra ottica, può essere gestito – almeno per alcuni aspetti – in modo flessibile (Cionini & Ranfagni, 2009).

Nei quattro anni della formazione, alcuni incontri sono inoltre dedicati a tematiche specifiche quali: il lavoro con la coppia, la terapia sessuologica, la gestione di interventi di counselling, la terapia con i bambini ecc..

La supervisione

La supervisione ha inizio a partire dal terzo anno. Agli allievi viene richiesto di audio-registrare tutte le sedute; quelle dedicate all'*assessment* devono essere anche trascritte e codificate. Nella prima supervisione, al termine della raccolta della storia di vita, deve essere portato un elaborato scritto relativo alla comprensione del paziente, del suo problema e alla costruzione professionale delle sue caratteristiche cognitivo-emotive; nella rilettura e discussione con il gruppo, viene valutata la coerenza interna della costruzione professionale e il fatto che questa rispecchi una visione complessiva della persona che ha richiesto aiuto, utile per delineare, almeno a un primo livello, obiettivi e strategia dell'intervento e per valutare quale sarà l'atteggiamento presumibilmente più funzionale ai fini della costruzione di una buona relazione terapeutica.

La supervisione rappresenta uno dei momenti più importanti dell'intero processo formativo poiché diviene l'occasione per affrontare nuovamente tematiche "tecniche", già trattate nella precedente fase di addestramento a partire da specifiche situazioni problematiche di cui l'allievo (e il gruppo nel suo complesso) sta facendo esperienza diretta. Anche per questa ragione si sottolinea l'importanza che sia l'allievo stesso a identificare il tema/problema che desidera portare in supervisione. Se non si hanno domande qualsiasi risposta è priva di significato; problematica è infatti la situazione in cui l'allievo tende a presentarsi come figura competente e a mostrare ciò che è capace di fare, piuttosto che le proprie difficoltà nel gestire le dinamiche relazionali con l'altro.

In termini pratici la supervisione può essere effettuata a partire da:

- un resoconto verbale/scritto sulle sedute condotte successivamente alla supervisione precedente,
- l'ascolto di una parte di seduta che l'allievo segnala essere stata particolarmente problematica rispetto alla conduzione e/o alle risonanze emotive attivate dalla relazione con l'altro e dalle sue problematiche.

L'obiettivo che ci si propone non è tanto la valutazione della correttezza tecnica delle mosse impiegate nella conduzione delle sedute, quanto l'analisi delle difficoltà incontrate che hanno a che fare con le proprie dimensioni personali. Per questo, piuttosto che suggerire specifiche modalità di intervento ritenute più efficaci dal supervisore, l'allievo viene aiutato a ricercare autonomamente una propria soluzione al problema che presenta, facendola emergere dall'analisi delle sue personali reazioni a ciò che è avvenuto nella relazione con il paziente. Un suggerimento tecnico appropriato per una specifica seduta può essere del tutto inutile e inapplicabile in una successiva. L'esplorazione di sé e il porre attenzione alla propria esperienza nella relazione con l'altro per utilizzarla come base dell'intervento rappresentano quindi il focus del processo di supervisione.

Quando si ascolta la registrazione di una seduta è utile interrompersi, nei momenti di maggior difficoltà per l'allievo-terapeuta, e chiedergli di provare a ricostruire i sentimenti provati per aiutarlo ad accedere alla propria *esperienza non formulata o conoscenza non pensata* (Safran & Muran, 2000). Allo stesso scopo può essere utile richiedere anche ai membri del gruppo di esprimere le proprie reazioni emozionali offrendole al terapeuta come ulteriore elemento di riflessione.

Una volta delineato il problema, il processo di supervisione può assumere forme diverse.

Una prima modalità può essere quella di chiedere all'allievo di assumere il ruolo del proprio paziente, in una situazione simulata, mentre un altro allievo o il didatta stesso assume quello di terapeuta. Mettersi nei panni del paziente e contemporaneamente fare esperienza di una fra le possibili vie di uscita dalla situazione di *impasse*, può aiutare l'allievo sia a

sviluppare una maggiore comprensione empatica dell'esperienza del paziente stesso, sia a entrare maggiormente in contatto con il significato delle proprie difficoltà.

In altri casi può essere più utile, dopo aver analizzato e discusso il problema presentato, chiedere ad altri due membri del gruppo, che si sentano di farlo, di interpretare rispettivamente il terapeuta e il suo paziente; l'allievo in supervisione assiste a questo punto a una simulata della seduta e può rendersi meglio conto, con un'osservazione dall'esterno, delle dimensioni e del significato della situazione di "blocco" nella quale si è trovato.

Frequentemente le difficoltà che gli allievi incontrano nelle loro prime esperienze di psicoterapia hanno a che fare con il fatto che le problematiche portate dal paziente suscitano in loro, più o meno consapevolmente, importanti risonanze emotive in relazione alla percezione di una somiglianza con talune tematiche personali. In questi casi è possibile che lo scenario messo in atto nella relazione terapeutica tenda a riprodursi anche in quella di supervisione. Quando ciò accade un'ulteriore possibilità che si apre è quella di ricreare le condizioni nelle quali l'allievo in supervisione possa esperire in prima persona – anche nella relazione con il supervisore – quella stessa difficoltà che ha vissuto con il paziente. Il supervisore, senza necessariamente esplicitare ciò che sta facendo ma agendolo direttamente nella relazione con l'allievo, può guidare l'interazione con lui così da farlo entrare "emotivamente" in contatto con quelle dimensioni personali che stanno bloccando il processo terapeutico, permettergli di stare nelle sensazioni riattivate nel qui e ora del setting di supervisione, esplorarne le diverse dimensioni, e progressivamente fargli fare esperienza diretta ed emozionata di un possibile modo di affrontare il problema attraverso un lavoro sul "suo problema". In questo gioco di relazioni, l'allievo-terapeuta diventa paziente e il supervisore diventa il suo terapeuta. Il processo viene così fruito in battuta diretta tanto dall'allievo-terapeuta-paziente in supervisione quanto dagli altri membri del gruppo e può essere in seguito rielaborato sia a livello individuale, sia nel setting più allargato di gruppo. In un momento ancora successivo quanto esperito dall'allievo e dal gruppo – pur nel diverso grado di coinvolgimento – può essere riletto e teorizzato nel linguaggio professionale.

Altre attività formative

Altre attività formative che vengono svolte con minor frequenza, ma che vale la pena di citare poiché hanno ugualmente un'importante funzione all'interno dell'intero progetto, sono: la supervisione dei tirocini, l'analisi delle dinamiche relazionali all'interno del gruppo di formazione, lo svolgimento di uno dei fine settimana della scuola in un setting residenziale (comunemente durante il periodo estivo) e la cosiddetta "analisi cognitiva individuale".

Il tirocinio costituisce usualmente l'ambito nel quale gli allievi effettuano le loro prime esperienze di colloquio/consulenza clinica o di psicoterapia in un ambiente "reale", ovvero non protetto come quello della scuola, provando a mettere in pratica quanto appreso fino a quel momento a livello del *sapere, saper fare, saper essere*. Le attività svolte in sede di tirocinio variano significativamente da una struttura all'altra; alcuni enti affidano all'apprendista-terapeuta pazienti in terapia anche troppo precocemente (talvolta fin dal primo anno) mentre in altri questo tipo di attività è consentita con difficoltà anche successivamente. Per questo viene chiesto agli allievi di fornire un feedback sull'esperienza che stanno conducendo in questo ambito sia rispetto al tipo di attività svolta, sia rispetto alle loro relazioni con i tutor istituzionali in modo da poter costituire una sorta di *database* sulle strutture di tirocinio, utilizzabile dagli altri studenti per le loro future scelte di sede. Quando gli allievi (nel terzo o quarto anno) effettuano vere e proprie psicoterapie nell'ambito del tirocinio, queste vengono supervisionate secondo le modalità descritte nel paragrafo precedente. Negli altri casi alcune giornate l'anno, usualmente condotte dal co-didatta, sono comunque dedicate all'analisi delle esperienze di tirocinio con modalità che, sia pure a livello più superficiale e con minori tempi disponibili, sono simili a quelle utilizzate per la supervisione delle psicoterapie vere e proprie. Particolare attenzione viene infatti prestata all'impatto che queste prime esperienze hanno sugli allievi rispetto alle loro reazioni emotive nella relazione con l'utente.

Due volte l'anno riteniamo essenziale dedicare un'intera giornata a un'attività di *analisi delle dinamiche nel gruppo di formazione* sia rispetto alle relazioni interpersonali che si sono strutturate al suo interno, sia relativamente alle implicazioni dell'esperienza formativa sul piano personale. In queste occasioni sono presenti il co-didatta e tutti i didatti impegnati nella formazione pratica degli allievi. Facendo in modo che ogni membro del gruppo esprima il proprio punto di vista, in una prima fase viene chiesto di fornire un feedback rispetto all'esperienza formativa effettuata fino a quel momento, analizzando le proprie difficoltà e esprimendo eventuali critiche, proposte e/o richieste relativamente alle modalità organizzative della didattica. Questo tipo di richiesta è diversa e va oltre quella usualmente utilizzata (nell'ambito della "certificazione di qualità") di fornire una valutazione scritta tramite questionari anonimi a risposta chiusa, su tutti i didatti che si alternano sia nella formazione teorica, sia in quella pratica; in questo caso si tratta infatti di mettersi in gioco più direttamente, partendo dalla soggettività della propria esperienza nella formazione. In un "secondo giro" la domanda si fa ancora più personale e si riferisce alle relazioni interpersonali che ciascuno sente di star vivendo sia con i colleghi di gruppo, sia con i didatti della formazione pratica. Ogni gruppo costruisce nel tempo una propria "struttura gruppale" che tende a modificarsi ed evolversi in maniera più o meno significativa. Come già accennato, per il tipo di lavoro che viene svolto, e che implica una messa in gioco individuale di tutti gli allievi, è essenziale che il setting di gruppo venga vissuto non soltanto come un contesto relazionale nel quale è possibile esporsi, ma anche come un contesto in grado di fornire supporto – tecnico ma soprattutto emotivo – nei momenti di personale maggiore difficoltà. Vengono quindi prese in considerazione sia le problematiche individuali che ciascuno può evidenziare nella relazione con alcuni colleghi e/o con i didatti, sia la configurazione dinamica complessiva che il gruppo ha assunto fino a quel momento in funzione della possibilità che si siano create situazioni di sottogruppi più o meno esplicitamente in conflitto fra loro o situazione di marginalità di alcuni. Sono inoltre tipici, durante il percorso formativo, momenti di crisi complessiva del gruppo che usualmente corrispondono all'inizio di ogni attività didattica nuova che pone difficoltà nell'assunzione del ruolo terapeutico non ancora affrontate fino a quel momento. Ovviamente anche i didatti partecipano – in questo caso "come persone" – mettendosi in gioco e esprimendo a loro volta la propria personale percezione del gruppo, come membri dello stesso, ed eventualmente (quando lo ritengano formativamente utile) le sensazioni nei confronti della configurazione relazionale del gruppo ed eventualmente delle relazioni particolari con alcuni suoi membri. Il clima del gruppo risente di solito significativamente, e in termini positivi, di questi momenti formativi che frequentemente si sviluppano all'interno di un'emotività espressa decisamente elevata.

Una volta l'anno, nel periodo estivo, uno dei fine settimana della scuola viene effettuato in un contesto *residenziale* (comunemente in campagna) durante il quale (oltre a fare lezione) si vive, si mangia, si dorme tre giorni tutti insieme. Si tratta di un cambio di setting che porta a un tipo di comunicazione e di scambi interpersonali ampiamente diverso da quello che avviene nelle normali occasioni di incontro. Come in ogni cambio di setting, così come può avvenire in psicoterapia se questo è previsto (cfr. Cionini & Ranfagni, 2009), si modificano, diremmo quasi automaticamente, le modalità di interazione fra gli allievi e fra gli allievi e i didatti. Una delle tre giornate del residenziale viene tipicamente utilizzata per svolgere l'attività di cui si è parlato nel capoverso precedente con la presenza, appunto, di tutti i didatti che conducono la formazione pratica di quel gruppo.

Infine un accenno a quelle che noi definiamo le ore di "*analisi cognitiva individuale*" (al minimo 20) svolte nell'ambito del terzo o meglio del quarto anno con uno psicoterapeuta "esperto" dello stesso orientamento ma diverso dai didatti del gruppo. L'obiettivo è quello di fornire un'occasione di analisi delle proprie problematiche personali nella gestione della relazione terapeutica in un setting che permette una maggiore "apertura" e quindi con una maggiore possibilità di approfondimento rispetto a quanto viene già fatto all'interno del gruppo. Nella maggior parte dei casi, di fatto, gli allievi percepiscono la necessità di iniziare un percorso di psicoterapia individuale durante gli anni della formazione. In questi casi le 20

ore vengono considerate incluse all'interno di tale esperienza. Altre volte però, quando quest'iniziativa non sia stata spontaneamente intrapresa dall'allievo, rappresentano l'occasione di iniziare un lavoro più approfondito su di sé che, nella maggior parte dei casi, non si ferma alle previste 20 ore ma si trasforma automaticamente in un più lungo percorso individuale. Sono veramente rari i casi in cui l'allievo non percepisca questo tipo di esigenza. D'altra parte si ritiene più utile che una psicoterapia venga iniziata se e quando l'allievo stesso ne costruisca con evidenza una propria utilità/necessità piuttosto che porlo in termini di obbligo. Una psicoterapia iniziata "perché si deve fare" porta con estrema probabilità a effetti decisamente più modesti e, considerando che, nella nostra esperienza, la scelta di iniziare una psicoterapia viene effettuata, prima o dopo, dalla quasi totalità degli allievi, è preferibile lasciarla all'iniziativa personale anche se alcuni possono di fatto limitarsi a una breve esperienza della durata di 20 ore.

Bibliografia

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. Trad. it. (1989). *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.

Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. Milano: Franco Angeli.

Cionini, L. (1991). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Carocci.

Cionini, L. (1994). Parlare di emozioni e vivere emozioni in psicoterapia. In L. Isola (Ed), *Psicoterapie a confronto*. Roma: Melusina.

Cionini, L. (1998). La psicoterapia. In L. Cionini (Ed.), *Psicoterapie: Modelli a confronto* (pp. 19-37). Roma: Carocci.

Cionini, L. (2005). Prefazione (seconda). In C. Barni & G. Galli (Eds.), *La verifica di una psicoterapia cognitivo-costruttivista sui generis* (pp. 17-28). Firenze: Firenze University Press.

Cionini, L. (2006). L'assessment. In B.G. Bara (Ed.), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, (rev. ed. 2007, February, Vol. 3, pp. 15-81). Torino: Bollati Boringhieri.

Cionini, L., & Provvedi, G.L. (2002, September). *Gli schemi prevalenti come costrutti euristici dello psicologo clinico: Il questionario sugli "Schemi Prevalenti"*. Paper presented at XI Congresso Nazionale Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), Bologna.

Cionini, L., & Ranfagni, C. (2009). Dal setting descrittivo al setting funzionale: Regole d'improvvisazione nel gioco della terapia. In C. Loredano & F. Acri (Eds.), *Il setting in psicoterapia: lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento* (pp. 172-224). Milano: FrancoAngeli.

Cionini, L., & Ranfagni, C. (in press). La psicoterapia. In A. Salvini (Ed.), *Psicologia clinica dell'interazione*, Firenze: Giunti.

Crittenden, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta: L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.

Gadamer, H.G. (1960). *Wahrheit und methode: Grundzüge einer philosophischen hermeneutik*. Tübingen: J.C.B. Mohr. Trad. it. (1983). *Verità e metodo*. Milano: Bompiani.

Guidano, V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rational cognitive therapy*. New York: Guilford. Trad. it. (1992). *Il Sé nel suo divenire: Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.

Morin, E. (1986). *La méthode. III: La connaissance de la connaissance*. Paris: Seuil. Trad. it. (1989). *La conoscenza della conoscenza*. Milano: Feltrinelli.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford. Trad. it. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.

La formazione psicoanalitica nella Scuola di Lacan

di Antonio Di Ciaccia*

Fin dall'inizio del suo insegnamento Lacan ha rivolto un'attenzione tutta particolare affinché colui che si pone come psicoanalista si trovi atto ad adempiere un lavoro, che non è tanto un mestiere o una professione, tantomeno una vocazione o una predisposizione, che non è neppure unicamente un ruolo o una funzione, poiché – il lettore scuserà l'apparente tautologia - uno psicoanalista è colui che è capace di tenere una psicoanalisi.

A tal fine Lacan si pose il quesito di reperire quali sono le condizioni perché ci possa essere *dello* psicoanalista – il *dello* è da intendersi in senso partitivo, vale a dire quali sono le condizioni affinché possa emergere *quel qualcosa* che fa sì che un soggetto possa diventare psicoanalista, ossia occupare la posizione corretta da cui possa operare come psicoanalista, non solo di diritto o di fatto, ma secondo la logica dell'inconscio. Ora, perché questo si avveri, occorre che la sua formazione sia consona e conforme alla struttura dell'inconscio.

Una formazione su due assi

Lacan ha situato la formazione del futuro psicoanalista su due assi: uno concerne il *divenire* psicoanalista, l'altro concerne il *sapere* dello psicoanalista.

La formazione che concerne il *divenire* psicoanalista avviene secondo il modello di una psicoanalisi freudiana. La formazione che concerne il *sapere* dello psicoanalista avviene secondo il modello di un insegnamento di tipo post-universitario.

Per quanto riguarda la formazione che concerne il *divenire* psicoanalista, ossia il divenire di un soggetto che si supporta del sapere inconscio e lo rende atto ad analizzare, Lacan ha mantenuto le stesse esigenze formative a cui erano arrivati nel corso degli anni e dello sviluppo del movimento psicoanalitico Freud e poi la Società internazionale di psicoanalisi: un candidato all'esercizio della psicoanalisi si forma innanzitutto tramite la propria analisi personale condotta presso uno psicoanalista e, successivamente o in concomitanza con la fine della sua analisi, con diversi controlli della propria pratica clinica presso altri psicoanalisti. Alla fine di un'analisi Lacan ha previsto, senza peraltro renderlo obbligatorio, un dispositivo inedito di verifica della posizione soggettiva dell'analizzato e di trasmissione di quanto egli ha acquisito come sapere inconscio, dispositivo chiamato *passe*.

Per quanto riguarda la formazione che concerne il *sapere* dello psicoanalista, ossia l'acquisizione di saperi e di conoscenze necessarie all'esercizio della pratica psicoanalitica, Freud riteneva che lo psicoanalista dovesse essere edotto in molte discipline, e non solo relative al campo della psicologia, della medicina o della psichiatria, ma anche in altri settori che spaziano dalla letteratura all'etnologia. Lacan mantiene questa posizione, anzi la radicalizza, e giustificherà la necessità che ha lo psicoanalista di ricorrere ad altri saperi che sono in funzione della delucidazione di ciò che si arriva a sapere, soprattutto tramite la propria analisi, del sapere inconscio.

* Psicoanalista, Roma.

Questo modello di formazione comporta dunque alcuni aspetti che accomunano la formazione dello psicoanalista lacaniano con lo psicoanalista freudiano, ma altri che se ne discostano. Per questo motivo riprenderemo le questioni dal nostro punto di vista.

Un aspetto di uguaglianza consiste nel fatto che viene richiesto al candidato di sottoporsi a un'analisi. Da qui si evince che la formazione all'esercizio della psicoanalisi differisce dalle altre formazioni professionali, dove non viene richiesto al candidato di sottoporsi come paziente o come cliente all'esercizio passivo della materia di cui si occupa. Al candidato psicoanalista viene invece richiesto come *condizio sine qua non* di sottoporsi a un'analisi in quanto paziente. Non basta quindi sottoporsi a esami psicologici e neppure a una psicoterapia, non basta neppure studiare i testi o conoscere la teoria, poiché viene richiesta al futuro analista una sufficiente conoscenza del proprio funzionamento inconscio: un analista diventa analista a partire dalla propria esperienza di essere paziente del proprio inconscio.

Tra le due formazioni c'è una differenza per quanto riguarda lo standard da seguire, differenza che è all'origine dell'esclusione di Lacan dall'Internazionale freudiana. La seduta analitica postfreudiana si attiene a uno standard fisso. La seduta analitica lacaniana non si attiene a uno standard fisso, ma a dei principi fissi, che Lacan chiama etica della psicoanalisi, collegati con la logica dell'inconscio. Solo a partire da qui si può comprendere il taglio della seduta secondo il tempo logico e non secondo il tempo lineare.

Questioni preliminari

Innanzitutto vorrei sgombrare il campo da interrogativi che sono stati causati da affermazioni di Lacan stesso, a volte mal recepite perché avulsi dal loro contesto o mal interpretati nel decorso della storia del movimento lacaniano. Si prenda l'affermazione di Lacan che le uniche formazioni che conoscesse sono le formazioni dell'inconscio, ossia il sintomo, il lapsus, il sogno ecc, affermazione che potrebbe essere intesa come un rifiuto di prendere in conto la formazione di candidati all'esercizio della psicoanalisi. Oppure l'aforisma *l'analista si autorizza da sé*, che può essere interpretata come un'autorizzazione all'autoreferenzialità, all'improvvisazione, all'analisi selvaggia, come a volte è effettivamente avvenuto, mentre è l'affermazione *princeps* per l'autorizzazione di un candidato a porsi come analista, come cercherò di chiarire.

La vera prima questione preliminare è che Lacan situa la formazione dello psicoanalista nell'ambito della psicoanalisi freudiana.

Questo vuol dire almeno due cose. Primo, che egli ha sviluppato la sua proposta di formazione, proponendo un ritorno a Freud che, rispetto alla psicoanalisi freudiana, egli considera più autentica rispetto alla posizione postfreudiana. Secondo, che Lacan non ha preso in considerazione la formazione di candidati alla psicologia e neppure alla psichiatria, sebbene fosse medico psichiatra lui stesso.

Per quanto riguarda questo secondo problema, notiamo che in diversi interventi egli propone allo psicologo, al medico, allo psichiatra, di fare attenzione al valore fondamentale della parola, alla necessità che ha ogni essere umano a sentirsi riconosciuto e soggetto del proprio desiderio; di sapersi porre come interlocutore rispetto al soggetto che soffre; di saper cogliere in ogni domanda del paziente quel qualcosa che va al di là della semplice richiesta di aiuto; di saper articolare nella pratica clinica quella trilogia, che lo rese famoso alla fine degli anni '50, composta da *bisogno*, *domanda* e *desiderio*; di saper valutare che la domanda a volte è in contrasto con un intimo desiderio, che si collega direttamente con un sintomo o un delirio che il paziente può arrivare ad amare più di se stesso, per utilizzare un'espressione di Freud. E' proprio a partire dal fatto

che il sintomo, da intendersi come sintomo che rileva della sfera psichica, si ripete e fa segno al soggetto di qualcosa che non va, pur non potendo egli liberarsene, che si apre la porta all'esperienza psicoanalitica.

Altro problema preliminare. Un tempo la psicoanalisi ha apportato qualcosa alla psicologia e alla psichiatria in modo vistoso e inequivocabile. Attualmente la situazione sembra mutata. Il rifiorire delle discipline psicologiche, l'instaurazione di facoltà e di corsi universitari *ad hoc*, lo sviluppo di diverse forme di psicoterapia, l'interesse degli Stati circa nuove forme di figure professionali, la loro necessità di organizzarsi in categorie associative, e via dicendo, hanno portato nella società un mutamento radicale. Ci rallegriamo degli eventuali avanzamenti teorici e clinici, ma deploriamo il progressivo abbandono dell'opera di Freud e il completo misconoscimento dell'insegnamento di Lacan nelle facoltà di psicologia e di psichiatria. Per attenerci all'Italia, lo psicoanalista, a qualsiasi Società o Scuola appartenga, avrà come base la formazione o dello psicologo o del medico, sovente psichiatra. Rattrista il fatto che sia stata chiusa la porta a soggetti che avrebbero potuto avere altre entrate dal punto di vista della loro formazione, dimenticando qui se non la lettera almeno lo spirito della *Laienanalyse* di Freud.

A questo punto si aprirebbe un altro problema preliminare che, forse, potrà essere affrontato in altra sede: la psicologia, la psichiatria, la psicoanalisi sono discipline diverse, sebbene necessitano le une delle altre, e di altre ancora. L'oggetto della psicologia è la psiche umana con le sue facoltà, le sue capacità, le sue potenzialità, direi le sue positività. L'oggetto della psicoanalisi è invece l'inconscio, un oggetto negativo quindi, con tutti i problemi teorici ed epistemologici che esso comporta. Ora, il termine di inconscio si presta a più letture. E ogni lettura, sebbene situi la pratica che ne deriva nel campo della psicoanalisi, è all'origine di una pratica clinica della psicoanalisi che ha le sue peculiarità, le sue affinità e le sue diversità.

L'inconscio.

La formazione all'esercizio della psicoanalisi e la pratica clinica psicoanalitica che ne deriva dipende quindi dalla definizione che si dà del termine di inconscio.

La posizione di Lacan è chiara: l'inconscio non è da porre né all'insegna dell'ineffabile né del trascendente, ma neppure all'insegna di quel qualcosa che non sappiamo ancora, ma che un giorno sapremo sia per le vie delle neuroscienze, sia per le vie di una presa di coscienza più approfondita di quanto è contenuto in un sacco chiamato inconscio. Sotto questo aspetto Lacan radicalizza la posizione di Freud: la famosa frase *Wo Es war, soll Ich werden*, può effettivamente essere tradotta nel senso che l'Io dovesse sloggiare l'Es, l'inconscio. Non è affatto la posizione di Lacan, il quale conferisce all'Io il compito etico di prodursi come soggetto del proprio desiderio ritrovandosi nella rete dell'inconscio. Occorre prestare quindi attenzione a quanto si presenta come sogno, intoppo, atto mancato o dimenticanza, poiché l'inconscio si manifesta sempre come ciò che, rispetto al pensiero cosciente, vacilla in un taglio del soggetto, taglio da cui ricompare all'improvviso come una trovata, una sorpresa, che Freud assimila al desiderio inconscio. Dell'inconscio noi conosciamo le sue formazioni (sogni, lapsus, atti mancati eccetera), le quali si presentano come elementi di una rete, elementi che ritornano, rivengono, si incrociano, si intersecano e che chiamiamo catena significante, e che diventano, nel corso dell'esperienza analitica, operativi poiché in ultima analisi l'inconscio si annida nello scarto tra quello che il soggetto vuol dire e quello che egli effettivamente dice.

Da qui si deduce che l'inconscio è una struttura simbolica e non un contenitore immaginario: è questo il senso dell'apoforisma *l'inconscio è strutturato come un linguaggio*, o della definizione dell'inconscio che è *un sapere che il soggetto non sa di sapere*.

Questa struttura simbolica, tramite la sua rete o catena significante, circonda un reale, che Lacan chiama godimento, che è il segreto di ogni sintomo e della sua ripetizione. Il sintomo infatti si ripete poiché conserva un nucleo di godimento che, sebbene faccia soffrire il soggetto, soddisfa tuttavia le esigenze dell'apparato inconscio.

Che cos'è l'analisi?

L'analisi è la messa in moto della catena significante inconscia per cercare di circoscrivere, tramite la parola, il reale in gioco, ossia quel godimento a cui tende l'essere umano pur essendogli, per sua natura, interdetto e che Freud aveva rappresentato miticamente nel godimento della madre interdetta nel complesso di Edipo.

Non si tratta però di una messa in moto per puro gioco, poiché esso ha il suo punto di innesto nel sintomo psichico soggettivo, che da questo momento chiamiamo sintomo analitico. Il sintomo adempie a due funzioni: da un lato, è ciò tramite cui il soggetto si trova a essere rappresentato nella catena significante (e quindi anche nel sociale, quando il soggetto si nomina tramite il sintomo di cui soffre); ma d'altro lato, è lo scrigno che conserva, preserva, perpetua il nucleo di godimento impossibile. Motivo per cui il soggetto non lo abbandona così facilmente.

Lo strumento che a partire dal sintomo analitico permette al soggetto di sottoporsi all'analisi è, come prescrive Freud, l'associazione libera, ossia l'applicazione della regola fondamentale: dire qualunque cosa passi per la mente, per quanto difficile, incongrua o addirittura senza senso essa sia. Questo facilita l'instaurazione del transfert, che non è tanto un risveglio di sentimenti o di affetti, e quindi qualcosa d'immaginario; quanto un funzionamento di ordine simbolico, che si attualizza nel reperire, tramite lo svolgimento della parola in libera uscita e alimentata dalle formazioni dell'inconscio, quella tensione del desiderio inconscio, la cui soluzione e il cui sapere l'analizzante attribuisce all'analista: è questo il senso che l'analista riveste la funzione di *soggetto supposto sapere*, sebbene l'autentico soggetto supposto sapere è il soggetto del desiderio inconscio dell'analizzante stesso.

La relazione tra l'analizzante (così chiamato da Lacan poiché è lui a essere attivo) con l'analista non è affatto simmetrica. È dissimmetrica, anzi, di disparità, proprio come la relazione che il soggetto analizzante ha con il proprio inconscio. L'analista si presta unicamente a essere il rappresentante o il portabandiera dell'inconscio dell'analizzante o, per essere più precisi, si presta a incarnare l'oggetto causa del desiderio dell'analizzante: è quanto vuol dire il lemma lacaniano che l'analista incarna l'oggetto a piccolo nella cura. In una cura, insomma, l'unico soggetto in causa è il soggetto dell'inconscio dell'analizzante. L'analista, invece, dopo essere stato investito tramite il transfert della funzione di soggetto supposto sapere, dovrà saper occupare la posizione di oggetto, per la precisione di oggetto a piccolo, causa del desiderio dell'analizzante.

Qualunque distanza da questa posizione, nel migliore dei casi, situa la relazione tra l'analizzante e l'analista in una posizione immaginaria, spingendola verso il binario dell'identificazione oppure verso quello della comprensione, che sono però dei binari morti, per quanto riguarda l'emergere della struttura dell'inconscio. Oppure, nel peggiore dei casi, se utilizza gli strumenti simbolici che l'inconscio gli offre, scostandosi però dalla posizione corretta, l'analista rischia di ritrovarsi nelle vesti dell'impostore, del perverso o della canaglia.

È compito dell'analista, a partire dall'investitura ricevuta dall'analizzante in quanto facente funzione di soggetto supposto sapere, favorire, con la sua attenzione disattenta o flottante, lo svolgimento della catena significante verso il punto di desiderio inconscio a cui tende, tramite tutto ciò che comunemente viene chiamata interpretazione e che per

Lacan non è affatto né comunicazione né informazione, ma piuttosto qualcosa che è sottolineatura, punteggiatura, messa in questione tramite l'equivoco, la citazione, l'enigma; infine che è, propriamente parlando, taglio, poiché l'interpretazione isola quel o quei significanti che hanno ingabbiato quel godimento che si è iscritto come trauma per l'analizzante fin dalla più tenera età, se non addirittura fin da generazioni precedenti.

Il lavoro di analisi, che avviene tramite il dire analizzante, ossia l'associazione libera, e il dire dell'analista, ossia l'interpretazione, ha due risultati: da una parte, separa i significanti dell'analizzante dalla carica libidica che li rendeva traumatici e portatori di sofferenza e, d'altra parte, focalizza la libido circoscrivendola sul nucleo di godimento, ossia sull'oggetto a piccolo dell'analizzante. I significanti, così liberati o almeno alleggeriti dalla carica libidica, non ingombrano più la mente e il corpo dell'analizzante, che possiamo chiamare ora analizzato, e diventano atti a essere utilizzati per articolare quel sapere dell'inconscio che era riuscito a ricavare dalla propria analisi; mentre l'oggetto a piccolo gli apparirà sempre più come quel prisma con cui ha visto e vede la sua realtà umana, focalizzata su quel condensatore di godimento-sofferenza con cui, pur senza saperlo né volerlo, egli aveva tramato i fili della propria esistenza e che ormai, riposto sull'analista, cade con lui.

Qui si conclude l'operazione analitica.

A questo punto ci si domanderà: e la guarigione? Lacan non parla di guarigione, ma di successo terapeutico, che sarà, eventualmente, sostanziale. L'operazione analitica non punta direttamente alla guarigione, la quale viene in sovrappiù dell'operazione di messa in logica del funzionamento dell'inconscio.

Questo è il risultato di un'analisi quando ci si entra e quando si porta avanti una sufficiente elaborazione del funzionamento della struttura inconscia. Tuttavia il lavoro di elaborazione è sempre parziale ed è per questo motivo che Freud incitava gli analisti a riprendere il bastone di analizzante ogni cinque anni. Lacan propone altre soluzioni che non si escludono a vicenda per i candidati analisti. La prima soluzione è l'allungamento della durata di un'analisi affinché si riveli didattica: generalmente una simile analisi ha una durata tra dieci e venti anni. Un'altra soluzione è l'invenzione della *passee*. La terza è la funzione che Lacan fa svolgere alla Scuola.

Intermezzo a proposito della diagnosi.

L'inizio, lo svolgimento e la conclusione di un'analisi, così com'è stato finora presentato, hanno la loro validità a determinate condizioni. Una condizione dipende dalla struttura psichica del soggetto in questione. Come la letteratura analitica da Freud in poi ha ampiamente dimostrato, sono i soggetti nevrotici, in primo luogo gli isterici e i nevrotici ossessivi, i più atti a intraprendere con profitto l'esperienza psicoanalitica. Lacan pone come imprescindibile condizione preliminare l'annodamento del sintomo con la propria condizione soggettiva, cosa che rende il soggetto in qualche modo consapevole che egli non è soltanto vittima del proprio sintomo poiché egli partecipa e contribuisce, sebbene inconsciamente, a perpetuarne un oscuro intimo godimento.

Tutta la manovra analitica deve essere invece impostata diversamente nel caso di soggetti psicotici, ossia nel caso di soggetti schizofrenici, paranoici o malinconici. Senza entrare nel dettaglio, si deve sapere che l'incontro di tali soggetti con un analista, a certe determinate condizioni, può risultare proficuo per il soggetto sofferente, ma può anche comportare il rischio di uno scatenamento a cielo aperto di una psicosi non ancora apparente oppure sopita.

Per quanto riguarda la perversione, la nostra esperienza è che raramente il soggetto perverso si sottomette a un'analisi, poiché il suo godimento consiste nel mettere in atto

nella realtà il suo fantasma piuttosto che elaborarlo nel simbolico tramite la parola. Tuttavia molti tratti di perversione si alloggiano nelle altre strutture cliniche, come nella nevrosi o nella psicosi, tratti di perversione che sono, in questo caso, permeabili all'intervento analitico.

La verifica.

L'elaborazione nell'operazione analitica dell'oggetto a piccolo può permettere all'analizzante di accettare di svolgere per altri soggetti la funzione di analista. Il suo oggetto a piccolo, quanto più è ridotto a oggetto di scarto e di rifiuto per lui – *sicut palea*, ricorda Lacan riprendendo l'espressione da Tommaso d'Aquino morente - tanto più si presta a incarnare l'oggetto che causa il desiderio per un soggetto sofferente, in domanda rispetto a una risposta circa la propria problematica, avviluppata in un sintomo psichico come l'*agalma* racchiusa in Socrate che suscita il desiderio di Alcibiade, ricorda Lacan rileggendo il *Simposio* di Platone.

L'aforisma *l'analista si autorizza da sé* vuol quindi dire che l'analista si autorizza dalla propria elaborazione analitica dell'oggetto a piccolo. Ma non basta. Occorre una verifica. Verifica che deve avvenire a livello della struttura dell'inconscio.

Lacan considera non consona alla struttura dell'inconscio ogni verifica che si basi sull'immaginario. Nulla prova infatti che l'autorizzazione a esercitare l'analisi sia solo l'effetto di un'autoinfatuazione dell'analizzante, oppure l'investitura accordata dal proprio analista, anch'egli possibile preda di identificazioni con il proprio allievo, o ancora il risultato di una cooptazione tra pari o simili: per Lacan in tutti questi casi si tratta sempre di un'autorizzazione basata sull'immaginario che egli bolla e stigmatizza chiamandola *auto-ri(tuali)zzazione*.

Occorre quindi una verifica consona alla struttura dell'inconscio. Una verifica che sia avvenuta quell'elaborazione simbolica che sia riuscita a circoscrivere il reale in gioco, ossia l'oggetto a piccolo dell'analizzante.

A questo scopo Lacan inventa un dispositivo inedito che chiama *passee*, dispositivo che chiama in causa, in modo imprescindibile, la funzione della Scuola.

La passee e la Scuola

La *passee* è un dispositivo inventato da Lacan per permettere alla Scuola di verificare la posizione di un analizzante candidato a divenire analista. Lo scopo della *passee* è duplice: di verifica del punto di elaborazione in cui è giunto l'analizzante, e di trasmissione alla Scuola, e quindi ad altri analisti, del sapere acquisito a partire dalla propria analisi.

Sebbene proposta da Lacan alla Scuola nel 1967, la *passee* è ancora *a work in progress*. Concretamente, nella *passee* un analizzante, chiamato *passant*, parla della propria analisi ad altri due analizzanti, chiamati *passeurs*, tirati a sorte in una lista preparata dalla segreteria della *passee*. I *passeurs* riferiscono della *passee* del *passant* a un cartello composto da una commissione specifica, nominata per permutazione tra analisti sperimentati e altri *passeurs*, la quale determina l'esito della verifica richiesta. In caso di esito positivo il *passant* è nominato AE (*analyste de l'Ecole*) per tre anni, periodo in cui avrà l'incarico di trasmettere alla Scuola quegli insegnamenti, sui momenti critici, soluzioni, risoluzioni ed eventuali progressi della teoria, che egli ha ricavato a partire dalla propria analisi personale.

Così intesa questa forma di verifica è imprescindibile da un lavoro di elaborazione e di teorizzazione effettuato da diversi analisti, ed è per questo che l'applicazione della *passé* è impossibile al di fuori o senza la Scuola.

Lacan ha chiamato Scuola l'insieme degli analisti che seguivano il suo insegnamento, evitando il termine Società. Il termine Scuola indica che l'essenziale non è il fatto di assemblare un insieme di pari o di simili, ma di permettere che delle persone, che esercitano la psicoanalisi come analisti, siano e rimangano sempre in formazione. La Scuola è, insomma, il luogo in cui ogni analista, uno per uno, si risitua in posizione di analizzante della propria esperienza, e ritrova lo stimolo e il motivo per continuare ad analizzare la propria posizione di analista, cosa che può fare al meglio solo in quanto analizzante.

Freud era arrivato a prevedere per ogni analista la ripresa periodica della propria analisi. Lacan concentra questo luogo di elaborazione e di formazione continua nella Scuola.

La didattica

A proposito della didattica c'è una differenza fra la formazione lacaniana e quella postfreudiana. Nell'Internazionale freudiana viene tenuta distinta l'analisi didattica dall'analisi terapeutica. In Lacan, non è così. Ogni analisi è potenzialmente didattica, ma non è assolutamente vero che ogni analisi diventi didattica. Un'analisi si potrà rivelare didattica solo nel corso del suo procedimento e soprattutto quando tende alla sua risoluzione. L'analisi infatti non si svolge secondo una temporalità lineare, ma secondo la temporalità dell'*après-coup*. Il che vuol dire che se da una parte nessuno può sapere se l'analisi intrapresa sfocia nel far accedere il candidato alla posizione di analista, d'altra parte vuol anche dire che le potenzialità del candidato per diventare analista sono già presenti nel suo stesso nucleo sintomatico.

Per questo motivo la Scuola di Lacan esige che per autorizzarsi a essere analista il candidato si sottoponga a un'analisi personale condotta fino a quel punto di elaborazione che consente, ma solo nell'*après-coup*, di dire che l'analisi si è rivelata didattica.

Ritorno sul sapere dello psicoanalista

Freud riteneva che lo psicoanalista dovesse essere colto in molte discipline, e non solo in quelle psicologiche o mediche, ma anche in quelle etnologiche, letterarie e via dicendo. Nel 1975 Lacan fissa a quattro gli insegnamenti fondamentali sui quali lo psicoanalista trae appoggio: la linguistica, la logica, la topologia e ciò che chiama antifilosofia. Sono, per lo psicoanalista, degli strumenti per sostenervi ciò che ha acquisito dalla propria analisi. Questi strumenti sono necessari non tanto perché lo psicoanalista si renda conto ciò a cui la sua analisi sia servita, ossia eventualmente la cura o addirittura il fatto di autorizzarsi come analista, ma ciò di cui essa si è servita, ossia l'analisi si serve non di apparati immaginari, ma di strumenti simbolici per toccare o circoscrivere il reale in gioco. Lacan ha tuttavia dato testimonianza di coltivare molte altre discipline che egli ha introdotto nel suo insegnamento. Più che farne la lista è importante comprendere il perché Lacan abbia dato tanto spazio a tutti questi saperi: è per il motivo che l'oggetto in causa della ricerca della psicoanalisi è l'inconscio.

Da qui ne consegue che se l'inconscio di cui parla la psicoanalisi non può essere elucidato con strumenti specifici e neppure con il pensiero che si rivela inadeguato, occorre far ricorso ai vari saperi che il pensiero umano ha forgiato prendendo loro in prestito metodi e soprattutto la logica con cui essi affrontano il loro sapere e soprattutto il

loro punto limite, il loro impossibile, quindi il loro reale. Il fatto che l'inconscio non è una costruzione immaginaria ma una struttura simbolica, vale a dire un sapere che circonda un reale impossibile a dire, ossia ciò che Lacan chiama il godimento, permette di far ricorso ad altri saperi per potere, per quanto è possibile, cogliere quel sapere che, sebbene simbolico, resta inconscio.

Queste brevi note circa il sapere che si esige dallo psicoanalista nella Scuola di Lacan sono solo introduttive allo schema che attualmente è in vigore e che viene proposto ai candidati alla formazione analitica.

Le materie insegnate spaziano dalla ripresa dei corsi tenuti nelle Facoltà di Psicologia e di Psichiatria alle diverse elaborazioni postfreudiane. Un lavoro sistematico è condotto sull'opera di Freud e sull'insegnamento di Lacan con gli apparati che essi richiedono per poterli leggere, studiare e decifrare.

L'allievo segue un programma determinato, articolato in quattro anni, con esami di passaggio e la presentazione di una tesina clinica. Ogni anno partecipa a dei tirocini clinici con la supervisione di analisti, una tesi finale infine porta sull'osservazione e la conduzione di un caso clinico effettuato dall'allievo con relativa elaborazione teorica del caso, apparato bibliografico e via dicendo. Un diploma sancisce l'avvenuto processo formativo di questo asse.

Tra l'asse del sapere dello psicoanalista e l'asse del divenire analista possono sorgere dei problemi circa la loro interconnessione. Un asse infatti, e cioè quello che concerne la formazione sul sapere, procede secondo una temporalità cronologica e lineare sulla modalità del sapere che si acquisisce nelle Università, mentre l'altro asse, e cioè quello che concerne il divenire analista, procede secondo la temporalità dell'*après-coup*. Queste due modalità della temporalità non sempre, o meglio quasi mai, si accordano, poiché il tempo dell'apprendere universitario mal si adatta al tempo della messa in logica del percorso analitico.

Comunque, in Italia, questo tipo di formazione sul sapere dello psicoanalista è impartito dall'*Istituto freudiano per la clinica, la terapia e la scienza*, che ha ripreso, adattandola alle prescrizioni degli ordinamenti italiani, l'impostazione della *Section clinique de Paris*, nel suo nuovo orientamento voluto da Lacan nel 1975 nel *Département de Psychanalyse de l'Université de Paris VIII*, diretto da Jacques-Alain Miller. Il diploma rilasciato dall'*Istituto freudiano* dà accesso nel territorio della Repubblica Italiana all'esercizio della pratica psicoterapica a indirizzo psicoanalitico lacaniano.

Bibliografia¹

Articoli relativi alla formazione sono pubblicati su: *La Psicoanalisi. Studi internazionali del campo freudiano*. (1987-2009) 1-45. Roma: Astrolabio.

Di Ciaccia, A. (2007) Lacan, Jacques. In *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Torino: Einaudi.

Di Ciaccia, A. & Recalcati, M. (2000). *Jacques Lacan*, Milano: Bruno Mondadori.

Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris: Seuil [trad. it. Contri, G. (Ed.) (1974). *Scritti*. Torino: Einaudi]

Lacan, J. (2001). *Autres écrits*. Paris: Seuil.

¹ L'Autore propone un elenco di Opere di Jacques Lacan e di altri Autori sulla concettualizzazione lacaniana che non sono direttamente citati nel testo (ndr)

- Lacan, J. *Le séminaire* (texte établi par J.-A. Miller), *Il seminario* (testo stabilito da J.-A. Miller):
- Lacan, J. (1975). *Livre I. Les écrits techniques de Freud*. Paris: Seuil [trad. it. Contri, G. (Ed.) (1978). *Libro I. Gli scritti tecnici di Freud*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1978). *Livre II. Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2006). *Libro II. L'io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1981). *Livre III. Les psychoses*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (in press). *Libro III. Le psicosi*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1994). *Livre IV. La relation d'objet*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2007). *La relazione oggettuale*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1998). *Livre V. Les formations de l'inconscient*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2004). *Libro V. Le formazioni dell'inconscio*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1986). *Livre VII. L'éthique de la psychanalyse*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2008). *Libro VII. L'etica della psicoanalisi*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (2001). *Livre VIII. Le transfert*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2008). *Libro VIII. Il transfert*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (2004). *Livre X. L'angoisse*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2007). *Libro X. L'angoscia*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1974) *Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2003). *Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1991). *Livre XVII. L'envers de la psychanalyse*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2001). *Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (2006). *Livre XVIII. D'un discours qui ne serait pas du semblant*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (in press). *Libro XVIII. Di un discorso che non sarebbe del sembiante*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (1975). *Livre XX. Encore*. Paris: Seuil [trad. it. Contri, G. (Ed.) (1983). *Libro XX. Ancora*. Torino: Einaudi].
- Lacan, J. (2005). *Livre XXIII. Le sinthome*. Paris: Seuil [trad. it. Di Ciaccia, A. (Ed.) (2006). *Libro XXIII. Il sinthomo*. Roma: Astrolabio].
- Miller, J.-A. (2008). *Delucidazioni su Lacan* (M. Focchi) (Ed.). Torino: Antigone Edizioni.
- Miller, J.-A. (2008). *L'Orientation lacanienne*, Cours au Département de Psychanalyse a l'Université de Paris VIII. Leçon du 26 mars 2008 [trad. it. alcuni corsi sono pubblicati su *La Psicoanalisi. Studi internazionali del campo freudiano*. op. cit.].
- Miller, J.-A. (2001). *I paradigmi del godimento* (A. Di Ciaccia) (Ed.). Roma: Astrolabio.

L'autoreferenzialità in psicologia clinica e in psicoterapia

di Franco Di Maria* e Ivan Formica**

L'autoreferenzialità

Il termine «autoreferenziale» viene adoperato soprattutto in logica e serve ad indicare un enunciato che, in qualche modo, si riferisce già a sé stesso (si pensi, ad esempio, al paradosso di Epimenide, cretese, il quale afferma: «tutti i cretesi sono bugiardi»); la dimensione “autoreferenziale” permette di individuare il paradosso, secondo il quale lo stesso enunciato «tutti i cretesi sono bugiardi» andrebbe considerato, a sua volta, come una bugia.

In letteratura, troviamo numerosi esempi di autoreferenzialità. Basti pensare, ad esempio, a *Don Chisciotte della Manica* di Miguel de Cervantes, a *Se una notte d'inverno un viaggiatore* di Italo Calvino, a *Sei personaggi in cerca d'autore* di Luigi Pirandello. In altri termini l'autoreferenzialità compare tutte le volte in cui un autore si riferisce al suo lavoro all'interno del contesto del lavoro stesso.

L'autoreferenzialità è un concetto molto diffuso e utilizzato in matematica, filosofia, programmazione informatica, teoria dei sistemi e linguistica.

Solo di rado, invece, questo concetto viene utilizzato nell'ambito della psicologia. Dal nostro punto di vista, il tema dell'autoreferenzialità non può essere tenuto sottaciuto ma anzi crediamo sia un dovere etico e deontologico affrontare questo tema, in particolar modo nell'ambito della psicologia clinica e della psicoterapia, al fine di fare luce sui numerosi rischi che una posizione estremamente autoreferenziale potrebbe assumere nell'ambito di queste professioni.

Da un punto di vista prettamente storico, potremmo asserire che l'autoreferenzialità e la psicoanalisi nacquero insieme. L'autoanalisi compiuta da Freud può essere, infatti, letta come un tentativo di guardare le cose sempre con la stessa lente. Inoltre, riteniamo che anche l'invenzione della *resistenza* sia un esempio lampante di un atteggiamento autoreferenziale. Freud, infatti, affermava che se il paziente annuiva alle interpretazioni che lui forniva, ciò voleva dire che queste erano corrette; se invece resisteva (ossia poneva delle resistenze) equivaleva a dire, ancora una volta, che le sue interpretazioni erano sempre corrette ma che il paziente aveva difficoltà ad accoglierle in quanto inaccettabili. In altri termini, è come se dicessimo: “se viene testa vinco io, se viene croce perdi tu”.

Non crediamo che Freud si sia, invece, seriamente interrogato sulle resistenze che metteva in atto dinanzi alle resistenze del paziente.

Una direzione nel segno opposto la ritroviamo con la creazione del *Middle Group* (dove troviamo autori quali Winnicott, Fairbairn, Balint) sorto intorno agli anni '40 del secolo scorso allorquando la Società psicoanalitica britannica si ritrovò ad attraversare un periodo di forti contrasti derivanti dalla diversa posizione assunta da Anna Freud e da Melanie Klein. Questa disputa ebbe delle ricadute importanti e diede luogo a delle problematiche inerenti a chi doveva essere autorizzato a formare i futuri analisti. Si vennero, così, a creare due gruppi cui fu affidato il compito di curare il *training* degli studenti: il gruppo A composto da analisti kleiniani e il gruppo B composto da analisti vicini alle idee di Anna Freud. Ogni studente doveva avere due supervisori: il primo poteva essere scelto tra quelli appartenenti ad uno dei due gruppi; il secondo, per evitare rischi di una formazione unilaterale (potremmo dire autoreferenziale), non doveva appartenere a nessuno delle due correnti ma essere di

* Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Ordinario di Psicologia Dinamica, Università degli studi di Palermo.

** Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Ricercatore di Psicologia Dinamica, Università degli studi di Messina.

«mezzo». L'intento era quello di consentire ad ogni candidato la possibilità di operare liberamente le proprie scelte, pur all'interno del movimento psicoanalitico. Nacque così il cosiddetto *Middle Group*, che successivamente si autodefinì con l'aggettivo di indipendente (Lis, Stella & Zavattini, 1999).

Da gruppoanalista, Lo Verso (2006) ha avuto il merito di denunciare l'autoreferenzialità dei gruppisti rei, spesso, di essere rimasti miopi nei riguardi dell'evoluzione complessiva della psicoterapia e delle scienze che su di essa confluiscono. Nello specifico, ciò che Lo Verso rileva è, in particolar modo, un'attenzione insufficiente nei confronti dell'evoluzione internazionale, degli studi fatti in aree limitrofe a quelle della propria appartenenza, dell'evoluzione scientifica della psicoterapia e del lavoro con i gruppi. I testi su cui si studia e ci si aggiorna fanno riferimento, il più delle volte, alla parrocchia di ognuno di noi (che a volte è addirittura una chiesetta ma a cui si pensa come se fosse il mondo intero).

Fornero (2006) prevede che parrocchie e chiesette, in tempi di globalizzazione, non possono che proliferare (così come, del resto, gruppi dissidenti in tempi di certezze) essendo, storicamente, fenomeni che si danno in modi tendenzialmente proporzionali alla percezione diffusa di un'assottigliarsi e confondersi dei confini (ideologici, scientifici, etici, di ruolo, di genere, etc.).

L'autoreferenzialità come sedativo

L'acquisizione acritica, con la conseguente riproposizione, di pensieri, modelli, teorie trasmessi dai maestri della propria chiesetta di appartenenza, deriva, a nostro modo di vedere, da uno stato di diffusa incertezza e insicurezza che caratterizza chi svolge la professione di psicoterapeuta o di psicologo clinico soprattutto se si trova alle prime armi.

Facciamo un esempio: se un nuotatore si trova a nuotare in mare aperto e, ad un certo punto, il mare inizia ad agitarsi, cosa pensate farà il nuotatore? Cercherà un appiglio, uno scoglio ad esempio, un qualcosa a cui potersi appoggiare.

Più il mare si agiterà, più il nuotatore cercherà disperatamente un qualsiasi tipo di "salvagente" per potersi mettere in salvo.

Lo stesso dicasi per la psicoterapia. Non è un caso che il mare, insieme al viaggio, è una delle metafore maggiormente utilizzate per descrivere il lavoro clinico. Se la relazione psicoterapeuta-paziente si fa agitata, incontrollabile/incontrollata, lo psicoterapeuta cercherà appigli, sostegni su cui aggrapparsi. Tali appigli, nel caso della psicoterapia, il più delle volte sono i propri modelli di riferimento, il proprio apparato teorico, le frasi udite dai propri maestri.

I riferimenti ai propri maestri fungono, però, più come conferme del proprio operare che come stimolo alla ricerca ed al confronto; come se il contatto quotidiano con la sofferenza dei pazienti e nostra ci portasse a cercare rassicurazioni inevitabilmente più fruibili nel conosciuto e nella teoria, piuttosto che spingersi a rivedere e ripensare i nostri riferimenti e le nostre ipotesi metodologiche (Nosè, 2006).

Una domanda che potremmo, a questo punto, rivolgerci è: ma perché il lavoro clinico è in grado di generare così tanta incertezza, insicurezza, paura?

Potremmo rispondere, brevemente, ricordando che il "già noto" ci rassicura a differenza dell'ignoto che ci mette paura. Qualsiasi viaggio psicoterapico, che ci piaccia o no, è un viaggio nell'ignoto. Noi non conosciamo il tragitto, non sappiamo dove andremo, ogni singola tappa del percorso potrà nascondere insidie, difficoltà, inconvenienti. Ci saranno strade in salita, altre in discesa, ma noi non lo potremo sapere in anticipo ma soltanto in itinere. Ogni psicoterapeuta ha il compito di costruire un progetto terapeutico che, in qualche modo, delinea il percorso da compiere; ma, in ogni caso, il viaggio psicoterapeutico non diverrà mai un viaggio organizzato ma sempre da organizzare *step by step*. È un viaggio di cui non si conosce il fine e la fine.

Winnicott amava dire che lo psicoterapeuta deve stare dietro al paziente e recarsi nei luoghi in cui il paziente desidera condurlo.

L'unica cosa di cui disponiamo, e che più o meno conosciamo, è la nostra valigia all'interno della quale è depositata la nostra formazione, i nostri modelli appresi, la nostra esperienza, le nostre teorie di riferimento.

Ma la conoscenza, anche se dettagliata e competente, della nostra valigia, non rende il viaggio esente di insidie ed enigmi. In ogni caso si tratta sempre di un percorso i cui itinerari sono poco conosciuti.

Ha ragione Kavafis che, nella sua splendida poesia *Itaca*, afferma: “*Quando ti metterai in viaggio per Itaca devi augurarti che la strada sia lunga, fertile in avventure e in esperienze*”; allo stesso modo, anche per lo psicoterapeuta deve valere lo stesso principio: ossia deve riuscire a vivere e a so-stare nell'avventura di un viaggio, deve riuscire a visitare quei luoghi apparentemente nascosti, inaccessibili, minacciosi ma che possono consentire nuove scoperte, nuove conoscenze ed arricchimenti senza temere di perdersi nei meandri di sentieri poco noti e oscuri in quanto soltanto l'esperienza del perdersi può consentirci di poterci ri-trovare.

Purtroppo, invece, ciò che constatiamo è la paura di perdersi, il bisogno di certezze rassicuranti, di mappe sicure, di bussole che ci guidino ed orientino.

Proviamo, a mò di esempio, ad accedere nel campo mentale di un qualsiasi psicoterapeuta (specie se all'inizio della sua professione) e fotografare ciò che accade in lui quando si trova di fronte ad un paziente che parla, parla, parla, ma che per lo psicoterapeuta non sta dicendo niente.

Pensieri dello psicoterapeuta: “*non sto capendo nulla... cosa gli rimando adesso?... interpreto o non interpreto (classico dilemma amletico dello psicoterapeuta)... non mi viene nulla di intelligente da dire ma se non gli restituisco nulla cosa penserà di me il mio paziente? Forse che sono scarso ed inesperto... no, allora devo provare a verbalizzare qualcosa... che possa risultare credibile soprattutto per il mio paziente... magari poco importa se non è molto credibile per me, l'importante è che lo sia per lui... l'importante è che non mi avverta come impreparato altrimenti rischio di perderlo... e resterei solo con due pazienti... che tradotto in soldoni significa con solo poche centinaia di euro al mese*”.

Tale viaggio all'interno di un ipotetico campo mentale (e vi assicuriamo che non si discosta di molto dalla realtà) è la dimostrazione di quanto scritto prima, ossia di questo bisogno incessante di certezze, di appigli, di bastioni su cui poggiarsi.

L'autoreferenzialità diviene, pertanto, quel processo attraverso il quale, appoggiandomi ad un pensiero noto, addomesticato e conosciuto, riesco a sedare l'ansia di un viaggio senza navigatore satellitare.

Un'altra spiegazione potrebbe fare luce sul motivo per il quale la maggior parte degli psicoterapeuti che si accingono ad esercitare la professione, si sente smarrita, spaventata, timorosa: la sensazione che la formazione compiuta sino a quel momento sia evanescente.

L'evanescenza ha a che vedere con la sensazione di non poter toccare con mano. Esperienze come la scuola di psicoterapia, le supervisioni, i *workshop* clinici, l'analisi personale sono esperienze fortemente importanti, ma essendo intangibili sfuggono al clinico che si troverà a domandarsi: “come mai, nonostante tutta la formazione svolta, mi sento così impreparato e spaventato all'idea di dover incontrare un paziente? In fondo, di esperienze ne ho fatte tante e stando a quanto ci ha insegnato Bion (apprendere dall'esperienza) avrei dovuto apprendere tante cose. Perché allora mi sento così inadeguato e non all'altezza nel mettere in pratica ciò che ho appreso?”

La nostra convinzione è che non si apprende proprio nulla dall'esperienza, ma si apprende dal *pensiero sull'esperienza*.

Ma di quale pensiero stiamo parlando?

Dal “già pensato” al “da pensare”

Il fondamento per la crescita autonoma di ogni individuo è la dialogica continuità/discontinuità. La continuità consiste nel permanere nell'identità o nell'*idem* che determina nel mondo interno del bambino un'organizzazione di immagini e di concetti che riflette, ripete e riproduce quel tipo di conoscenza e di adattamento all'ambiente suggerito

dall'identità con la quale ci si identifica. Tutti i comportamenti quasi-automatici, abitudinari, irriflessivi che albergano in ognuno di noi non sono altro che l'espressione e l'esito del permanere nella fase della continuità, ossia di quella fase di permanenza nel dogmatismo fisiologico, inteso come necessità mentale per il bambino di avere un copione già scritta da recitare e coordinate inscritte nel registro dell'accomunamento, indispensabili per potere realizzare la sua esistenza.

Transitare dalla dimensione della continuità a quella della discontinuità (direbbe Napolitani: dall'*idem* all'*autòs*) equivale a riuscire a ri-scrivere il registro del già noto per aprire i propri scenari mentali al nuovo e all'ignoto; significa iniziare a pensare pensieri autonomi piuttosto che *pensieri già pensati* da altri altrove; equivale, infine, ad iniziare a parlare un linguaggio originale piuttosto che ripetere ecolalicamente parole già parlate da altri.

La discontinuità fonda anche la possibilità di evitare il rischio dell'autoreferenzialità come dogmatismo patologico, cioè la permanenza nel registro dell'accomunamento riflettente all'interno di un pensiero replicativo, in quanto fortemente saturato dal pensiero trasmesso dai propri maestri.

Nel caso della nostra professione, abitare l'universo della discontinuità implica, pertanto, la capacità di ri-pensare i propri modelli di riferimento, le proprie teorie e i propri paradigmi alla luce dei contesti e della singola peculiarità di ogni relazione clinica.

Situarsi, invece, nel registro della continuità, implica il recitare copioni già scritti e obbedire in modo dogmatico ai dettami, alle regole imposte ed in-segnate senza tener conto delle singole specificità. Significa far sparire il paziente con la sua storia.

Uno psicoterapeuta formatore che non consente l'accesso alla discontinuità, non fa un buon lavoro perché non fa altro che "riempire" la mente dei propri formandi destinate a divenire troppo blindate e piene di sbarre difficilmente varcabili per potere ospitare un pensiero diverso rispetto all'unico di cui sono stati investiti e di cui, in seguito, diverranno detentori; rimanendo così prigionieri all'interno del loro stesso campo mentale divenuto prigioniero.

Accade così che ciò che abbiamo imparato nel nostro percorso formativo, e cioè che la saturazione del pensiero è l'inizio di ogni psicopatologia, viene totalmente rimosso e sembra non valere quando diventiamo noi stessi formatori.

L'esito di una rigida continuità diviene, quindi, la creazione di un pensiero riflettente gli intenzionamenti dogmatici di un pensiero rigido altamente saturo, che non consente al soggetto di costruire un senso autonomo intorno agli accadimenti, in quanto saturati di senso. In altre parole, il pensiero riflettente addomestica l'evento nel registro del sapere già istituito.

Soltanto un'intelligente discontinuità, viceversa, permette la creazione di un pensiero riflessivo; ossia quel tipo di pensiero che riesce ad attribuire ad un evento un senso originale o una invenzione di senso. (Di Maria & Formica, 2005)

Così come ci ha insegnato Diego Napolitani (1987): *conoscere la realtà non significa semplicemente rispecchiarla in un proprio sistema percezione-conoscenza, ma significa invece inventarla; per cui scoprire la realtà è produzione di senso simbolico intorno al dato percepito.*

Pensiero riflettente e pensiero riflessivo seguono due percorsi differenti. Il primo segue la strada per cui l'accadimento viene filtrato dal registro dell'antiorità e del già noto e si trasforma in evento (da ex-venire) e cioè nell'attribuzione di un senso che avviene al di fuori dell'elaborazione soggettiva; il tragitto del pensiero riflessivo, invece, consente la trasformazione dell'accadimento in una attribuzione di senso frutto della *soggettiva* elaborazione trasformativa del pensiero; solo in questo modo l'accadimento si trasforma in invento (da in-venire) e cioè in originale, personale attribuzione di significato nell'ambito della concepitività e della attitudine trasformativa polisemica.

Detto in altri termini, la trasformazione dell'accadimento in evento rimanda al già noto, al già saputo; la trasformazione in invento, invece, propone il non ancora, il possibile, il trasformabile, consentendo la costruzione di un pensiero autenticamente generativo.

Autoreferenzialità sterile e autoreferenzialità generativa

L'accezione che, sino ad ora, abbiamo utilizzato del termine autoreferenzialità è stata negativa. In realtà, a nostro avviso, ciò non è sempre vero. Dal nostro punto di vista, infatti, sarebbe utile e corretto distinguere l'autoreferenzialità sterile da quella generativa.

La prima, di cui abbiamo scritto sopra, è appunto figlia di un'appartenenza, spesso rigida e dogmatica, ad una chiesa vissuta e percepita come l'unica chiesa possibile e pensabile. In questo caso, ci troviamo in presenza di un'accettazione fideistica di un modello che viene sentito essere come l'unico modello possibile e dove la chiesa diviene quel contenitore rassicurante e giustificante in grado di alleviare e/o sedare le ansie fisiologiche e/o patologiche che attraversano il clinico. Si tratta in questo caso di un'autoreferenzialità che ha più il compito di rassicurare e rispondere a bisogni interni, piuttosto che a motivazioni scientifico-professionali.

La seconda, invece, consiste in un'autoreferenzialità critica e consapevole, non necessariamente negativa, frutto dell'acquisizione di uno stile specifico che ogni psicoterapeuta dovrebbe mettere in scena nel suo lavoro individuale e/o grupppale. (Di Maria & Formica, 2007).

L'autoreferenzialità sterile sembra derivare dall'influenza derivante dal modello medico che sembra aver reso incerta l'evidenza empirica. Lo psicologo, orientato secondo la mimèsi del modello medico a diagnosticare lo stato di salute non può che fare riferimento al proprio indirizzo teorico, leggendo il "problema" del paziente in riferimento al modello terapeutico nel quale si è formato; in seguito, applicando le tecniche a cui è addestrato e leggendo il ripristino dello stato di salute in base alla griglia metodologica che a tali tecniche corrisponde (Del Corno & Lang, 2000). Quanto un tale processo anche in Italia sia ormai avanzato, è facilmente desumibile dai dati di una ricerca sugli enti di formazione psicoterapeutica, da cui risulta che la maggioranza degli psicologi finisce per riconoscere, dal punto di vista della propria appartenenza tecnico-professionale, quasi esclusivamente l'indirizzo e la scuola all'interno della quale si è formato (Lombardo *et al.*, 1991).

Se l'autoreferenzialità della psicologia clinica sembra gravemente minare l'evidenza e la riconoscibilità dei risultati terapeutici, va anche detto che la stessa parcellizzazione in scuole e indirizzi sembra agire in modo altrettanto confusivo sull'individuazione della specificità della psicoterapia.

Studiando il rapporto tra le specifiche tecniche delle varie scuole psicoterapeutiche, si è visto che i fattori di cambiamento sarebbero, per tutti gli indirizzi, di due generi: specifici (relativi al tipo di tecniche utilizzate) e aspecifici (che hanno scarsa attinenza con i modelli teorici e le prassi operative).

L'attimo fuggente

Facciamo un giochino:

Provate a leggere lentamente (una volta soltanto) la frase scritta in inglese che trovate sotto e immediatamente dopo provate a dirvi quante lettere "S" avete visto.

VIRGINIA WOOLF IS NOW RECOGNIZED AS A MAJOR TWENTIETH-CENTURY AUTHOR, A GREAT NOVELIST AND ESSAYIST, AND A KEY FIGURE IN LITERARY AS A FEMINIST AND A MODERNIST.

Dopo che vi siete detti quante lettere "s" avete visto, ritornate sulla frase e contate lentamente le lettere "s". Vi accorgete che queste sono 9.

Molti di voi, in questo momento, si staranno dicendo: "ho sbagliato, io ne ho viste 3 piuttosto che 4 piuttosto che 7 e così via".

In realtà non ha sbagliato proprio nessuno. Infatti, ciò che vi abbiamo chiesto non è: quante lettere "s" *ci sono* nella frase ma quante lettere "s" *vedete* nella frase.

Dobbiamo smettere di pensare che dobbiamo vedere tutti la stessa cosa.

Nel bellissimo film del 1989 dal titolo "L'attimo fuggente", c'è una scena rimasta nella storia del cinema in cui il protagonista (Robin Williams nel ruolo di un docente) invita i suoi

studenti ad alzarsi dalle loro rispettive sedie, per salire sulla cattedra al fine di guardare le cose da angolazioni diverse.

Dice Robin Williams nel film: *“È proprio quando credete di sapere qualcosa che dovete guardarla da un'altra prospettiva. Quando leggete non considerate soltanto l'autore, considerate quello che voi pensate. Dovete combattere per trovare la vostra voce; più tardi cominciate a farlo, più grosso è il rischio di non trovarla affatto. Non affogatevi nella pigrizia mentale, guardatevi intorno, osate cambiare e cercate nuove strade”*.

La lezione che il film ci dona, ci fa venire in mente come a volte accada che dinanzi ad un paziente che tende ripetutamente a sfiorare l'orario di fine seduta, lo psicoterapeuta si chieda: che faccio?

Provo a chiudere in orario, così appago quella parte di me che deve aderire acriticamente a degli in-segnamenti appresi (nella fattispecie quello relativo all'importanza della durata della seduta), oppure gli concedo altri cinque minuti per consentirgli di finire il suo discorso?

E in questo altalenare tra le due forze contrapposte che agiscono dentro di noi, ci siamo persi l'obiettivo del nostro lavoro: ossia quelli di prenderci cura del nostro paziente (inteso come fruitore di un servizio).

Forse la domanda che dovremmo porci e che dovrebbe divenire oggetto di dialogo in seduta dovrebbe essere: “qual è il senso dello sfiorare per me terapeuta e per il mio paziente (a sua volta dentro una relazione)? Cosa significa finire in orario per il mio paziente e cosa significa per me? Che rapporti ho io, e che rapporti ha il mio paziente con le regole? Che ruolo hanno avuto le regole nell'ambito della storia familiare del mio paziente? Qual è la mia difficoltà a dire: “la seduta è finita”? Ovviamente potremmo proseguire all'infinito.

In altre parole, dobbiamo essere in grado di transitare dal registro della risposta (o chiudo in orario, oppure gli concedo altri cinque minuti) al registro della domanda (intesa come apertura di un pensiero, ricerca di nuove donazioni di senso che possano aiutare terapeuta e paziente ad ampliare le storie di ognuno e le loro trame relazionali).

Grazie al processo di identificazione, l'essere umano *ap-prende* (ossia prende stabilmente dentro di sé) tutto ciò che il collettivo (genitori, contesti in cui vive, gruppi dei quali fa parte, etc.) gli *in-segna* (gli segna dentro). Se la costruzione dell'identità può essere letta come l'esito di innesti continui che tendono a rendere il soggetto un perfetto replicante di copioni pre-costituiti, assoggettato ai propri gruppi di appartenenza, fortunatamente avviene anche un altro processo, consistente in un'attitudine espressiva che consente al soggetto nel suo cammino di costruzione del senso della sua identità, di ri-concepire il mondo che l'ha concepito.

Tale processo, che Napolitani chiama simbolopoietico, permette all'individuo di divenire curioso, di operare scelte originali, di farsi una propria idea della vita e di riguardare il mondo che lo ri-guarda.

La parola chiave è, quindi, creatività. Soltanto essendo creativi possiamo liberarci dai vincoli della cultura istituita. Soltanto se siamo creativi possiamo transitare dal registro della risposta al registro della domanda, e riuscire ad aprire orizzonti di riflessione nuovi ed originali che potranno permetterci di attribuire donazioni di senso, rispetto alla difficoltà di chiudere la seduta in orario.

Soltanto il pensiero creativo, essendo capace di creare e non semplicemente di recitare copioni già noti, è un pensiero legato alla crescita. È importante ricordare che il verbo crescere è l'iterativo del verbo creare. Crescere vuol dire essere capaci di produrre creazioni successive. In altre parole, più creiamo più cresciamo.

Riteniamo quindi che soltanto un pensiero creativo può essere in grado di sfuggire ai rischi di una posizione autoreferenziale. Dobbiamo, pertanto, essere in grado di sviluppare il nostro pensiero creativo. Un pensiero che, in questa sede, vogliamo definire “pensiero egregio” rifacendoci al significato etimologico del termine egregio, ossia fuori dal gregge. Soltanto un pensiero egregio, che è in grado di discostarsi dal gregge, dalla massa, dal già pensato, può caratterizzare una professione come quella della psicologia clinica e/o della psicoterapia.

Pensare politica-mente la psicologia clinica e la psicoterapia

Alla luce di quanto scritto, riteniamo indispensabile esercitare un'azione di ripensamento politico della psicologia clinica e della psicoterapia.

Il primo passo da compiere, in questa direzione, è a nostro avviso quello di ripensare il tema della formazione.

Oggi, assistiamo (sia nelle Università e che nelle Scuole di Psicoterapia) ad una parcellizzazione smisurata delle offerte formative, molte delle quali nate più da interessi di potere che da competenze reali. Circa 3.500 corsi di laurea presenti in Italia sono la triste testimonianza di un panorama frammentato e sterile.

Inoltre, quando ci riferiamo alla formazione in ambiti quali la psicologia clinica e/o la psicoterapia, non possiamo non evidenziare l'importanza di una formazione che non sia intesa unicamente come semplice trasmissione di tecniche o prassi operative perché così facendo perderemmo di vista la relazione clinica con le sue infinite specificità.

Dobbiamo, necessariamente, transitare da una formazione esplicativa (caratterizzata dalla trasmissione di contenuti e competenze da apprendere in forma replicativa) ad una formazione implicativa (intesa come spazio di elaborazione soggettiva dei significati che si strutturano nella specifica situazione di apprendimento).

Come afferma giustamente Grasso (2004), la formazione replicativa è scarsamente funzionale nel caso in cui si voglia acquisire, ad esempio, la capacità di utilizzare il proprio mondo emozionale come strumento di lettura della relazione in atto. Si possono, infatti, replicare comportamenti o addirittura intere sequenze di comportamenti ma non si possono replicare dimensioni emozionali a cui dar senso contestuale.

In questa direzione, alcuni autori (Salvatore & Scotto di Carlo, 2005), anche se da una prospettiva diversa, hanno sottolineato come la formazione universitaria, in ambito psicologico, abbia spesso assunto le caratteristiche di un puro e semplice trasferimento di conoscenze disciplinari, lasciando al singolo individuo, una volta ottenuto il titolo finale, il compito di creare un nesso tra l'apprendimento conseguito e il suo possibile utilizzo sul piano professionale.

Il modo di intendere la formazione in ambito psicologico clinico, *in primis* quella universitaria, deve pertanto iniziare ad essere intesa come un percorso di interrogazione continua, di accettazione della problematicità degli eventi e della mancanza di risposte univoche e rassicuranti nei confronti di tale problematicità. Ciò al fine, come afferma Grasso (2006), di riuscire a transitare dalla dogmatica assertività alla dimensione dell'esplorazione.

Spesso, avvertiamo alto il rischio di caratterizzare il percorso formativo più nel senso di determinare un'appartenenza che non in quello di acquisire una competenza.

Come scrivono Montesarchio e Venuleo (2006) bisogna riconfrontarsi con i temi della tecnicità che non deve essere più intesa come sterile riproposizione di sequenzialità rigide e ritualizzate, vincolate soltanto alla maggiore o minore aderenza ad una qualsivoglia ortodossia, ma come elementi che trovano il loro senso in ragione della relazione e del setting cui ci si riferisce.

Ciò comporta, sul piano formativo, uno spostamento da un addestramento all'uso della tecnica ad un *training* a pensare la tecnica e il suo utilizzo.

Infine, desideriamo spendere qualche parola conclusiva sul tema della valutazione delle psicoterapie. A nostro avviso, se vogliamo veramente provare ad uscire dalla dimensione autoreferenziale non possiamo ancora pensarla come gli psicoanalisti ortodossi che non consentivano l'ingresso di apparecchiature audio/video in quanto queste, a loro dire, avrebbero inquinato il setting. Noi crediamo che, se le registrazioni delle sedute possano essere utili al fine della ricerca e quindi a ri-pensare il lavoro clinico, ben vengano i setting inquinati.

La ricerca condotta in questi anni, oltre a dimostrare l'efficacia della psicoterapia e ad aumentare la conoscenza dei suoi meccanismi interni, ha consentito ai singoli terapeuti di pensare il lavoro ponendo in modo più consapevole l'importante questione della *responsabilità della cura*. Pensare ai trattamenti psicoterapici non più come arte (per quanto questo possa essere romantico e suggestivo) ma in termini di *metodi di cura*, implica il porsi, responsabilmente, il problema dell'efficacia, delle indicazioni comparative di trattamento, dei risultati ottenuti. Al di fuori dei quadri di ricerca strutturati, questo contribuisce ad elevare

l'attenzione etica a ciò che realmente si fa, a ciò che accade ai pazienti, ai limiti del terapeuta e dei suoi modelli di riferimento, ai drop-out, agli errori, ai fallimenti, ecc. In quest'ottica si è rivelato utile, per la comprensione del lavoro clinico, superare la tradizione analitico-psichiatrica che studia il caso centrando l'attenzione sul paziente, per osservare il dispositivo teorico-clinico e ciò che lo fonda: il fatto che il terapeuta crea il suo lavoro, ed attraverso questo "legge" il paziente e la sua storia.

Il confronto scientifico ha aumentato il dialogo, l'integrazione e il rispetto reciproco tra le scuole di psicoterapia. Si va progressivamente raggiungendo il traguardo di definizioni consensuali o comunque ostensibili su questioni importanti come la cura, i suoi metodi, gli obiettivi. E' più frequente lo scambio di strumenti, dati, esperienze cliniche, che contribuiscono a laicizzare la comunità scientifica professionale. A questo ha molto contribuito la fondazione dell'S.P.R., che oltre ad essere il principale punto di riferimento scientifico per gli studiosi del campo, punta a costituirsi come una sorta di 'banca' dove ognuno può immettere e prelevare conoscenze.

Tutto questo ci sembra (lo ribadiamo) un buon passo nella direzione di arginare l'irrompere di tsunami autoreferenziali.

Crediamo però che, per quanto utile, si parli troppo spesso di "efficacia clinica della psicoterapia", mentre non abbiamo mai sentito parlare, nemmeno una volta, di "efficacia clinica degli psicoterapeuti".

Riguardo "l'efficacia clinica degli psicoterapeuti", crediamo che questa debba essere la prossima direzione da intraprendere.

Bibliografia

Del Corno, F. & Lang, M. (2000). (Eds). *Psicologia clinica*. Milano: FrancoAngeli.

Di Maria, F. & Formica, I. (2005). La mafia interiore. In *MicroMega*, 3 (pp. 74 – 85).

Di Maria, F. & Formica, I. (2007). Riflessioni a due su "Note sparse per un confronto". In *Gruppi*, Vol. IX, 2 (pp. 119 – 122).

Fornero, S. (2006). Riflessioni su "Note sparse per un confronto" a proposito dei lavori di Girolamo Lo Verso e Flavio Nosè. In *Gruppi*, Vol. VIII, 2 (pp. 121 – 123).

Grasso, M. (2006). *Dall'asserzione all'indagine: appunti a margine delle esperienze di supervisione*. In: Montesarchio, G. & Venuleo, C. (Eds.). *Narrazione di un iter di gruppo. Intorno alla formazione in psicologia clinica* (pp. 158 – 173). Milano: FrancoAngeli.

Grasso, M. (2004). *Psicologia clinica e psicoterapia*. Roma: Kappa.

Lis, A., Stella, S., Zavattini, G.C. (1999). *Manuale di psicologia dinamica*. Bologna: Il Mulino.

Lo Verso, G. (2006). Fare gruppi di terapia analitica. Note sparse per un confronto. In *Gruppi*, Vol. VIII, 1 (pp. 111 – 116).

Lombardo, G.P., Stampa, P., Cavalieri, P., Ciuffo, E. & Farnese, M.L (1991). Strutture e risorse degli enti privati di formazione alla psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*. V, 1, pp. 113-146.

Montesarchio, G. & Venuleo, C., (2006). *Narrazione di un iter di gruppo. Intorno alla formazione in psicologia clinica*, Franco Angeli, Milano.

Napoletani, D. (1987). *Individualità e gruppaltà*. Torino: Bollati Boringhieri.

Nosè, F. (2006). Raccogliendo le note sparse di Girolamo Lo Verso. In *Gruppi*, Vol. VIII, 1 (pp. 117 – 119).

Salvatore, S. & Scotto di Carlo, M. (Eds.) (2005). *L'intervento psicologico per la scuola: modelli, metodi, strumenti*. Roma: Carlo Amore.

La connessione tra teoria e prassi nella formazione dello psicologo clinico

di Maria Francesca Freda*

Nel presente lavoro mi propongo di contribuire ad una riflessione teorica e metodologica sulla possibilità di coniugare entro i percorsi universitari di formazione alla psicologia clinica i processi di conoscenza ed i processi di costruzione di prassi, nonché di evidenziarne le possibili relazioni con i modelli e le pratiche formative.

Necessità di esplorazione che si rende necessaria a partire da diverse considerazioni: la prima fa diretto riferimento al sistema sociale, ai cambiamenti di scenario dei sistemi organizzativi e del mercato del lavoro, caratterizzati sempre più da instabilità e incertezza; la seconda considerazione, strettamente connessa alla prima, fa riferimento alle nuove esigenze formative in un periodo storico in cui al concetto di mestiere, di mansione e poi anche di ruolo si va rapidamente sostituendo un concetto onnicomprensivo quale quello di profilo di competenze (Quaglino, 2006). In uno scenario sociale in cui ogni sapere consolidato ha vita breve e le conoscenze specialistiche maturate sono esposte ad una obsolescenza sempre più rapida, la formazione diviene permanente, processo di accompagnamento allo sviluppo di profili di competenze sempre più flessibili, aperti ed esposti a continue ridefinizioni. La provvisorietà di quanto viene appreso rende necessario uno spostamento da una logica di trasmissione di saperi, propria nella costruzione delle professionalità dell'800, ad una formazione all'apprendere, alla costruzione di una conoscenza utile ad interpretare i contesti e ad orientarsi nel cambiamento. Per il professionista diviene necessario essere competente sulle dimensioni organizzative che regolano il suo operare, deve cioè saper leggere i contesti, saper comprendere i rapporti che regolano i diversi sistemi di convivenza ed il proprio posizionamento all'interno degli stessi (Di Maria, 2000; Carli & Paniccia, 2003). In questo scenario è necessario pensare un'azione formativa volta alla acquisizione di competenze spendibili in processi di costruzione di senso entro contesti che si presentano spesso come frammentati e incoerenti (Quaglino, 2006), una competenza organizzativa (Carli & Paniccia, 2003) necessaria a sapersi collocare entro le relazioni organizzative in modo funzionale agli scopi. Si passa da una considerazione della conoscenza quale prodotto possedibile (knowledge), depositato in specifici saperi disciplinari, ad una conoscenza come processo (knowing) declinata in ragione delle possibilità di un suo utilizzo dinamico nella costruzione di senso relativa alla propria partecipazione ai contesti produttivi. Il cambiamento che sto descrivendo, per quanto personalmente ritenuto interessante, non è in alcun modo però privo di difficoltà: è un cambiamento che si è reso necessario in un contesto sociale in cui si sono drasticamente e genericamente ridotte le risorse economiche, lavorative, ambientali, valoriali e l'elenco potrebbe continuare. Si tratta di un cambiamento che interviene in un'epoca raccontata in modo predominante dal termine "crisi" (Bauman, 2006). Ci troviamo, dunque, catapultati di fronte al faticoso e doloroso compito di riconoscere la "crisi", ma anche di fronte alla necessità di superare un uso da luogo comune del termine, utile per spiegare tutto e niente, per provare ad interrogarsi sui motivi per cui le vecchie categorie non sono più in grado di interpretare i modi in cui conviviamo e per provare ad individuarne di nuove che accompagnino il cambiamento. Tornando al più ristretto ambito del nostro discorrere, è con questa fatica che mi sono personalmente confrontata, collaborando con altri colleghi, nella trasformazione degli ordinamenti dei nostri corsi di Laurea in base al D.M. 509 e poi al D.M. 270. E' stato necessario operare una rapida ed ennesima trasformazione della nostra offerta formativa in una direzione che rinunciasse a procedure e saperi reificati e che proponesse nuovi modelli formativi utili alla costruzione della professionalità psicologica. E' questa la

* Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono". Università degli Studi di Napoli Federico II

direzione in cui ci hanno invitato (forse obbligato) a ragionare, per esempio, i Descrittori di Dublino (European Qualifications Framework, EQF). Siamo passati dal declinare obiettivi e risultati dei nostri corsi di laurea in termini di conoscenze attese verso una articolazione dei nostri processi formativi, dei nostri saperi disciplinari nei termini di capacità di comprensione, autonomia di giudizio, abilità comunicative, capacità di apprendere. Abbiamo dovuto declinare il come e non solo il cosa, siamo stati invitati a transitare rapidamente da una logica di declaratoria dei saperi previsti, alla esplicitazione delle procedure con cui intendevamo promuovere la costruzione di conoscenza. E' intorno a questo processo ed alla sua fatica che vorrei, con questo contributo, provare a formulare alcune riflessioni. Si tratta di un processo che, se attraversato, permetterà di transitare da percorsi universitari adatti ad insegnare psicologia verso percorsi universitari che, nella variabilità degli scenari, si danno il compito di formare psicologi. Si gioca, in questi anni, una sfida molto interessante circa l'opportunità di costruire processi formativi in grado di funzionare come contesti aperti all'innovazione, palestre del processo di costruzione di modelli di conoscenze in grado di orientare e supportare prassi produttive.

Il discorso sin qui condotto ci permette di evidenziare, però, come questo processo non possa attendersi né come facile né come naturale, come esso non possa essere imposto sul piano organizzativo in assenza di un passaggio in cui la comunità di docenti interroghi i suoi metodi e le rappresentazioni del professionista che si intende formare, in assenza dunque di una trasformazione dei modelli culturali che orientano i processi formativi. Se, infatti, insegnare psicologia implica l'adozione di setting e metodi funzionali alla trasmissione di un sapere, formare uno psicologo implica la costruzione di setting formativi utili alla esplorazione e alla costruzione di un'identità professionale (Keneklin, 2006). Credo sia una prima valida categoria cui fare riferimento.

Un triangolo dicotomico

Credo che esplorare il complesso rapporto tra teoria, prassi e formazione in psicologia non possa prescindere da un riferimento alla nota concettualizzazione di Lewin (1948, 1951) relativa al triangolo *ricerca-azione-addestramento*. Un triangolo che, se lungo la sua ipotenusa tratta direttamente il rapporto tra costruzione di conoscenza e costruzione di prassi, lungo i suoi cateti, declina, da un lato il rapporto tra formazione e costruzione di conoscenze e, dall'altro il rapporto tra formazione e prassi. Ritengo che il primo aspetto dirompente ed euristico di tale concettualizzazione stia proprio nell'aver connesso tali processi entro una configurazione unitaria sottolineando in tal modo come al variare del rapporto tra due dei vertici vada necessariamente riconsiderata la totalità della figura. Tale triangolo, ancora oggi, pone importanti interrogativi da affrontare, sia sul piano della concettualizzazione dei rapporti tra conoscenza ed azione, sia sul piano della declinazione metodologica che tale concettualizzazione assume nei modelli e nelle pratiche formative. Molti passi sono stati fatti in questi anni per provare ad elaborare una concezione secondo cui i *processi di conoscenza* ed i *processi di azione* sono trattati come nettamente distinti ed integrabili solo in una successione lineare. Si pensi, per esempio, alla centralità che negli ultimi trenta anni hanno assunto i concetti di *apprendimento dall'esperienza* (Bion, 1962), di *apprendimento attivo* (Argyris & Schon, 1978) di *competenza riflessiva* (Schon, 1987), di *co-costruzione dei processi di conoscenza* (Ajello, 2003), di *comunità di pratiche* (Wenger, 1998). Si tratta di un sistema di categorie concettuali attraverso cui concepire i processi formativi che è gradualmente entrato in un rapporto dialettico con una logica lineare e trasmissiva fondata invece su di una netta separazione tra processi volti alla produzione di conoscenza e processi volti ad orientare le prassi. Nuove categorie che hanno posto in primo piano il legame tra costruzione del sapere ed il fare, creando, specialmente attraverso il ricorso al concetto di *esperienza*, un importante nesso con il sé e cioè con le implicazioni soggettive nel processo di costruzione di conoscenza. Lungi dall'essere considerata una semplice sequenza di azioni, il concetto di *esperienza* rimanda, infatti, alle dimensioni

soggettive e sociali di un avvenimento. Ognuna delle categorie identificate ha contribuito negli anni ad evidenziare un aspetto del processo formativo utile per traghettare la formazione nel suo complesso da una logica trasmissiva ad una logica costruttiva e co-costruttiva; esse, tuttavia, costituiscono ancora tessere di un mosaico non assemblato. In questi anni, i diversi punti di vista che hanno contribuito ad organizzare una concezione moderna e post-moderna di formazione si sono occupati più di stabilire differenze con una logica lineare e trasmissiva che di costruire connessioni al loro interno. Ancora oggi, lo scenario della formazione è organizzato su una evidente e radicata dicotomia tra due concezioni di formazione, l'una, di natura "funzionalista", basata su presupposti di *razionalità*, di matrice positivista, e sul conseguente perseguimento degli obiettivi di efficacia/efficienza dei progetti formativi; l'altra, di natura "esperienziale", basata sul presupposto di *ragionevolezza*, di matrice socio-costruttivista. La possibilità di connessione tra teoria e prassi, propria di una concezione moderna di formazione, dispone di alcune importanti categorie concettuali, ma ancora oggi, dialoga prevalentemente con la logica lineare, che informa in modo importante i processi culturali e le attese soggettive, ed in base alla quale: a) *c'è una formazione orientata al sapere ed una formazione orientata al saper fare*; b) *prima si impara e poi si fa*.

Nella nostra disciplina la necessità di tenere separate le aree del fare e dell'agire è stato, infatti, storicamente risolto con l'immaginare una componente dei processi formativi dedicata allo sviluppo di conoscenze sui fenomeni, un'altra dedicata allo sviluppo di conoscenza circa le possibili applicazioni di tale conoscenze ed un'altra, sviluppatasi prevalentemente nell'ambito della formazione alle professioni di aiuto, dedicata ad una specifica attenzione al saper essere. La separazione tra conoscenza e prassi ha comportato l'assunzione di una prospettiva temporale di tipo lineare nell'organizzare i rapporti tra *sapere* e *fare*, mentre posizione più ambigua è stata assunta dal *saper essere* che, se da un lato si è configurato come precipitato ultimo di sedimentazione del fare, dall'altro si è connotato come prerogativa personale, innata, disposizionale, non soggetta ad alcun processo di apprendimento per lo meno in ambito universitario. Si tratta di una grossolana distinzione che, per esempio, si è espressa nei primi anni della psicologia accademica italiana con l'istituzione nelle nostre Facoltà di un indirizzo sperimentale alternativo ad un indirizzo applicativo, condizione che gli psicologi della mia generazione non possono non ricordare; separazione tra due indirizzi che, lungi dal configurarsi come foriera di future e significative collaborazioni, si è espressa con una scissione della nostra disciplina, l'una orientata all'azione e che costruiva, al suo interno, modelli funzionali a supportare l'intervento, l'altra orientata a produrre conoscenze spesso risultate poco spendibili sul piano dell'approccio ai problemi ed alle domande poste dagli interlocutori (Carli, 2005). In questo gioco tra formazione orientata al sapere e formazione orientata al saper fare, la formazione personale è stata integralmente collocata in un tempo successivo al percorso universitario, come unico tempo possibile per una esplorazione delle implicazioni personali e dell'emozionalità, connessa al ruolo professionale dello psicoterapeuta e totalmente posticipata rispetto ai tempi universitari di acquisizione del ruolo di psicologo.

Un cambiamento faticoso

Nonostante le repentine e successive trasformazioni delle norme e delle procedure, ancora oggi ci confrontiamo nei contesti universitari con logiche dicotomiche che informano i processi di costruzione delle prassi formative e dei suoi prodotti e che possiamo provare ad esplorare con l'intento di ricercare nuovi criteri e nuovi assetti. Pensiamo, per esempio, alle tesi di laurea e alle difficoltà che incontrano gli studenti nella organizzazione di un prodotto che in modo personale connetta committenza, domanda di ricerca, prospettive teoriche e azione. Penso che l'analisi della struttura delle tesi di laurea possa costituire un indizio prezioso per comprendere le difficoltà e la fatica di un processo di trasformazione, non solo nei termini del lavoro che viene richiesto alle menti ed alla loro relazione, ma anche in

termini culturali e di rapporti interistituzionali. La tesi viene, infatti, generalmente divisa in due grandi parti, la prima relativa all'inquadramento teorico dell'oggetto di interesse e la seconda relativa alla descrizione della propria azione, sia essa di ricerca o di riflessione su un'esperienza. Sin qui, nulla da eccepire. Se però, nell'analisi del testo di tesi, si procede dall'adozione di un criterio di lettura contenutistico all'adozione di un criterio di analisi dell'intreccio discorsivo (Freda, 2008a) ci si accorge che le due parti sono, solo raramente, connesse entro una configurazione coerente. La parte teorica e la parte pratica (così la definiscono gli studenti) risultano, infatti, connesse in funzione del topic, dell'oggetto di cui si parla, ma sono, spesso, molto parzialmente coese rispetto all'individuazione di un punto di vista, di un criterio unitario in ragione del quale orientare sia la lettura del fenomeno che, in modo coerente, le prassi di ricerca o di intervento individuate. In altri termini, ognuna delle parti risulta scarsamente utilizzata nella stesura dell'altra creando sistematicamente una fase di impasse nell'interpretazione finale dello studio; fase dell'interpretazione che, nelle situazioni peggiori, va a costituire una terza parte (le conclusioni) sganciata da entrambe le precedenti. La costruzione e la stesura del lavoro di tesi, costituisce per lo studente, quasi sempre, un primo momento di confronto con un progetto personale, con l'esigenza dunque di sintetizzare in un prodotto unico modelli teorici ed azione. Le due parti della tesi, se analizzate in una prospettiva semiotica (Eco, 1979), costituiscono sezioni di un testo ancorate a strutture di mondi diversamente ammobiliate: la parte teorica assume come presupposto il campo della letteratura, un mondo ammobiliato da teorie, ipotesi ed interpretazioni dei fenomeni, da cui lo studente attinge per costruire il campo specifico del suo discorso ed in cui le diverse componenti assumono la proprietà fondamentale di essere riportate da fonte autorevole (non sempre purtroppo!), in cui, dunque, fonte legittimante del testo è il suo appartenere al mondo del già noto; la parte pratica assume, invece, come presupposto il mondo del "reale" in cui le diverse componenti assumono la proprietà fondamentale di essere descrittive di un fenomeno nella sua obiettività, la fonte di legittimazione è ricercata nello stesso oggetto di studio o, tutt'al più, nella procedura di analisi. Su questa scia, spesso, il riferimento ai test statistici o ai software divengono, entro il discorso di tesi, processi di reificazione dei costrutti utilizzati, più che procedure di semplificazione ed organizzazione dei dati in ragione di uno scopo. Entrambi i mondi di riferimento, pur nella loro diversità, si connotano per essere universi di certezza, le cui qualità possono essere estese agli specifici frammenti di mondo che compongono il discorso di tesi. Un processo di ancoraggio al già noto, al dato, che bonifica il processo di costruzione della tesi dalle ansie legate alla confusione ed al caos che si genera di fronte a frammenti di conoscenza non ancora organizzati (Bion, 1962), che sostiene un processo di delega al docente della funzione di giudice finale e che esenta lo studente, nonché la relazione tra studente e tutor, dal faticoso lavoro di riflessione sul processo di costruzione della conoscenza, di elaborazione delle emozioni e di assunzione di responsabilità rispetto alla funzione costruttiva del punto di vista adottato nell'organizzazione del testo. Nella stesura del testo di tesi, sembra ri-attualizzarsi quella tensione ad una separazione tra universi simbolici costituiti dal sapere e dal fare che attraversano il processo formativo e che non accompagnano lo studente nel faticoso ed emozionante processo di assunzione di un punto di vista metodologico che possa funzionare da organizzatore della teoria e da orientamento per l'azione, un'azione, scelta tra le tante possibili.

Nei nostri corsi di laurea sono oramai tre anni che sperimentiamo, grazie all'attivazione dei tirocini intercorso, una forma di scambio con i Servizi ed essa ha comportato una prima interessante evidenza: una sempre più alta percentuale di argomenti trattati dalle tesi dei corsi di laurea scaturisce dall'esperienza di tirocinio, da una domanda di conoscenza emersa per lo studente nell'incontro con dei problemi posti dall'utenza e con le operatività messe in atto dal Servizio in cui ha svolto il tirocinio. La logica che separa formazione e costruzione di un ruolo professionale fa sì che, ancora oggi, nella grande maggioranza di questi casi il Servizio non venga categorizzato dallo studente come interlocutore del suo processo di conoscenza, né che spesso il Servizio si ponga come tale. Il contesto in cui è stato svolto il tirocinio diviene campo/ambiente per la raccolta di dati in uno svolgimento

dell'elaborato che assume come unico interlocutore il docente ed il sistema di valutazione universitario. Ricordo una studentessa che mi propose di seguire una tesi volta ad analizzare e discutere la rappresentazione di un Servizio da parte della sua utenza. Si trattava di un Servizio che, con entusiasmo, aveva frequentato durante il suo tirocinio. Mi disse che gli psicologi del Servizio erano stati disponibili e che, anche se con qualche perplessità, si erano detti favorevoli allo svolgimento del suo studio. Una sola questione preoccupava, però, la tesista, ed ella mi chiedeva consigli su come risolverla: una psicologa del Servizio le aveva chiesto di poter leggere la sua tesi una volta che fosse stata completata. A partire da questo breve episodio potremmo chiederci quale sia il giusto luogo di costruzione e negoziazione degli obiettivi di un lavoro di tesi che assuma come oggetto una questione emersa in un ente esterno all'università; potremmo interrogarci su quali siano le logiche di giudizio sull'altro, di ricerca di una mancanza legittimante, che presidiano la costruzione di conoscenza psicologica e che la rendono spesso poco fruibile dai nostri interlocutori, se non addirittura da nascondere ai loro occhi; potremmo ancora interrogarci sulle fantasie di furto connesse all'esercizio della conoscenza, in particolare nelle situazioni in cui essa è costruita per traguardare un proprio obiettivo personale come nel caso delle tesi di laurea. In questa sede vorrei però limitarmi ad evidenziare come il mettere in discussione una separazione tra luoghi del sapere e del fare possa generare un'interessante contaminazione tra diversi saperi e momenti della formazione professionale rimasti sino a qualche anno fa tassativamente distinti. Ma questa opportunità, da mera norma procedurale può trasformarsi in una integrazione di codici e scopi solo nel caso in cui le si conferisca un andamento bidirezionale: se, infatti, è necessaria una legittimazione di organizzazioni ed enti esterni all'università come luoghi in cui sia possibile sviluppare una conoscenza significativa, dall'altro è necessario che l'istituzione universitaria assuma tali contesti di erogazione dell'azione professionale, quali stakeholder dei saperi costruiti all'interno delle sue mura. I Servizi, le organizzazioni operative, allora, da luoghi di destinazione finale degli studenti in uscita si potranno trasformare in interlocutori e co-costruttori dei processi destinati alla formazione professionale (Scaratti, 2006). Riflettere su questi processi credo sia utile per costruire criteri di sviluppo in un periodo storico in cui le continue trasformazioni legislative, imponendo nuove routine, ampliano gli spazi bianchi nel rapporto tra istituzioni.

Dispositivi metodologici di connessione

Come ho già accennato, le riforme legislative del 1999, divenute operative nel 2001-02, e le successive modifiche del 2007 hanno rapidamente e profondamente cambiato l'assetto dei corsi di studio universitari. Non è questa la sede per discutere, nel complesso, punti di forza e di debolezza di tali impianti, ma si vuole qui sottolineare quel filo rosso che, attraverso assunzioni di principio ed innovazioni organizzative, introduce, già con il D.M. 509 e rinforza con il D.M. 270, entro i corsi di laurea, una logica di connessione tra teoria e prassi, tra luoghi in cui si produce conoscenza e luoghi in cui si esercita un sapere professionale. Nei nostri corsi di laurea questa trasformazione normativa ha assunto due principali assetti organizzativi di integrazione dell'offerta formativa: la valorizzazione della didattica laboratoriale e la progettazione di esperienze di tirocinio inter-corso. La didattica laboratoriale e con essa anche le esperienze di tirocinio possono assumere nei corsi di laurea diverse forme e modalità di erogazione, a cui corrispondono diverse logiche formative e diversi scopi. Si pensi all'introduzione dei laboratori: essi non costituiscono realmente una novità in quanto hanno da sempre accompagnato i processi di addestramento alle procedure nell'ambito delle professionalità tecniche. In questo tipo di professionalità il laboratorio è un dispositivo utile all'acquisizione di procedure formalizzate che lo studente deve poter padroneggiare per ottenere scopi pre-definiti. Questo uso del laboratorio, pur differenziandosi dalla lezione in ragione del tipo di contenuti trasmessi, concettuali *versus* tecnici e procedurali, non si differenzia da essa in ragione del rapporto tra

costruzione della conoscenza e azione: in entrambi i dispositivi formativi la conoscenza è già data e deve essere trasmessa (Kaneklin, 2006). Anche nella nostra disciplina possiamo prevedere l'istituzione di laboratori tecnici, si pensi all'esercizio necessario all'uso di test, alla pratica necessaria per poterne padroneggiare le modalità di codifica etc., ma propongo di riservare per questo tipo di attività formative il termine *esercitazione* per provare ad esplorare altre opportunità di connessione tra teoria e prassi. Credo che lo sviluppo di competenza a connettere teoria e prassi nel confronto con una domanda di intervento (Carli & Paniccia, 2003) possa costituire un importante obiettivo metodologico da cui la formazione alla psicologia clinica non può prescindere. Si tratta di procedere da una logica di applicazione entro i contesti di saperi procedurali reificati ad una logica di sviluppo di competenze utili a comprendere e direzionare processi. Un contesto formativo che si occupa di mettere in discussione la separazione tra contenuti teorici e costruzione della prassi, che interroga nuovi problemi e nuove prassi, può consentire ai giovani che stanno costruendo la propria identità professionale di sentirsi parte di una comunità di conoscenza. L'esplorazione congiunta delle connessioni può ridurre il rischio che la pluralità di modelli si traducano in una posizione di relativismo autoreferente, in cui basta essere consapevoli dei propri processi interni, delle proprie premesse epistemologiche e poi tutte le interpretazioni sono possibili o, al contrario, di realismo epistemologico per cui al variare delle situazioni, oggettivamente valutate, vanno attivate diverse procedure strumentali, in assenza di una specificità metodologica del nostro operare. Se questi assunti sono condivisi, resta però da interrogarsi sui dispositivi didattici, sulla qualità e la struttura delle relazioni formative che possano offrire sostegno alla crescita ed allo sviluppo di tale competenza metodologica. Rispondere a questo quesito comporta la necessità di trattare alcune questioni specifiche che nei passaggi successivi proveremo ad esplorare.

Conoscenza ed emozione

In primo luogo, l'introduzione della prassi nei processi formativi comporta la necessità di trattare il processo di costruzione della conoscenza come *domanda aperta* (Jaques, 1970) e di istituire un luogo in cui possano essere accolte e trasformate le ansie e le emozioni connesse ad ogni apprendimento creativo. Avere a che fare con le emozioni connesse al processo di conoscenza è un compito che attraversa l'esercizio di qualsiasi ambito professionale, sappiamo bene che si generano emozioni significative nella relazione tra medico ed il suo paziente, possiamo facilmente immaginare il ruolo che le emozioni assumono nella relazione tra un cliente ed un avvocato o tra un architetto intento a ristrutturare un appartamento e colui che vi dovrà abitare. Non possiamo però prescindere dal considerare una differenza tra le altre professionalità e quella psicologica: mentre un ingegnere, un avvocato, un dentista hanno dei contesti relazionali e delle tecniche cui è devoluto il compito di organizzare la componente emozionale della prassi professionale, per lo psicologo l'esplorazione della componente emozionale è compito di primo piano (Carli, 2005). La gestione dell'emozionalità per la professione psicologica non può essere delegata ad un contenitore procedurale che, per quanto possibile, la neutralizzi, in quanto l'accoglienza, il riconoscimento e l'elaborazione dell'emozionalità entro la relazione rientrano pienamente nell'ambito della competenza professionale. Nella formazione dello psicologo è, dunque, necessario che l'intreccio tra emozione e conoscenza, da sfondo del processo di apprendimento ne divenga oggetto di primo piano. La stessa relazione formativa non può, in ogni suo passaggio, essere ridotta a contenitore del processo di apprendimento, ma deve poter essere trattata quale campo relazionale in cui sentire, riconoscere e pensare le emozioni mobilitate dal processo di conoscenza. Grazie all'insegnamento di Bion (1962), sappiamo come ogni percorso di conoscenza sia, in primo luogo, un'impresa emotiva, in quanto per poter trasformare i dati grezzi dell'esperienza in elementi mentali è necessario che le emozioni, la confusione, il caos legati all'incontro con l'ignoto siano tollerati e tenuti nella mente. Lo studente è invitato, dunque, a procedere da un'emozionalità senza nome ad

una possibilità denotativa di categorie emozionali, ma, allo stesso tempo, a muoversi da un'emozionalità reificata e congelata nei termini scientifici verso un'emozionalità riconoscibile e pensabile. L'ipotesi di fondo che dà senso, nei termini di sviluppo di competenze psicologiche, a questo tipo di campo formativo è rintracciabile nella sostanziale affinità tra le dinamiche psichiche che accompagnano il processo conoscitivo e le dinamiche psichiche che attraversano il processo di intervento psicologico. Si intende, in tal modo, promuovere l'attitudine a considerare difficoltà e frustrazioni, non solo quali ostacoli da eliminare, ma come qualcosa di intrinsecamente legato al processo conoscitivo, da accogliere per poter esperire una condizione di incertezza e per poter sviluppare una competenza a tollerare una condizione del non sapere (Ferraro, 2008).

Tornare su per andare oltre

In secondo luogo, connettere teoria e prassi significa passare da una concezione reificata della conoscenza ad una concezione costruttivista della stessa; significa trattare la conoscenza come categoria di costruzione della realtà per poter esplorare il modo in cui essa costruisce l'oggetto e per poterne verificare, nella contingenza delle relazioni, la sua capacità euristica e la sua funzionalità agli scopi. Saper tornare sul proprio processo di costruzione, comprendere le dinamiche cognitive, culturali ed affettive attraverso cui si sono costruite le proprie ipotesi e le proprie interpretazioni, ritengo sia competenza necessaria ad ogni attività professionale che voglia confrontarsi con problemi inediti. Tuttavia si tratta di una competenza imprescindibile per la professionalità psicologica, sia chiamata sempre a confrontarsi con un prodotto immateriale, con una pluralità di punti di vista da esplorare e riconoscere e, sia chiamata ad una costruzione congiunta di conoscenza che non lasci l'interlocutore nel ruolo di inesperto, grato di poter giovare della ottima prestazione professionale ricevuta. Gratitudine ed inesperienza che possono essere, invece, serenamente provate dal cliente dell'architetto e anche, in certe condizioni, da quello del medico. E' difficile immaginare un futuro psicologo intento ad accogliere ed esplorare un punto di vista altro dal suo, quale risultato di un processo formativo che si è occupato di trasmettergli saperi reificati, tutto al più poco organici tra loro, se non in aperta contraddizione! La pluralità dei punti di vista proposti dalla nostra disciplina, da cui ad oggi non possiamo prescindere, può divenire risorsa per lo sviluppo di un progetto professionale se collocata in un processo formativo che valorizzi metodologicamente l'esplorazione delle categorie attraverso cui viene costruita la conoscenza. La possibilità per lo studente di immergersi in una esperienza e di essere iscritto in un processo di riflessione sulla stessa, permette gradualmente di mettersi in gioco, di mettere in crisi una rappresentazione del sapere come *sostanza* da possedere e da ripetere *su* i clienti del futuro per poter accedere ad una rappresentazione della conoscenza come processo di *costruzione*, tra l'altro mai finito e sempre in continua ristrutturazione, necessario per dar senso ai contesti ed ai problemi con cui si sarà chiamati ad intervenire. Si tratta di un processo riflessivo per tornare su di sé, in qualità di soggetto che conosce, per comprendere le modalità con cui si sono costruite le proprie ipotesi, le proprie azioni, le proprie interpretazioni (Kaneklin, 2006), processo possibile solo in una relazione formativa in grado di attivare funzioni di contenimento e rispecchiamento (Bion, 1961). Attraverso l'istituzione di un registro riflessivo la relazione formativa è invitata a *tornare* su quanto si sta proponendo, è invitata, in altri termini, a *pensare il conoscere* (Scaratti, 2006), come possibilità di supportare una relazione soggettiva con gli oggetti di conoscenza e come premessa all'*andare oltre*, verso l'identificazione di nuovi criteri. Se la soggettivazione del processo di conoscenza costituisce una metodologia formativa fondamentale per sviluppare una competenza ad incontrare e conoscere la soggettività dell'altro, ritengo che la formazione dello psicologo clinico non possa esimersi dall'istituzione di uno spazio/tempo in cui produrre un pensiero sulla stessa psicologia clinica. Un pensiero inteso, *in primis*, come processo di ri-conoscimento delle

categorie che orientano e fondano il sapere e l'agire professionale ed il modo in cui esse si traducono nella istituzione di setting dell'intervento. Il setting del lavoro psicologico non è, infatti, una condizione che esiste in natura, il *setting* è un dispositivo teorico-metodologico attraverso cui lo psicologo crea le condizioni del suo lavoro, legge i problemi che gli vengono presentati e la storia che gli viene raccontata (Freda, 2008a). Nello specifico della professione psicologica il setting non è unicamente il contenitore della relazione, ma costituisce anche un fondamentale vettore dell'intervento. Esso è un dispositivo che definisce le modalità attraverso le quali l'intervento si esercita, è un principio metodologico che traccia una direzione dell'intervento tra le infinite possibili (Salvatore & Scotto di Carlo, 2005). In questo senso la formazione al metodo psicologico clinico non può trattare in termini tecnici i criteri di costruzione del suo contenitore, in quanto gli stessi accadimenti mutano la loro conformazione ed il loro significato in base al *setting* in cui si presentano (Di Blasi & Lo Verso, 2006). La formazione dello psicologo clinico deve contemplare un asse metodologico del lavoro volto a sviluppare competenze di interrogazione delle situazioni e di costruzione delle condizioni che rendono possibile l'utilizzazione delle prassi codificate (Cordella, 2008). Si tratta di competenze metodologiche che sostengano la possibilità di accogliere le domande di intervento e di costruire un tessuto di relazioni significative e utili al raggiungimento di obiettivi di sviluppo (Carli & Paniccia, 2003; Grasso, Cordella & Pennella, 2003). Una competenza di costruzione del contesto fondata sulla consapevolezza dei criteri attraverso cui è costruito l'oggetto cui è rivolta l'azione, giacché la prassi non è una procedura di trasformazione dell'oggetto orientata unicamente dalle caratteristiche dello stesso, ma la prassi è in primo luogo una procedura di costruzione dell'oggetto orientata da scopi. Costruire un contesto dell'intervento psicologico significa, *in primis*, interrogare i processi di costruzione del setting e questo processo non può prescindere da una riflessione sui modi in cui le diverse teorie agiscono attraverso il setting le proprie categorie di conoscenza. Si sta parlando della necessità di transitare da una concezione del setting, quale contenitore dato di una relazione psicologica, in cui si può assumere come scontato il motivo dell'incontro e la sua evoluzione, ad una concezione del setting quale processo istituyente della relazione di intervento e dei suoi scopi (Carli & Paniccia, 2003; Salvatore & Scotto di, 2005; Montesarchio & Venuleo, 2009). Una costruzione del setting funzionale al raggiungimento di obiettivi di sviluppo delle persone entro il loro contesto, nel rapporto con i problemi per i quali ci hanno consultato (Carli & Paniccia, 2003).

Pensare il contesto formativo

In ultimo, ritengo che connettere teoria e prassi significhi trattare la stessa relazione educativa come prassi dalla cui funzionalità è possibile apprendere, significhi assumere la stessa partecipazione al contesto formativo come azione rivolta ad uno scopo che diviene fonte di apprendimento se posta ad oggetto di riflessione (Carli, Grasso & Paniccia, 2007). La relazione formativa può essere, infatti, intesa quale strumento che serve a contenere e produrre un processo di insegnamento/apprendimento, oppure essa può essere considerata utile al fine di comprendere cosa accade al suo interno. In altri termini, l'interesse per la relazione può essere orientato a colmare lacune, a fornire prodotti di apprendimento, oppure si può guardare alla stessa relazione formativa con l'intento di utilizzarla quale ambito di comprensione delle implicazioni che ciascuno vive e sperimenta entro le relazioni (Carli & Paniccia, 1999). Si sta parlando di uno sviluppo che non riguarda lo studente considerato a prescindere dal suo posizionamento nel contesto, ma di uno sviluppo della stessa relazione formativa, per esempio attraverso il progressivo riconoscimento di una specifica *domanda formativa* (Carli & Paniccia, 1999; Carli, Grasso & Paniccia, 2007). La relazione formativa di cui stiamo parlando genera un campo relazionale simbolicamente connotato dai suoi protagonisti in ragione di categorie affettive, culturali e razionali in base alle quali studenti e formatore costruiscono il significato delle specifiche problematiche trattate e le connettono con ipotesi di prassi psicologica. In questo senso il campo formativo non si connota solo

quale luogo in cui sviluppare saperi e procedure utili alla competenza clinica, ma diviene campo clinico in cui poter trasformare in pensiero le dinamiche emozionali che lo attraversano. Le dinamiche emozionali non sono mai fenomenologie che riguardano esclusivamente l'altro, ma esse attraversano le relazioni ed, *in primis*, dunque la stessa relazione formativa. Pertanto, si rende necessario istituire setting formativi che assumano un vertice prettamente psicologico e che siano, dunque, atti alla lettura ed elaborazione della stessa relazione istituita (Cordella, 2008), in quanto pensare le emozioni non è competenza da insegnare al nostro studente, perché lui domani la insegna al suo paziente, pensare emozioni è compito di una relazione. Ritengo si tratti di un compito che possa essere assunto da una relazione formativa che si ponga come scopo la formazione di una competenza psicologico clinica.

Dispositivi organizzativi di connessione

Vorrei ora discutere brevemente come questi aspetti si siano trasformati in configurazioni dell'offerta formativa. Nel far questo vorrei partire dalle scelte operate nella progettazione del *Corso di Laurea Magistrale in Psicologia, Dinamica, Clinica e Di Comunità*¹ dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. In questi anni di progettazione e transizione la comunità di docenti ha funzionato come gruppo di lavoro nel faticoso compito di produrre un pensiero congiunto sull'immagine di figura professionale che si intendeva formare e di definire una struttura dell'offerta formativa coerente ad essa che tenesse conto dei vincoli e delle procedure indicate dalle norme di legge, nonché della specificità di vincoli e risorse di un contesto locale. Gli assetti che discuterò sono, dunque, emersi all'interno del consiglio di corso di laurea e dal lavoro di sottocommissioni didattiche.

Il percorso del corso di laurea assume un andamento ricorsivo in ragione del quale è previsto che gli studenti attraversino diversi *format* dell'esperienza formativa. Sin dalle fasi di ingresso, l'offerta formativa intreccia *corsi di insegnamento* che si avvalgono di lezioni ed *esercitazioni*, *laboratori* che adottano un dispositivo formativo di tipo grupppale ed esperienziale, *tirocini* che prevedono la frequenza di un Ente esterno all'università con il tutoraggio di uno psicologo appartenente all'Ente. L'intero percorso del corso di laurea magistrale è immaginato come una sequenza circolare di connessione *prassi-teoria-prassi*, un continuo *entrare ed uscire* dall'aula che va a sostenere un processo di connessione per cui, se da un lato le prassi incontrate contribuiscono a fondare questioni con cui interrogare il sapere, dall'altro la teoria acquisita contribuisce a costruire punti di vista, criteri, modelli attraverso cui interpretare la propria esperienza di incontro con i problemi e con le prassi. Con questo obiettivo le esperienze di laboratorio o di tirocinio non costituiscono, nel percorso, eventi puntuali collocati in successione ai momenti di acquisizione dei saperi, ma si inscrivono trasversalmente ai tempi della formazione (Freda & Perna, 2006); a differenza dei *corsi di insegnamento* semestrali, essi seguono una pianificazione annuale e accompagnano l'intera durata del percorso. Ritengo che alternare momenti di acquisizione di conoscenze e momenti di partecipazione ad esperienze professionali sia condizione necessaria, ma in alcun modo sufficiente, a costruire una competenza metodologica a connettere teoria e prassi nella costruzione di criteri per leggere i contesti ed intervenire in essi. Se è necessario, infatti, prevedere setting dell'esperienza formativa in cui lo studente possa avviare l'esercizio di attività pratiche è altresì necessario, in ragione di quanto precedentemente delineato, occuparsi di istituire dispositivi formativi che assumano una funzione meta di mediazione tra prassi e teoria. Si tratta di dispositivi in cui promuovere lo sviluppo di un pensiero sulla prassi in ragione della teoria, ma anche e soprattutto in ragione del proprio posizionamento nell'esperienza. Acquisire saperi, fare esperienza e tornare

¹ Il corso di Psicologia Dinamica, clinica e di Comunità è stato istituito in base al D.M. 509 e, nello scorso anno trasformato, in base al D.M. 270, è accreditato in base ai criteri Europsy. Chi scrive è attualmente presidente del Corso di Laurea.

riflessivamente su di essa costituiscono passaggi essenziali alla costruzione di una competenza metodologica di connessione tra teoria e prassi che assuma quale fondamentale anello di congiunzione il sé ed il suo posizionamento in un contesto di relazioni. Il processo formativo si delinea in questo modo come un intreccio di registri discorsivi (Freda & Pena, 2006; Freda, Esposito & Pagano, 2007). I laboratori, i rapporti con l'ente in cui si svolge l'esperienza di tirocinio, le stesse lezioni costituiscono nel percorso formativo delle *organizzazioni temporanee* (Bruno & Ripamonti, 2006). Tali sistemi provvisori di convivenza possono essere trattati come contenitori propedeutici ai processi di apprendimento che in essi si iscrivono, ma possono essere anche trattati come dispositivi formativi per comprendere cosa avviene al loro interno con l'intento di utilizzarli quali luoghi in cui promuovere sviluppo nella competenza a leggere il proprio posizionamento entro i contesti (Carli, 2005; Carli, Grasso & Paniccia, 2007). Passare dall'insegnamento della psicologia alla formazione dello psicologo comporta, infatti, la necessità di non rimandare un progetto professionale al domani, ma prevedere dei mediatori culturali che già durante il processo permettano di pensarsi al lavoro, collochino lo studente in un rapporto di committenza con la costruzione della propria professionalità.

E' in ragione di queste considerazioni che il nostro corso di laurea prevede, per esempio, all'interno dei crediti di tirocinio svolti prevalentemente presso un ente esterno, la partecipazione ad un piccolo gruppo di riflessione sull'esperienza entro le mura dell'istituzione universitaria, condotto da uno psicologo clinico. Tale dispositivo formativo assume una funzione di cerniera volta ad elaborare le ansietà connesse all'attraversamento di una linea di confine tra il dentro ed il fuori l'università e ad analizzare i processi di simbolizzazione che orientano la connessione tra teoria e prassi. La presenza del gruppo di riflessione sostiene gli studenti nel sostare lungo questa linea di confine, nel tollerare una condizione di incertezza, per poter *giocare* con la costruzione del proprio ruolo professionale in un'*area di transizione* che permette di sperimentare un senso di responsabilità in una condivisione con il mondo degli adulti (Freda, 2008b). Il lavoro del piccolo gruppo si fonda sulla sospensione dell'azione produttiva (Carli & Paniccia, 2003), sia essa quella relativa all'acquisizione di conoscenze, che quella di partecipazione ad una prassi, e sull'istituzione di un registro meta di riflessione volto a tessere i fili dell'esperienza nelle sue componenti emozionali ed operative. E' nella stessa direzione che il percorso formativo richiede allo studente, in modo trasversale ai tirocini e a diversi laboratori, di istituire momenti di *solitudine* (Carli & Paniccia, 2003) in cui uscire temporaneamente dalle relazioni per istituire su di esse un pensiero. Questo obiettivo viene perseguito nel corso di Laurea attraverso un dispositivo metodologico concretizzato nella scrittura di *resoconti* (Carli & Paniccia, 2005) della propria esperienza, delle proprie osservazioni, della propria partecipazione ai diversi gruppi e a quei sistemi di convivenza temporanea in cui è iscritto lo studente. Il resoconto è uno strumento metodologico che si pone al servizio del pensiero, come possibilità di transitare dall'emozionalità agita entro le relazioni alla conoscenza del nostro interlocutore e del contesto attraverso l'identificazione di criteri e modelli utili a tale conoscenza. (Carli & Paniccia, 2005; Carli, Grasso & Paniccia 2007; Freda, 2008b; Rubino & Gleijeses, 2008). Il resoconto come processo volto al rendersi conto, ma anche al rendere conto del proprio processo di sviluppo e, quindi, ad orientare la propria partecipazione al contesto formativo verso un prodotto. Resocontare significa organizzare un'esperienza tramite categorie che siano in grado di dare senso alle relazioni in cui la stessa esperienza si iscrive (Carli, Grasso & Paniccia, 2007). Esso si connota quale dispositivo formativo utile nel sollecitare lo studente a riflettere sul contesto delle relazioni in cui è iscritto, sulle possibili connessioni tra quanto avviene nei diversi luoghi dell'apprendimento e ad assumere il proprio posizionamento entro le relazioni come anello di cerniera nella identificazione di un proprio progetto.

Nel complesso, il mantenere costante nel processo formativo una tensione dinamica tra saperi da acquisire, tecniche da padroneggiare e prassi da costruire ha la funzione di lavorare su una conoscenza in grado di orientare l'azione. Si tratta di una conoscenza fondata su di una rappresentazione del ruolo professionale che non venga ridotto ad un

sistema di procedure da ripetere nella pratica, ma venga concepito come processo metodologico utile a dar senso ai problemi ed intervenire su di essi. Formare psicologi, esplorare e contribuire alla costruzione di un'identità professionale significa inscrivere lo studente in una rete di esperienze e significa istituire dispositivi formativi idonei, sia a riconoscere differenze, che a costruire integrazioni. Concordo con Cesare Kaneklin (2006) sul fatto che la formazione professionale, al contrario del processo di insegnamento, richieda l'assunzione di un punto di vista organizzativo per analizzare i processi e necessità di un contesto relazionale in grado di porsi in ascolto delle proprie pratiche, ove la stessa attività formativa si definisca quale processo condiviso di ricerca psicologica. In questo senso, l'istituzione nel suo complesso è chiamata a farsi carico delle proprie premesse e dunque ad esplorare ricorsivamente la relazione simbolica con l'altro, lo studente e con il proprio prodotto formativo, inteso, in questo caso, come modello del ruolo professionale di psicologo che si intende formare.

Bibliografia

- Ajello, A.M. (2003). (Ed.). *La competenza*. Bologna: Il Mulino.
- Argyris, C., & Schon, D.A. (1978). *Organizational learning*. Reading, Mass.: Addison Wesley. Trad. it. (1998). *Apprendimento organizzativo: Teorie, metodo e pratiche*. Milano: Guerini.
- Barman, Z. (2006). *Vita Liquida*. Bari: Laterza.
- Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups and other Papers*. London: Tavistock Publications. Trad. it. (1971). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experiences*. London: Carnai Books. Trad. it. (1972). *Apprendere dall'Esperienza*. Roma: Armando.
- Bruno, A., & Ripamonti S. (2006). I laboratori: i corsi di metodi e tecniche. In: C. Kaneklin, G. Scaratti & A. Bruno (Eds.). *La formazione universitaria* (pp. 145-160). Roma: Carocci.
- Carli, R. (2005). La formazione psicologica in Italia. In *Psicologia Scolastica*, 4 (3), 245-271.
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (Eds.). (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). *Psicologia della Formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia R.M. (2005). *Casi Clinici: Il Resoconto in psicologia Clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Cordella, B. (2008). La Formazione in ambito psicologico clinico: Riflessioni ed Esperienze. *Psicologia Scolastica*, 7 (2), 213-228.
- Di Balsi, M., & Lo Verso, G. (2006). La psicologia Clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 43-47
- Di Maria, F. (Ed.). (2000). *Psicologia della convivenza*. Milano: Franco Angeli.
- Ferraro, F. (2008). L'insegnamento della psicoanalisi all'università. *Rivista di Psicoanalisi*, 1, 51-72.
- Freda, M.F. (2008a). *Narrazione e intervento in Psicologia Clinica: Costruire, pensare e trasformare narrazioni tra logos e pathos*. Napoli: Liguori.
- Freda, M.F. (2008b). Tirocini intercorso per la laurea specialistica in psicologia clinica: La costruzione del setting formativo. *Psicologia Scolastica*, 7 (1), 143-151.

- Freda, M.F. (2007). Il triangolo Conoscenza, Prassi, Formazione. *Psicologia Scolastica*, 6 (1), 5-11.
- Freda, M.F., Pagano, G., & Esposito G. (2007). La costruzione competente della relazione educativa: Logos, Mythos e Pathos. *Psicologia Scolastica*, 6 (2), 201-224.
- Freda, M.F., & Perna, A. (2006). Il Bilancio di Competenze come processo narrativo di connessione tra sé e contesto. *Psicologia Scolastica*, 5 (2), 175-196.
- Grasso, M., Cordella B., & Pennella A.R. (2003). *L'intervento in Psicologia Clinica*. Carocci: Roma.
- Jaques, E. (1970). *Work, Creatività and Social Justice*. Heinemann. Trad. It. (1978). *Lavoro Creatività e Giustizia Sociale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- KaneKlin, C. (2006). *Antefatto*. In C. Kaneklin, G. Scaratti & A. Bruno (Eds.), *La formazione universitaria* (pp. 19-23). Roma: Carocci.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts*. New York: Harper & Row. Trad. It. (1972). *I conflitti sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. Harper & Row, New York. Trad. It. (1972). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Montesarchio, G., & Venuleo, C. (2009). *Colloquio Magistrale: La narrazione generativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Quaglino, G.P. (2006). Il profilo di una nuova formazione. *Psicologia Scolastica*, 5 (2), 59-174.
- Rubino, A., & Gleijeses, M.G. (2008). L'uso del resoconto nei gruppi di riflessione sul tirocinio pre-laurea. "Tra il dire e il fare ci sono io...". *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 196-209. Consultato il 10 settembre 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_08/pdf/Rubino_Gleijeses.pdf
- Salvatore, S., & Scotto di Carlo, M. (2005). *L'intervento psicologico per la Scuola*. Roma: Carlo Amore.
- Scaratti, C. (2006). *I saperi che servono: verso nuove professionalità tra produzione e riproduzione di conoscenza*. In C. Kaneklin, G. Scaratti & A. Bruno (Eds.). *La formazione universitaria* (pp. 25- 46). Roma: Carocci.
- Schon, D.A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bas. Trad. It. (1993). *Il professionista riflessivo: Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo.
- Wenger, E. (1998). *Community of Practice: Learning, meaning and Identità*. Cambridge: University Press.

“La terza è quella fortunata”¹. Considerazioni sulla formazione in psicologia clinica, in attesa della terza riforma sull’ordinamento degli studi universitari.

di Viviana Langher*

Salto i convenevoli e vado al punto, o meglio ai punti. La qualità della formazione in psicologia clinica dipende dal modo in cui vengono concettualizzate e realizzate le seguenti dimensioni critiche della offerta formativa:

1. la definizione della professione in compatibilità con il mercato del lavoro;
2. le attività di laboratorio;
3. la qualità tirocinio;
4. la ricerca.

Definizione della professione e mercato del lavoro

Volenti o nolenti, la qualità della formazione universitaria è diventata, in Italia, una priorità. Mi sembra di poter dire che, in ambito psicologico, la qualità della formazione universitaria sia argomento - diciamo così - prioritario da almeno una ventina d’anni: la legge di definizione della professione psicologica, legge dello stato n° 56 del 18 febbraio 1989, che ha compiuto quest’anno venti anni appunto, segna un punto di riferimento chiaro in questo ambito.

Il fatto però che tale argomento di discussione sia prioritario da vent’anni e più non depone certo a nostro favore. Davvero in venti anni (se non vogliamo considerare le discussioni precedenti la promulgazione della legge, di preparazione alla stessa) non siamo stati capaci di trovare un accordo scientificamente fondato e condiviso sulla formazione professionalizzante in psicologia? Sembrerebbe proprio che sia così, considerando che venti anni fa la nostra comunità auspicava una maggiore integrazione disciplinare, auspicava il superamento della incompatibilità tra scienza e clinica (dilemma ancora presente nel pensiero quotidiano degli psicologi), auspicava la autonomia e chiara definizione degli ambiti professionali. Oggi, se guardiamo la caleidoscopica offerta formativa in psicologia in Italia, sembra proprio che non ci siamo mai mossi da lì. O quasi.

La riforma universitaria conosciuta come “509”² ha slatentizzato una creatività nella psicologia accademica che forse non sospettavamo di avere: corsi di laurea triennale, corsi di laurea specialistica, singoli insegnamenti che hanno corrisposto più alle esigenze di autonomia didattica di alcuni di noi, che non alla necessità di formare professionisti collocabili nel mondo del lavoro.

* Facoltà di Psicologia 1, “Sapienza”. Presidente del corso di laurea magistrale “Psicologia clinica per la persona, le organizzazioni, la comunità”

¹ “Treća sreća”, versione serba - ottimista - del nostro “non c’è due senza tre” che invece anticipa, con un sospiro di rassegnazione, la certezza della sfortuna che si ripresenterà al termine di una serie sfortunata.

² “Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”, Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n° 509, pubblicato in G.U. del 4 gennaio 2000, n° 2.

Ci voleva la “270”³ per costringerci, noi della comunità scientifico-accademica, a rinunciare, a contrarre, a comprimere qualche forma di offerta formativa non proprio ben riuscita. Non dovunque, peraltro.

Siamo in attesa di una nuova stretta, da parte del ministero, sulla offerta formativa, anticipata dalla nota ministeriale n. 160⁴, che comporterà una ulteriore riorganizzazione della offerta didattica al fine di una sua contrazione maggiore, sia a livello dei corsi di laurea, sia a livello dei curriculum interni ai corsi di laurea, sia, eventualmente, a livello degli insegnamenti (che sono addirittura aumentati, rispetto alla situazione già proliferante della “509”).

Ce la faremo ad approfittare di questa crisi per migliorare la qualità della formazione in psicologia clinica che offriamo nelle nostre università?

Un aspetto spesso rimproverato ad alcuni settori della accademia italiana è quello di non essere particolarmente concentrata sulla spendibilità dei suoi prodotti, nel senso della loro spendibilità nel mercato. In psicologia, ahimé, mi sembra che possiamo dire che questa distrazione sa raggiungere dei livelli inquietanti.

Se applichiamo il dettato della legge sulla professione psicologica, tutti i corsi di laurea in psicologia sono in tema. Ma la definizione che la legge 56/89⁵ (articolo 1) dà di professione psicologica è necessariamente generale: “[...] la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico”. Essa va poi coniugata con la realtà degli ambiti lavorativi per gli psicologi, che sono in parte evidenti e dipendenti da come è organizzato il nostro mercato del lavoro; in parte prevedibili o auspicabili, in considerazione di come il mercato del lavoro si può sviluppare.

I laureati in psicologia sono per la gran parte impiegati nel “sociale”, per ciò che concerne almeno la prima decina di anni dalla laurea (con contratti di collaborazione a progetto e a termine), tendenza messa chiaramente in evidenza dall’Ordine degli psicologi del Lazio in una sua recente indagine (Bosio & Lozza, 2008)⁶. Tendenza che è anche legata al modo in cui la nostra società italiana ha organizzato le risposte istituzionali alla domanda di sostegno sociale, e quindi di intervento psicologico, presente specificamente nel nostro Paese. Ad esempio: esistono un gran numero di associazioni del “sociale” che lavorano per promuovere la socializzazione delle persone disabili. E certo! Abbiamo (esempio unico al mondo, e straordinaria avanguardia sottostimata da noi per primi) un complesso sistema normativo che sancisce il diritto dei disabili alla inclusione sociale. Ciò sostiene ed aumenta la domanda dei disabili (e delle loro famiglie) alla inclusione sociale. Dunque è consequenziale che le citate strutture ed associazioni siano state avviate, siano fiorite, se ne aprano di nuove, e che queste organizzazioni siano una fetta di mercato nel quale gli psicologi trovano lavoro. Questo funziona in Italia. Se ci facciamo un giro in Europa o dall’altra parte dell’Atlantico, la situazione è ben diversa. E certo! La maggior parte dei Paesi non dispone di un siffatto articolato di legge, non c’è una domanda così avanzata di inclusione sociale da parte dei disabili (e delle loro famiglie), non ci sono tutte queste associazioni di sostegno alla socializzazione dei disabili, dunque non c’è quella fetta di mercato che assorbe gli psicologi (che quando si occupano di disabilità, in contesti diversi

³ “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del ministero dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, 3 novembre 1999”, Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004, n° 270, pubblicato in G.U. del 12 novembre 2004, n° 266.

⁴ “Ulteriori interventi per la razionalizzazione e qualificazione dell’offerta formativa nella prospettiva dell’accreditamento dei corsi di studio”.

⁵ “Ordinamento della professione di psicologo”, Legge 18 febbraio 1989, n° 56, pubblicata in G.U. del 24 febbraio 1989, n°49.

⁶ Attenzione a questo dato: il fatto che gli psicologi di generazione più giovane siano impiegati nel privato sociale con contratti a progetto e a tempo determinato è certamente legato alle nuove tendenze della occupazione giovanile in Italia; ma anche mostra che il settore pubblico, al cui interno sono collocati gli psicologi di età più matura, compresa tra 36 e 55 anni e quindi lontana dal turn over con le generazioni più giovani (cfr. Bosio & Lozza, 2008), ha colmato nei decenni scorsi le sue esigenze di assunzione di psicologi e non è quindi in grado di assorbire la richiesta di lavoro dei nuovi laureati.

da quello italiano, sostanzialmente si occupano di valutazione del danno, o, nella migliore delle ipotesi, delle risorse residue).

Una tale semplice riflessione ci dovrebbe far riflettere con attenzione su quanto sia effettivamente opportuno armonizzare i nostri curriculum universitari italiani sui modelli formativi offerti nei contesti universitari, sicuramente di alto livello, come sono le università di area anglosassone. È assai probabile che il modello professionale dello psicologo che lavora nel contesto Nord Americano sia utile localmente, ma non proprio sovrapponibile al professionista psicologo impiegabile in Italia.

Nel cosiddetto “terzo settore” italiano, cioè quella porzione di mercato intermedio tra pubblico e privato, lavorano un buon numero di psicologi: uno studio di Menna (2005a) mostra che in circa 300 organizzazioni del terzo settore situate nel territorio della regione Lazio lavorano un migliaio di psicologi (senza contare quelli che, pur essendo laureati in psicologia, sono inquadrati con contratti – purtroppo – di altra natura). Ci siamo forse occupati di formare i nostri studenti pensando che un buon numero di loro troverà probabilmente lavoro in quest’ambito? Non mi pare che sia una priorità di tutti i corsi di laurea in psicologia, anche considerando i soli corsi di laurea che utilizzano la fascinosa polirematica “psicologia clinica” nel proprio titolo.

Il dato sull’impiego non ci deve, però, trarre in inganno, facendoci sentire soddisfatti del nostro lavoro di docenti, perché questi psicologi sono per lo più sottoimpiegati.

Una prima ragione di ciò è di tipo socioeconomico. Il terzo settore non è particolarmente profittevole, cioè non presenta “l’obiettivo primario di massimizzare il ritorno economico della propria attività” (Menna, 2005b, p. 25). Le prestazioni ivi erogate possono essere considerate low cost e low profile, cioè sostituiscono, a volte alla bell’e meglio e spesso senza ambizioni, le risposte istituzionali di base, gratuite o quasi, previste per legge alla domanda di sostegno sociale. Tali prestazioni, inoltre, non appaiono essere sempre erogate sotto l’egida della qualità, con la giustificazione che il basso costo e la spesa contenuta per l’utente non permettono un adeguato investimento sulla qualità della prestazione, peraltro raramente verificata dalle strutture sociosanitarie che si avvalgono del terzo settore per il completamento della erogazione dei servizi che sono deputati a fornire. In conseguenza di ciò si realizza sovente una dinamica di tipo rivendicativo nel rapporto tra utenti e strutture del terzo settore: l’utente pretende la prestazione a basso costo ma anche se ne lamenta per la scarsa qualità.

L’esistenza di tali strutture, dalla qualità incerta e dalla connotazione sostitutiva, è tuttavia giustificata, in quanto determinata dalla domanda di sostegno, supporto ed integrazione sociale esistente nel contesto italiano. E allora le dimensioni “low cost” e “low profile” delle prestazioni erogate non dovrebbero essere date per scontate, ma rappresentare, casomai, un indicatore critico, di fallimento della dinamica tra domanda ed offerta di prestazioni nell’ambito sociale.

Un approccio psicologico clinico alla dinamica rivendicativa suddetta ci dovrebbe permettere di comprendere che se una domanda esiste e se la risposta non è soddisfacente, bisognerebbe comprendere meglio la domanda e fornire in risposta una azione professionale competente, dotata cioè della più alta probabilità di incidere positivamente sul processo.

Purtroppo, però, gli psicologi presenti nelle organizzazioni del terzo settore spesso non realizzano azioni determinanti nel senso detto sopra, primariamente perché non hanno sviluppato tutte le competenze necessarie a svolgere una riconosciuta funzione psicologica in quei contesti. Infatti vengono confusi, e si confondono, con gli operatori (ma non erano finiti gli anni settanta-ottanta e l’enfasi sull’operatore sociale unico?). E la insufficiente competenza degli psicologi, se è un dato generale, va al di là delle attitudini e della motivazione degli individui a raggiungere un buon livello di professionalità, ma trova una sua chiara collocazione nel modo in cui gli psicologi vengono formati. Ecco la seconda ragione del sottoimpiego degli psicologi nel terzo settore.

Ho l’impressione che come universitari continuiamo a formare studenti in psicologia clinica pensando, in fondo, e forse neanche del tutto consapevolmente, che gli psicologi lavorino con gli individui (suvvia, anche con le famiglie!). Abbiamo ancora in mente lo psicologo che apre il suo studio privato e riceve i pazienti (o con stile più moderno i clienti). Gli anni ottanta

appunto. Eppure gli psicologi che lavorano primariamente in questo modo (cioè traggono da questo lavoro la loro sussistenza economica sufficiente almeno a vivere decorosamente) sono pochi in relazione ad un numero addirittura esorbitante di iscritti all'ordine, aventi perciò diritto ad esercitare la professione (circa 63.000 nel 2007, con la previsione di immissione nel mercato di circa 80.000 nuovi psicologi entro il 2012).

Il fatto che in ambito sanitario non si bandisca quasi più un concorso per psicologo, mi limito a citarlo. Approfondirlo richiederebbe la produzione di un testo apposito da parte mia che esula dagli obiettivi che mi sono posta nello scrivere questo contributo. Rimando tuttavia il lettore interessato ad uno scritto (Cecchini & Langher, 1997)⁷ ormai antico e degno di Cassandra nel quale più di dieci anni fa si paventavano le conseguenze che certe scelte irresponsabili, che sono state naturalmente perseguite, avrebbero comportato sulle carriere degli psicologi nel servizio sanitario nazionale.

Mentre è attiva (a corrente alternata, invero) la discussione scientifico accademica su cosa debba fare lo psicologo clinico nella vita professionale (e si organizzano percorsi formativi sulla base di tali discussioni), proporrei di partire, invece, dal dato empirico: dove sono impiegati di fatto gli psicologi? Quale competenza viene loro richiesta? Quali sono le potenzialità di sviluppo professionale della competenza richiesta? Se, come comunità scientifica, responsabile della formazione di un profilo professionale, siamo alla ricerca di una definizione articolata ma coerente di professionalità psicologico clinica, ebbene possiamo individuarla nella realtà del mercato del lavoro, per formare psicologi che siano pronti (potenzialmente) a negoziare una loro collocazione nei contesti lavorativi che chiedono operatori (e magari sarebbero contenti di ricevere anche psicologi!) competenti a offrire servizi di qualità in risposta a domande di sostegno sociale; e non viceversa, deciderla cioè in riunioni scientifico accademiche impermeabili alla realtà del mercato.

Una finestra pregevole, e di facile fruizione per noi universitari, sui contesti di lavoro per gli psicologi già esiste, ed è costituita dagli enti in cui i nostri studenti svolgono il tirocinio: oltre alle strutture sociosanitarie che operano nell'area della salute mentale, si trovano una preponderanza di organizzazioni che lavorano nel "sociale", una minoranza di studi professionali privati, una minoranza di strutture di ricerca.

Ora, il problema è che spesso i nostri studenti (le cui vicissitudini attinenti il tirocinio alcuni di noi conoscono bene per aver utilizzato sistematicamente lo strumento del resoconto clinico sulla esperienza di tirocinio) sono inadeguati a lavorare in quei contesti, e a mio avviso per alcuni ordini di problemi:

1. la loro formazione non è decisamente orientata al mercato del lavoro, come ho sottolineato più volte, dunque gli studenti hanno idee imprecise su cosa debbono/possono fare;
2. le attese degli enti sulla competenza degli studenti sono sia molto basse, sia svincolate da quello che gli studenti eventualmente immaginano di poter fare;
3. frequentemente in tali organizzazioni gli psicologi hanno una posizione marginale, poco definita, e confusa con quella di altri operatori, che si riflette naturalmente sullo spazio che viene riservato agli studenti tirocinanti.

A scanso di equivoci voglio esplicitare: il fatto che questi tre punti siano in stretta relazione causale circolare tra loro (il punto 1 influenza il punto 2 che influenza il punto 3 che influenza il punto 1), non vuol dire che questa circolarità non possa essere modificata: se ci ponessimo, come comunità scientifico accademica, l'obiettivo di formare psicologi compatibili con il mercato del lavoro e capaci (i migliori di loro, almeno) di svilupparne le potenzialità, allora la citata relazione circolare assumerebbe un valore positivo – ed avremmo fatto una gran cosa.

⁷ Gli Autori, tra l'altro, sottolineavano i rischi della fattuale liberazione delle scuole private di psicoterapia, a detrimento di un investimento serio sulle specializzazioni universitarie in psicologia clinica.

Certo, quanto appena affermato può sollevare il problema di una pianificazione razionale concernente il numero di studenti che vale la pena laureare sul territorio nazionale, considerando il fabbisogno. Il che si scontra con una serie di problemi, non banali:

a. il conflitto, di natura etica o politica, con la libera scelta dei giovani di iscriversi alla facoltà universitaria da loro preferita (conflitto ampiamente superato in certe discipline che hanno tratto grande vantaggio dalla pianificazione dei laureati – vedi medicina, architettura, farmacia).

b. La preoccupazione sul fatto che una programmazione potrebbe attivare mobilitazioni e resistenze da parte degli studenti sul numero chiuso (vorrei far notare, infatti, che l'attuale numero programmato, che vige nella mia Facoltà di Psicologia¹ a Roma e già a suo tempo contestato da alcune frange di studenti, appare alquanto irrisorio rispetto al problema dell'eccessivo numero di psicologi potenziali aspiranti al mercato del lavoro del centro Italia: 800 studenti ammessi ogni anno non somigliano ad una vera e propria programmazione).

c. La assunzione di responsabilità della comunità scientifico accademica nel momento in cui essa convenisse sulla opportunità di programmare un numero ristretto di accessi alla laurea in psicologia: se ne selezioniamo pochi, allora bisognerà decidere i criteri di selezione (operazione non facile... gli attuali già dimostrano non essere in relazione con i risultati della carriera accademica degli studenti selezionati); bisognerà offrire loro una formazione promettente: se li selezioniamo perché il mercato ce li chiede, allora dobbiamo offrire loro la migliore preparazione di accesso alla carriera. Il che comporta una maggiore sensibilità dei docenti di psicologia alle richieste di competenza teorica, metodologica, tecnica che provengono dal mercato.

d. Una definizione più matura ed elaborata del concetto di autonomia della didattica, che pur se non deve essere messo in discussione come principio, deve però tener conto di ed integrare il concetto di didattica finalizzata ad una preparazione degli studenti professionalmente orientata.

Il laboratorio

Qualcosa di buono la riforma "509" ce lo ha comunque portato: la introduzione dei laboratori come parte integrante, non facoltativa, del percorso formativo.

Il termine stesso "laboratorio" assai più che "seminario" o, come era nel corso dell'ordinamento quinquennale, "esperienze pratiche guidate" rimanda alla dimensione della messa in prova delle proprie competenze teoriche, metodologiche e tecniche in contesti protetti, di preparazione alla vera e propria uscita sul campo; laddove i "seminari" riflettono la loro prioritaria caratterizzazione accademica, e le "esperienze pratiche guidate" insistono sulla dipendenza ed immaturità del soggetto che si sperimenta nella dimensione pratica sotto la sapiente guida di un esperto.

Nella offerta formativa del corso di laurea magistrale che ho il piacere di coordinare, la presenza di laboratori è consistente, e ciascun laboratorio ha il fine di favorire il contatto degli studenti con le diverse aree dell'intervento, per come al momento attuale esso ci appare articolato nel mondo del lavoro.

I laboratori del nostro corso si organizzano sui contesti. Scuola, aziende, terzo settore, disabilità sono ambiti per i quali il corso di laurea offre una ragguardevole quantità di CFU (18) da spendere in attività di laboratorio, con l'idea che la formazione dei nostri studenti del livello magistrale non possa prescindere da una verifica del modo in cui essi analizzano i problemi legati a questi contesti e del modo in cui pianificano e verificano il loro intervento.

Considero decisiva la scelta che queste attività di laboratorio siano comprese nelle attività formative in psicologia clinica, con pari grado delle materie teorico metodologiche. Intanto si comunica, con questa organizzazione, la imprescindibilità della sperimentazione in laboratorio dalla formazione teorico metodologica. A differenza della esperienza di tirocinio (peraltro non più prevista nel piano di studio della riforma "270"), nei laboratori lavorano docenti universitari che oltre a svolgere le loro funzioni di didattica sono naturalmente dei ricercatori e dunque, specificamente (anche se non esclusivamente), attingono alle loro esperienze cliniche e di ricerca per la gestione delle attività di laboratorio, colmando quella

divaricazione, a volte inquietante, che esiste tra ricerca universitaria in psicologia e formazione alla professione.

Il fatto poi che il tirocinio professionalizzante esuli ormai, con la riforma “270”, dalla formazione teorico metodologica fornita dall’università rende ancora più cruciale il ruolo dei laboratori, come occasione per gli studenti di una sperimentazione di sé a connotazione professionale, con il riscontro, la verifica, la riflessione in posizione “meta” insieme al docente di riferimento, ciò che rende il docente stesso una figura non solo dispensatrice di informazioni e conoscenze rilevanti (secondo una dinamica di rapporto asimmetrico del tipo “esperto-profano”), ma lo connota come professionista tra (aspiranti) professionisti, in una dinamica di rapporto tra pari, dove le differenze tra partecipanti alla relazione sono da definirsi in termini di esperienza e competenza, ma dove è possibile negoziare pariteticamente un significato condiviso della professionalità psicologica.

Il tirocinio

Croce e delizia.

Se il laboratorio è il contesto protetto nel quale lo studente sperimenta la competenza professionale, il tirocinio consente le prime assunzioni di responsabilità professionale.

Lo studente, o il laureato ex 270, si confronta con le domande poste dal più ampio contesto sociale, quello nel quale troverà lavoro e il passaggio dalla formazione teorico metodologica, dalle prime forme di sperimentazione professionale alla implicazione professionale vera e propria (perché questo è, o dovrebbe essere, il tirocinio) è un passaggio comunque delicato. Il primo problema che vedo, e qui me la prendo subito con gli studenti così mi tolgo il pensiero, è la logica adempitiva che li guida.

Capisco che i corsi di laurea “509” attribuiscono un certo numero di CFU al tirocinio e che senza il conseguimento di quei CFU niente laurea. Capisco che sperimentarsi in un rapporto professionale con gli utenti di un servizio sia uno stimolo ansiogeno e che quindi strategie di evitamento della relazione (o meglio della implicazione in quella relazione) siano in agguato. Capisco che certe strutture presenti nel nostro contesto sociale e nelle quali gli studenti svolgono le loro attività di tirocinio non passeranno alla storia come esempi di qualità. Capisco anche che gli psicologi supervisori nei tirocini, sono a volte approssimativi, a causa (anche) della formazione approssimativa di cui hanno fruito. Capisco tutto ciò. Ma che giovanotti e giovanotte nel fior fiore dei loro anni dedichino ore preziose di creatività a lamentarsi del loro tirocinio anziché fare uno sforzo di negoziazione con i loro referenti supervisori sul progetto formativo a cui partecipare; che accettino, di mal grado ovviamente!, di spendere del tempo in attività nobili quali fotocopiare cartelle cliniche (se gli va bene), anziché rifiutare siffatta offerta e, se è il caso, cambiare struttura; che trascorrono tutte le loro ore di tirocinio (e conseguano i sospirati CFU!!) a fare vasetti in ceramica insieme ai pazzereLLi e mi vogliano convincere della utilità formativa di questa esperienza perché “hanno potuto osservare le relazioni”, “hanno avuto contatto con il disturbo mentale”, “hanno visto in pratica cosa significa la schizofrenia dopo averla studiata nel DSM IV” e non gli viene neanche il dubbio che stanno perdendo tempo; tutto ciò mi provoca, generalmente, delle reazioni intemperanti per le quali mi sono guadagnata una certa fama presso gli studenti. Giovanotti e giovanotte, avete studiato poco.

E tuttavia non siamo esentati dall’assumerci, come docenti, le nostre responsabilità.

Quando qualcuno di noi, qualche anno addietro, ha proposto di favorire, presso gli studenti che dovevano discutere la tesi al termine del triennio, la resocontazione delle attività di tirocinio, in molti hanno sorriso. Io ero tra questi. Ho pensato: se il tirocinio sarà stato di buona qualità, lo sforzo di resocontazione clinica e critica di quella esperienza può avere senso; ma se il tirocinio sarà stato di cattiva qualità, possibilità tutt’altro che remota, a che fine sforzarsi di resocontarlo? Una esperienza povera non potrà essere arricchita dalla sua resocontazione.

E sbagliavo.

In primo luogo una esperienza di tirocinio povera, cioè sostanzialmente priva di quel valore professionalizzante per cui il tirocinio è concepito, rappresenta in ogni caso una sfida per un professionista, perché pone la domanda: come si sarebbe potuto fare altrimenti?

In secondo luogo, buona o cattiva che sia la qualità del tirocinio, è comunque una esperienza la cui resocontazione impone di esplicitare le rappresentazioni della professione psicologico clinica che ha organizzato quella esperienza. E ciò è possibile su due fronti: sul fronte della struttura, organizzazione che ha accolto il tirocinante e, ancora più rilevante, sul fronte dello studente che quel tirocinio ha svolto. Lì si ha davvero la prova di ciò che si è prodotto: che criteri segue il tirocinante, come si orienta nella complessità, come gestisce le asperità di domande di intervento tutt'altro che ovvie? Come resiste al fascino della collusione con le aspettative dell'altro (ente di tirocinio, altri operatori, supervisore, solo in ultima battuta utente o paziente)? Riesce a farsi un concetto del suo senso di soddisfazione o insoddisfazione? Si assume la responsabilità verso le scelte che un professionista (si chiama anche libero, e quindi responsabile) deve assumersi, oppure delega ad altri, reali o fantasmatici? Si lamenta, in modo aggressivo passivo, oppure rivendica aggressivamente un suo ruolo grandioso? È ideologico? Si fa guidare dai concetti di salute e malattia? Divide il mondo in buoni e cattivi? O magari negozia?

In sei anni in cui sono stata relatrice di tesi di laurea triennali dedicate al resoconto clinico della attività di tirocinio ho accumulato una esperienza clinica preziosissima, sostenendo gli studenti nel ripensamento e riconcettualizzazione del loro tirocinio, usando categorie di analisi psicologico cliniche. È diventata anche la tesi di laurea una esperienza di laboratorio.

Una buona gestione delle attività di laboratorio e della esperienza di tirocinio promuove la committenza degli studenti, superando la loro eventuale attitudine all'adempimento, modalità di relazione incompatibile con la professione psicologico clinica.

La ricerca

E qui la mia posizione è schierata.

Seppure non discuto neanche un po' la rilevanza della ricerca di laboratorio per la progressione in ambito scientifico della nostra disciplina, tuttavia ritengo che uno sforzo maggiore debba essere compiuto da parte dei ricercatori⁸ in psicologia clinica per promuovere la qualità della metodologia di intervento psicologico clinico ed implementare la progressione della nostra professione nel mercato del lavoro.

La ricerca di base in psicologia ha il fine principale di individuare i meccanismi psicologici grazie ai quali funzioniamo, e trova il suo contesto naturale di esistenza nel laboratorio di ricerca.

Il laboratorio di ricerca è una bellissima invenzione illuminista che ha avuto un impatto molto importante nella cultura occidentale, enfatizzato nel periodo di auge del positivismo, divenendo vero e proprio principio organizzatore delle nostre rappresentazioni, al punto di creare una sua propria mitologia.

Il Laboratorio di Ricerca è come un eremo avulso dal mondo terreno, nel quale il ricercatore esprime la sua creatività, mette a prova le sue idee, scopre la natura del mondo⁹.

La Natura esiste in sé, è altro da noi, è un oggetto arcano da scoprire. Al giorno d'oggi, probabilmente, la connotazione di "arcano" attribuita alla Natura ci può apparire datata: il progresso scientifico ci ha reso generazioni sicure della nostra conoscenza al punto che abbiamo bisogno di risultati del tipo "primi indizi di batteri su Marte"¹⁰ per sorprenderci un po', e

⁸ Qui il termine "ricercatore" è usato in senso ampio, si riferisce alla attività svolta, non al ruolo ricoperto nel contesto universitario, e racchiude pertanto: ricercatori e professori di prima e seconda fascia.

⁹ Da psicologo clinico mi piacerebbe invece che fosse esplicito, ed esplicitamente condiviso, che il laboratorio di ricerca è solo un setting nel quale si può sospendere l'azione, ciò che consente di ripensare ai significati, uscendo dalle routine rappresentazionali, trovando nessi logici nuovi e più funzionali alla soluzione di un problema.

¹⁰ Articolo apparso su *La Repubblica* il 20 settembre 2004.

magari poi tornare alla routine, non appena un altro laboratorio confutasse i risultati la cui lettura ci ha sorpreso, privandoci così della emozione della scoperta.

L'Essere Umano è composto di strutture e meccanismi di funzionamento, regolati da leggi generali, il cui disvelamento deve essere ancora completato. Le ricerche condotte nel Laboratorio danno un contributo sostanziale a questa materia.

Nel Laboratorio si isolano le variabili: un Bravo Ricercatore sa che, quando deve concepire un esperimento, deve avere una perfetta consapevolezza di quali sono le variabili in gioco, deve ridurre la complessità della Natura, sapendo quale variabile sta manipolando per ottenere quale risultato, in modo da poter concludere che la sua ipotesi è verificata (o i più sottili direbbero: che l'ipotesi nulla non è accettata).

Certo, quando soggetti dell'esperimento sono degli Esseri Umani, diventa complicato affermare che, al di là di ogni ragionevole dubbio, si siano controllate tutte le variabili in gioco: gruppi bilanciati per sesso, pareggiati per età, stessa razza e religione (stesso peso e stessa altezza no?), prove sperimentali standardizzate e perfettamente eseguite dallo sperimentatore, e via di seguito.

Tutti capiscono che il controllo di queste variabili (e diciamo di altre cinquemila) non garantisce che i soggetti che partecipano a prove sperimentali siano identici tra loro, e che dunque ciò che varia è certamente la variabile il cui comportamento si intende studiare. Una contromisura esiste: si raccolgono dati su un campione sufficientemente numeroso di soggetti (e però il cut-off tra campione sufficientemente numeroso e insufficientemente numeroso è un concetto se non arbitrario, almeno convenzionale), in modo da distribuire in modalità random tutte le variabili che non si possono controllare in Laboratorio (la Natura spuria che ogni Essere Umano porta con sé nell'eremo).

E che ci siamo inventati? La Statistica! Seppure gli individui mantengono una loro quantità di individualità, tuttavia, se la ipotesi è corretta, mettiamo il caso sia testata su due gruppi (nella classica versione di gruppo sperimentale e gruppo di controllo), il gruppo sperimentale si comporterà secondo quanto previsto, il gruppo di controllo no. E poiché abbiamo il problema della individualità, non ci attendiamo che tutti i soggetti di un gruppo si comportino nello stesso modo, ma che i risultati della procedura sperimentale siano all'interno del gruppo quanto più possibili vicini alla media, che le medie tra i due gruppi siano diverse, e che non ci disturbi un valore troppo elevato della deviazione standard (equivalente emozionale di individualità), processo sintetizzato nel valore di " $p < .05$ "¹¹.

E questo ci soddisfa, noi fruitori della ricerca scientifica.

Il punto critico è che, se accentuiamo il significato della deviazione standard, e ci concentriamo su di essa, possiamo compiere quel cambiamento di paradigma che ci trasferisce dalla ricerca di laboratorio alla ricerca clinica.

Il fatto che gli individui mantengano un quanto di individualità anche quando entrano in Laboratorio è stato eccessivamente semplificato con il termine "differenze individuali", sottintendendo che ognuno ha un suo modo di comportarsi. Addentriamoci. Un costrutto è quello delle differenze temperamentalmente: ogni individuo, costituzionalmente, è dotato geneticamente di un suo stile unico ed irripetibile che informa di sé il comportamento. A prescindere dal fatto che questo costrutto sia accettato (o accettabile), esso è comunque (dato per scontato e) invocato per spiegare differenti stili o performance dei soggetti in un dato esperimento. Esistono però altri fattori, forse anche più interessanti, ancorché più complessi, che possono contribuire a spiegare la componente individuale della prestazione di un soggetto durante un esperimento. Per esempio il fatto che abbia livelli motivazionali alti o bassi nei confronti dell'esperimento stesso, ciò che ne interessa la concentrazione sul compito, la disponibilità a collaborare con lo sperimentatore, e via dicendo. Pensiamo poi ad un'altra componente rilevante: se il ricercatore connota emozionalmente il Laboratorio come un eremo, non è detto che lo stesso faccia un soggetto coinvolto in un esperimento. Il Laboratorio è un luogo denso di significati, dove si fanno le scoperte, dove si lavora con

¹¹ Attenzione però, perché con una impropria semplificazione, noi fruitori della ricerca scientifica controlliamo se la "p" è inferiore almeno a "0,05" e utilizziamo quel risultato come vero, (i più sottili direbbero: come attendibile), ma il significato rigoroso di quella " $p < 0,05$ " è che esiste meno del 5% della probabilità che un risultato sia dovuto al caso.

rigore, ma anche dove si valutano i soggetti per le loro performance, dove si discutono significati da cui il soggetto sperimentale è spesso escluso (per esempio gli si dice “le comunicheremo i risultati quando avremo terminato la analisi dei dati”). E se nel rapporto con un soggetto adulto psicologicamente ben adattato lo sperimentatore può ambire ad un livello collusivo funzionale per l’esperimento (entrambi sono carichi di emozioni, di diversa natura, per il compito che stanno svolgendo assieme, ma entrambi, su una logica di tipo asimmetrico, si possono trovare d’accordo che sono insieme per contribuire alla realizzazione di una procedura culturalmente definita), la relazione può divenire assai più complessa quando si coinvolgono soggetti in età evolutiva, che in linea di massima non accedono a quel livello collusivo che setta sperimentatore e soggetto sullo stesso piano complementare rispetto all’esperimento. Con il bambino, nella migliore delle prassi, ci si inventa che è un gioco, per “metterlo a suo agio” e “farlo familiarizzare con la prova”, bisogna rassicurarlo, se è il caso i suoi genitori sono presenti o nella stanza accanto, e via di seguito. Ma non è detto che ciò sia sufficiente a motivare un bambino alla esecuzione di una prova sperimentale. Un bambino può fidarsi dell’adulto che gli propone di partecipare ad un gioco, ma un altro bambino no e di conseguenza può avere una prestazione peggiore. Con l’adulto psicologicamente ben adattato ci si può mettere d’accordo su un significato condiviso sulla prova sperimentale. Con il bambino si può sperare che trovi da sé sufficienti elementi del contesto che lo motivino alla sua migliore prestazione. Con il soggetto psicologicamente non ben adattato (i famosi “gruppi clinici”) questo desiderabile accordo collusivo può essere ancora più difficile da raggiungere, perché che l’esperimento abbia qualcosa a che fare con la sua particolare condizione clinica è evidente a priori. E ogni bravo psicologo clinico sa perfettamente che la “rassicurazione” non necessariamente è in grado di appianare le emozioni suscitate dalla partecipazione ad una prova in un contesto estraneo finalizzata alla comprensione di qualcosa che ha a che fare con alcuni propri elementi di fragilità.

Il problema è che tutto ciò, nelle procedure sperimentali della ricerca psicologica in laboratorio, non è sufficientemente concettualizzato. Si assume che il laboratorio sia un luogo senza storia, astrazione dal mondo che consente di tenerne fuori la incontrollabile (in senso metodologico) complessità. E tuttavia la storia entra non appena i soggetti sperimentali varcano la soglia. E però di quella storia non appare né traccia né pensiero. Si agisce “come se” i soggetti sperimentali fossero perfettamente confrontabili tra loro. Non dico che ci sia una alternativa perseguibile. Dico solo che la cautela dello sperimentatore non dovrebbe sentirsi appagata dal solo valore di “p”. Probabilmente la cautela dello sperimentatore non dovrebbe mai essere appagata e lo sperimentatore stesso dovrebbe imparare a vivere con il tormento del dubbio. Il sistema culturale della Scienza, con il potere che emana, dà sollievo al ricercatore e l’espressione “il risultato è accettato fino a quando non ne emerga un altro più accettabile” diviene una pura formalità, perché se “ $p < .05$ ” il risultato è “vero”. E il bello è che rimane “vero” anche quando vengono pubblicate altre “ $p < .05$ ” che vanno in direzioni opposte. Vince il contesto editoriale: un risultato pubblicato su una rivista internazionale prestigiosa, meglio se con elevato impact factor, è più “vero” di un risultato che lo contraddice, ma che è pubblicato su una rivista locale non prestigiosa. E con buona pace degli Scienziati: la cultura comunque vince sulla natura.

Così come la ricerca di laboratorio è connotata emozionalmente come Scientifica, Seria e Rigorosa, la ricerca clinica emana un fascino tutto diverso, è più una pratica empirica, poco sistematizzata, o difficile da sistematizzare, che lascia spazio alla interpretazione più che alla misurazione, all’intuizione più che alla comprensione logico razionale dei fenomeni. E ciò la connota come “debole”, anche se debole non è nel momento in cui riesce a concettualizzare un gran numero di variabili, riesce cioè ad affrontare la complessità con minori esigenze di riduzionismo.

Certo, i paradigmi appaiono diversi: mentre la ricerca di base, in laboratorio, è finalizzata alla individuazione di meccanismi generali, comuni al genere umano (in taluni casi anche a specie animali), che ne spiegano il comportamento, e quindi il suo fine principale è la generalizzare le conoscenze ottenute in laboratorio, tramite rilevazioni od esperimenti; la ricerca clinica è per lo più finalizzata alla comprensione dei problemi e delle strategie di soluzione dei problemi che pertengono al comportamento umano, problemi che si palesano

tali nel momento in cui contravvengono a meccanismi di adattamento che sono storicamente, culturalmente e socialmente connotati. E qui, mentre rimane perseguibile l'obiettivo di una generalizzazione della metodologia di analisi e di intervento sul problema, l'obiettivo della generalizzazione dei risultati ne viene di molto ridimensionato. Un esempio? Ci fa di nuovo comodo l'ambito della inclusione scolastica dei disabili, trattandosi di un sistema specificamente italiano.

Ammettiamo che il mio fine di ricercatore sia quello di analizzare la qualità della inclusione scolastica dei bambini con diagnosi di ADHD. Potrei pianificare un programma di attività grosso modo come segue:

1. Individuo dei soggetti con diagnosi di ADHD in età scolare, e per cercare di controllare il più possibile le variabili in gioco, scelgo di occuparmi di soggetti di età compresa tra 8 e 13 anni, vale a dire iscritti alle ultime classi della scuola primaria e alle classi della scuola secondaria inferiore.

2. Definisco la qualità della inclusione scolastica utilizzando i criteri che dalla legge dello stato italiano mi sono forniti, sintetizzando: diagnosi di tipo funzionale, programmazione della attività educative in una prospettiva individualizzata per il soggetto, collaborazione tra insegnanti curricolari e di sostegno, attività educative svolte per lo più insieme ai pari nel gruppo classe.

3. Definisco anche un livello soggettivo della qualità della inclusione scolastica (dovrà esserne contento pure il soggetto con ADHD, no?) da misurare con apposito strumento, intervista o questionario (e nel caso dell'intervista debbo disporre o di tanto tempo, o di un buon numero di intervistatori, o debbo ridurre il numero dei soggetti – e davvero addio alla generalizzabilità dei risultati), per esempio: vissuto di accettazione da parte del gruppo classe (pari e insegnanti) e magari aggiungo anche i risultati scolastici.

4. Individuo dei criteri operativi che mi permettano di discernere tra soggetti in situazione di "buona qualità della integrazione" e in situazione di "non sufficiente buona qualità della integrazione", in quest'ultimo caso, per esempio: assenza di diagnosi funzionale, e/o assenza di piano educativo individualizzato, e/o assenza di collaborazione tra insegnanti, e/o prevalenza di attività educative individuali, e/o vissuto di non accettazione da parte del soggetto ADHD, e/o scarsi risultati scolastici. Più stretto sarà il mio concetto di "insufficiente buona qualità della integrazione" meno indicatori di cattiva qualità dovranno essere compresenti per definire i soggetti come non sufficientemente integrati; viceversa, più largo sarà il mio concetto di "insufficiente buona qualità della integrazione" più indicatori di cattiva qualità dovranno essere compresenti per definire i soggetti come non sufficientemente integrati.

5. Misuro i soggetti sui parametri delineati, ed individuo alcune configurazioni negative ricorrenti, ad esempio: prevalenza di attività individuale isolata dal resto della classe e sentimento di non accettazione dal parte del soggetto e cattivi risultati scolastici.

Disegno pulito, e se controllo (bilanciandole tra i soggetti) alcune ulteriori variabili, disegno elegante: numero pari di soggetti maschi e femmine nel campione, ben distribuiti per età, gruppo di controllo costituito da altre disabilità, contesti scolastici provenienti da territori diversi (periferie, centro, grandi città, piccole città). E così via.

Tuttavia, anche la versione elegante di questo disegno avrebbe delle difficoltà intrinseche ad essere considerata generalizzabile: se pure ammettiamo che i risultati della indagine potrebbero costituire dei punti di riferimento nella letteratura nazionale sulla integrazione scolastica dei soggetti con diagnosi di ADHD, la loro generalizzazione sul piano internazionale sarebbe pressoché impossibile. Parametri decisivi per la nostra indagine, quali: esistenza di un piano educativo individualizzato, frequenza scolastica obbligatoria in scuole regolari per soggetti con diagnosi di ADHD, collaborazione tra insegnante curricolare e insegnante di sostegno, sono tutti parametri misurabili esclusivamente in Italia (in altri Paesi, infatti, vigono sistemi diversi per la istruzione dei soggetti con ADHD; anche quei sistemi più chiaramente ispirati dai principi inclusivi sono organizzati in modo differente). L'indagine dunque, senza speranza e a priori, è una indagine di tipo locale, non generalizzabile per quanto attiene ai suoi risultati.

Inoltre, in Italia è impossibile raccogliere i dati su un campione di controllo, costituito da soggetti con ADHD che non usufruiscono di un sistema educativo regolare, ma invece frequentano scuole speciali: in Italia non esistono scuole speciali, dunque, la variabile inclusione verso non inclusione non è a priori misurabile. Un altro duro colpo alla generalizzabilità dei risultati (oltre che alla possibilità di pubblicare un tale contributo in una rivista internazionale: la fruizione di tale contributo sarebbe ad esclusivo appannaggio degli italiani. E perché allora pubblicarlo in una rivista internazionale? Ah già! L'*impact factor*...)

La vera applicabilità della mia ricerca risiede nella domanda che mi sono posta. Se decido di analizzare la qualità della integrazione scolastica dei bambini con ADHD è perché ne colgo la rilevanza entro il contesto in cui vivo. Conosco le caratteristiche di questo disturbo, ho studiato una sufficiente quantità di ricerche che mostrano la ricorrenza, presso questi soggetti, di incorrere in problemi nella carriera scolastica, colgo la potenzialità fallimentare di una costellazione di comportamenti (riassumendo: scarsa capacità di focalizzare l'attenzione per tempi prolungati, attività motoria intensa, possibile aggressività verso gli altri) che non può non contravvenire alle regole implicite che governano la vita in una classe scolastica. Non potrò però concludere che "a causa della compresenza di attività individuale isolata dal resto della classe e sentimento di non accettazione dal parte del soggetto" si realizza una situazione di cattiva inclusione per gli alunni con diagnosi di ADHD, poiché la non buona inclusione può essere determinata da molti altri fattori. Potrò dire che la configurazione che ho rinvenuto io ha una sua probabilità di ricorrere, e, coerentemente con la definizione di inclusione scolastica data dal nostro sistema normativo, questa configurazione va in una direzione opposta a ciò che concordemente, come contesto sociale, codificandolo in un sistema di leggi, abbiamo definito "inclusione scolastica". Uno psicologo clinico che lavorasse in ambito scolastico, e considerasse i miei risultati, potrebbe utilizzare questa configurazione come un indicatore per comprendere meglio il contesto in cui lavora. Ma nulla vieta che una scuola in cui questa configurazione non è presente comunque abbia un problema di inclusione degli alunni con ADHD, e che il problema sia organizzato su fattori del tutto diversi da quelli che risultano a me. Ciò non toglie bontà e validità alla mia ricerca. Ne sottolineo i limiti in termini di generalizzabilità dei risultati. Ma evidenzio la generalizzabilità della domanda, seppure limitata ad un contesto definito.

Il vero contributo della ricerca clinica potrebbe essere proprio quest'ultimo aspetto: applicando un modello forte di analisi della relazione tra individuo e contesto, si possono prevedere (azzardo) quali elementi hanno una certa probabilità di rendere fallimentare questa relazione. Problemi che, riguardando la sfera della convivenza, essendo perciò ancorati alla storia, sono destinati ad apparire e scomparire, non perché siano risolti una volta per tutte, ma perché rilevano a volte, e a volte no. L'ADHD è un problema sociale negli Stati Uniti (dove si stima una incidenza media del 12%) e non lo è in Italia (in cui l'incidenza stimata è inferiore all'1%). Negli Stati Uniti si è fatto largo uso di terapie farmacologiche nel trattare questo problema, e in Italia il Ministero della Salute ha posto dei vincoli severissimi all'uso dei farmaci [al 2008 erano solo 800 i bambini trattati con il Ritalin; Langher, Ricci, Reversi & Krstić (in press)]. Negli Stati Uniti è in atto una feroce polemica sull'uso dei trattamenti farmacologici per l'ADHD (la prestigiosa rivista britannica *The Lancet*, in un suo editoriale (2008), ha lanciato strali contro le terapie farmacologiche per i bambini con diagnosi di ADHD, accusandole di rappresentare una attitudine patologizzante e socialmente irresponsabile verso i problemi della condotta dei soggetti in età evolutiva). In Italia non si è posto il problema. Contesti diversi, assetti culturali diversi, una diversa percezione del problema.

Il contributo della ricerca psicologica clinica deve essere quello di rendere gli psicologi clinici degli utili professionisti capaci di vedere l'esistenza di un problema nel contesto cui appartengono, se non addirittura di prevederne la comparsa (l'unico livello di predittività cui possiamo ambire). E di fornirli delle capacità metodologiche, serie e rigorose, che guidino le azioni di intervento sul problema. Magari cercando di risolverlo. O, più sottilmente, diremmo: cercando di rendere quel contesto, nel quale è emerso il problema, capace di risolverlo.

Andiamo avanti. Dai risultati della mia indagine potrei ricavare delle indicazioni da spendere per migliorare la qualità della integrazione scolastica dei soggetti con ADHD. Cioè potrei

voler spingere la mia ricerca in senso più applicativo. Il valore applicativo della mia ricerca si realizza, però, solo quando si attiva una domanda di fruizione della mia indagine. Mi spiego meglio, attraverso la esemplificazione di alcune situazioni possibili (più o meno realistiche).

1. Mi rivolgo alle scuole nelle quali è stata rilevata la presenza di soggetti ADHD con scarsa qualità della integrazione e propongo un intervento. Ma se la scuola, nei suoi componenti fondamentali: direzione, corpo docente e alunni, non ha alcuna percezione del problema? Posso proporre comunque la mia analisi, ma da qui ad affermare che potrò permettere, con i miei risultati, la realizzazione di un intervento finalizzato a migliorare la qualità della integrazione dei soggetti con ADHD ce ne corre... Spero che siamo tutti concordi sul fatto che la mia analisi, per quanto raffinata, elegante ed attendibile, non può sfociare nella precettazione di direttore, docenti e alunni per coinvolgerli, di *default*, in un intervento di miglioramento delle loro condizioni educative. In assenza di una domanda di intervento, è assai poco probabile che ciò possa essere realizzato (e se lo fosse, da psicologo clinico, mi preoccuperei)¹².

2. Compongo un protocollo di autovalutazione delle scuole, alle quali poi lo invio, nel quale evidenzio, in bella sintesi, quali sono i parametri da tenere sotto controllo in modo da comprendere se si tratta di una scuola a buon funzionamento ("virtuosa", come noi Italiani adoriamo dire in questi tempi) oppure a non sufficiente funzionamento ("non virtuosa", v. sopra). Come per il caso di cui al precedente punto 1, in assenza della variabile critica "domanda di intervento" (che non può rientrare come variabile del disegno descritto nell'esempio), i risultati della indagine, pure utilizzabili, rimangono di fatto inutilizzati.

3. e se invece avviene il caso di eccesso di generalizzazione dei risultati: una scuola nella quale non sono stati rilevati soggetti ADHD con scarsa integrazione scolastica chiede un intervento per il miglioramento della qualità dell'integrazione dei soggetti con ADHD. Debbo forse concludere che i richiedenti l'intervento non abbiano compreso il mio studio? Oppure che io non abbia chiaramente accentuato l'obiettivo del mio lavoro, che era quello di individuare fattori di miglioramento della qualità della integrazione scolastica dei soggetti con ADHD, e che quindi se la scuola non presenta disfunzioni al suo interno, a torto e proditoriamente richiede un intervento di miglioria? O forse, più sensatamente, cerco di comprendere il significato di quella domanda e decido di conseguenza che azione intraprendere. Di nuovo è la presenza di una domanda di intervento che rende applicabile ed eventualmente utile la mia ricerca.

La ricerca in psicologia clinica è tanto più significativa quanto più permeata dal criterio della sua utilità sociale. La ricerca in psicologia sperimentale, se è utile socialmente, lo è come effetto secondario, anche grazie a qualche psicologo clinico che studia la psicologia generale.

In conclusione

La finalità formativa della nostra relazione con gli studenti non è incidentale, ma è l'elemento essenziale che dà senso a quella relazione: se non avessimo il fine di formare gli studenti, tenendo lezione attueremmo un rituale, o un autoriferimento, o un adempimento.

Essere docenti in un corso di laurea in psicologia clinica esige allora che affrontiamo la domanda di formazione professionale che ci viene posta dagli studenti, in particolare quando il corso si contraddistingue per una forte identità professionalizzante. Esige che a quella domanda rispondiamo con efficacia e con la considerazione dei nostri due interlocutori essenziali: gli studenti da una parte, e i contesti professionali dall'altra. Esige

¹² Questa dinamica è tipica della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, o con quelli che devono raggiungere gli standard per poter ambire allo status di candidati all'Unione Europea. Viene loro chiesto un cambiamento istituzionale significativo che spesso ha delle ricadute dirette sulla organizzazione sociale, politica ed economica di quei Paesi e, naturalmente, delle persone che vi abitano. Il principale fallimento dei programmi (generosamente finanziati) di cooperazione con questi Paesi è da ricercarsi nella induzione della domanda di cambiamento da parte di terzi e dunque nella sostanziale assenza di domanda di cambiamento da parte del contesto locale che oppone resistenze e sfinenti temporeggiamenti, quando non sabotaggi, finalizzati al mantenimento dello *status quo*.

infine che dirigiamo i nostri sforzi di ricercatori verso la messa a punto di metodologie di intervento che rafforzino la credibilità della nostra professione.

Ancora di più, dunque, non possiamo astenerci da un processo di verifica del raggiungimento degli obiettivi che ci siamo posti. Possiamo intraprendere, ponendoci noi per primi fuori da una logica adempitiva, quel processo di autovalutazione che la riforma "270" ci richiede. Dati preziosissimi sono racchiusi nelle tesi di laurea che hanno avuto come oggetto la resocontazione del tirocinio; poi c'è la nostra esperienza di docenti coinvolti nelle attività di laboratorio, esperienza che potremmo cercare di sistematizzare per poterne fruire tutti, condividendola.

Se, come sembra, bisognerà affrontare una ulteriore riorganizzazione dell'ordinamento degli studi universitari, sarà una utile occasione per compiere un altro passo verso la sintesi, e la integrazione. Perdendo qualche grammo di pedanteria accademica. Non sarebbe male.

Bibliografia

Cecchini, M., & Langher, V. (1997). Le funzioni dirigenziali nell'Area di Psicologia presso il Servizio Sanitario Nazionale alla luce del Decreto Ministeriale 16 maggio 1996 n° 413 e del Decreto Ministeriale 22 luglio 1996. *Il Giornale degli Psicologi*, 9.

Bosio, A.C., & Lozza, E. (2008). Lo stato e il futuro delle professioni psicologiche nella prospettiva degli psicologi del Lazio. In G. Ponzio (Ed). (2008). *La psicologia e il mercato del lavoro: Una professione destinata al precariato?* (pp. 83-107). Milano: FrancoAngeli.

Langher, V., Ricci, M.E., Reversi, S., & Krstić, N. (in press). ADHD and social dissatisfaction in school from a relational perspective. *Journal of Special Education and Rehabilitation*.

Menna, S. (2005a). La ricerca. In Ordine degli Psicologi del Lazio e Fivol (Eds.) (2005). *Competenze psicologiche nel terzo settore* (pp. 33-39). Milano: FrancoAngeli.

Menna, S. (2005b). Il terzo settore: Un nuovo mercato del lavoro? In Ordine degli Psicologi del Lazio e Fivol (Eds.). (2005). *Competenze psicologiche nel terzo settore* (pp. 25-31). Milano: FrancoAngeli.

The Lancet editorial (2008). Children and psychiatric drugs, disillusion and opportunity. *The Lancet*, 372(9645), 1194.

Altri testi hanno supportato, negli anni, molti dei ragionamenti che sono contenuti in questo scritto:

Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Paris: Editions du Seuil. (trad. it. *Miti d'oggi*. Einaudi, Torino, 1974, 1994).

Bertrand, J. (2000). *Les imposteurs de la génétique*. Paris: edition de Seuil. (trad. it. *Gli impostori della genetica*. Einaudi, Torino, 2002).

Bettelheim, B. (1990). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: The Free Press (trad. it. *La fortezza vuota: l'autismo infantile e la nascita del sé*. Garzanti, Milano, 1967).

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

Klein, M. (1961). *Narrative of a Child Analysis. The Conduct of the Psycho-Analysis of Children as Seen in the Treatment of a Ten Year Old Boy*. London: The Hogarth Press (trad. it. *Analisi di un bambino. Il metodo della psicoanalisi dei bambini esaminato attraverso il trattamento di un fanciullo di dieci anni*. Boringhieri, Torino, 1971, 1981).

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

Postman, N. (1985). *Amusing ourselves to death. Public Discourse in the Age of Show Business*. New York: Viking (trad. it. *Divertirsi da morire: Il discorso pubblico nell'era dello spettacolo*. Marsilio, Venezia, 2002).

La formazione clinica alla clinica. Un approccio contestuale all'uso del gruppo esperienziale

di Gianni Montesarchio^{*} e Claudia Venuleo^{}**

Premessa

Il contributo che presentiamo vuole problematizzare l'utilizzo del colloquio di gruppo come strumento psicologico-clinico di formazione alla clinica.

Alcune questioni ci guidano in questa riflessione: "come qualificare il concetto di gruppo"? Cosa significa "fare un colloquio di gruppo"? Cosa definisce la portata psicologica di questo dispositivo nella formazione in psicoterapia e più in generale nella formazione clinica?

La proposta di seguito avanzata guarda alla possibilità di ricomporre la dimensione teorica, clinica e metodologica del costrutto di gruppo, entro una generale cornice epistemologica che ci consenta di decentrare l'attenzione dal riferimento ad uno specifico modello di Scuola per far dialogare prospettive teoriche che si riconoscono in un comune postulato fondamentale: la fondazione dialogica e contestuale della mente, del suo sviluppo, del suo cambiamento, per una fondazione dialogica e contestuale anche dell'intervento clinico, formativo o terapeutico che sia.

Quale gruppo?

"Credo che il gruppo sia la mia strada", o "vorrei lavorare con i gruppi", o ancora "credo che sia molto importante aiutare le persone a lavorare in gruppo". Queste alcune delle preposizioni che si ascoltano nei colloqui di committenza di una scuola in psicoterapia di gruppo.

Quando è definito, il gruppo è alternativamente o contemporaneamente identificato con una forma organizzativa, un sistema di valori e/o uno stato di funzionamento auspicabile delle relazioni: |gruppo|¹ ad esempio come livello di coesione/interdipendenza/reciprocità qualificante un sistema di relazioni. L'azione professionale che assuma questa qualità del mondo come scopo viene allora immaginata come azione volta a: "rendere gli individui più uniti, armonici, coesi"; "eliminare i conflitti"; "valorizzare le comunanze". In un senso molto vicino a quello che organizza d'altra parte la domanda di chi si rivolge a "uno psicologo dei gruppi", prima che ad uno psicologo ("serve qualcuno che faccia diventare questa classe un gruppo").

Ma cosa (quali fattori e processi) rende eventualmente il gruppo un spazio di crescita e di arricchimento, o di governo dei conflitti, ecc.? La domanda non tanto per avanzare una risposta, ma per sottolineare come l'importanza di trattare il |gruppo| come oggetto di un discorso metodologico sia vicino ad essere assente non solo nel pensiero ingenuo ma anche nella letteratura clinica e più in generale psicologica (Cfr. Salvatore & Guidi, 2007; Carli, Panizza & Lancia, 1988)²

* Professore ordinario di Psicologia Dinamica. Dipartimento di Psicologia Clinica e Dinamica, Università "La Sapienza" di Roma.

** Ricercatrice di Psicologia Clinica. Dipartimento di Scienze Pedagogiche, Psicologiche e Didattiche, Università del Salento.

¹ Utilizziamo il segno "|" per indicare il riferimento a un costrutto.

² Senza pensare ai primi studi sulla psicologia delle folle di Gustave Le Bon (1895), possiamo trovare segni di un approccio invariante al gruppo anche in buona parte della letteratura gruppo analitica. Nella modellizzazione proposta da Anzieu (1976), il piccolo gruppo è caratterizzato da forte interdipendenza; unione morale e sentimenti di solidarietà, anche al di fuori delle riunioni e delle azioni in comune. La specificità fenomenologica del gruppo mediano, descritta originariamente da De

Siamo d'altra parte propensi a pensare che in questo caso l'assenza possa essere interpretata come indizio/presenza di una più generale teoria sulla natura della conoscenza.

Sappiamo che l'epistemologia moderna ha orientato la ricerca psicologica allo studio di strutture permanenti, fisse ed universali, sulla base di due principali assunzioni: l'idea che ciò che percepiamo è motivato dalla realtà, l'idea che gli individui/gruppi siano espressione di specifiche essenze o caratteristiche in esse contenute, pre-esistenti e non modificabili dalle operazioni interpretative dell'osservatore (Gergen, 1985)³. In questa prospettiva è possibile/giustificato pensare che si possano enunciare le caratteristiche identificative del [gruppo] senza precisare posizioni, punti di vista, condizioni contestuali.

Alcuni autori suggeriscono (Gergen, 1992; Polkinghorne, 1992) che la differenza tra psicologia moderna e postmoderna risieda nella posizione antirealistica/costruttivista e nell'approccio locale alla conoscenza di quest'ultima. Il pensiero psicologico contemporaneo ha radicalmente messo in discussione l'assunzione che il ricercatore/psicologo cerca o interviene su fatti/essenze. Gli oggetti di cui si occupa la psicologia non presentano regolari modalità di funzionamento, e non rispondono a leggi generali, per cui non possiamo coglierne l'essenza "una volta per tutte", ma solo nella contingenza del contesto storico, culturale e sociale in cui l'oggetto investigato è iscritto.

Una tale prospettiva giustifica il tentativo non già di rinunciare a costruire una definizione psicologica di [gruppo], bensì di costruirla in un modo che tenga conto del numero infinito delle sue possibili forme e parametri di funzionamento, oltre che dei possibili criteri interpretativi utilizzabili per comprenderlo.

La costruzione sul [gruppo] di seguito presentata fa dialogare prospettive teoriche accomunate dallo stesso "postulato fondamentale": il principio secondo il quale la forma delle relazioni è un organizzatore del cognitivo (Salvatore, Freda, Ligorio & al., 2003).

Oltre i modelli di scuola

In modo autonomo ma convergente, la teoresi gruppo-analitica, la declinazione in chiave intersoggettiva della psicologia dinamica, la psicologia culturale, la psicologia discorsiva sostengono l'idea che le produzioni cognitive e i modelli di azione degli individui sono alimentati (o, da un punto di vista complementare, vincolati) dalle caratteristiche di rapporto e dei sistemi di significazione in cui gli individui sono iscritti (McNamee & Gergen, 1992, Rappaport, 1998, Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1994; Zittoun, 2007). Per Mitchell (1988), esponente di rilievo dell'evoluzione in chiave interpersonale della teoria psicodinamica, la mente affettiva non preesiste alla relazione ma emerge entro ed in funzione dei processi di scambio comunicativo. La concezione discorsiva della mente aiuta ad approfondire ulteriormente questa impostazione, suggerendo che i soggetti mettono in atto *versioni diverse della mente* in ragione dell'ambito discorsivo in cui si collocano (Harré & Van Langenhove, 1991; Harré & Gillett, 1994, Barcinski, 2008). Una tale prospettiva ci sostiene in una concezione semiotica dell'*oggetto mente* di cui si occupa la psicologia. La mente è una realtà dinamica e contestuale; è l'idea, in continuo movimento, che abbiamo di noi

Marè, Piper e Simpson (1991), viene rintracciata invece in un dialogo che nasce dall'ostilità, dipendente dalla frustrazione dell'essere insieme e di vedere la rottura dei confini personali. Il gruppo mediano è attraversato da ansie persecutorie, rigetto di un sottogruppo nei confronti dell'altro sottogruppo, dei nuovi nei confronti dei vecchi, riluttanza a parlare di sé ...

³ Una tale impostazione ha giustificato e nutrito in psicologia una logica di correzione del deficit che ancora oggi attraversa buona parte della pratica clinica. La natura fissa attribuita alle caratteristiche della realtà psichica giustifica il peso marginale attribuito al contesto discorsivo e relazionale entro il quale i sintomi vengono raccontati e prodotti; è insomma legittimo investigare le componenti psicologiche della mente attraverso ciò che il cliente riferisce o manifesta, ma senza porsi il problema di dare un significato al fatto che dica quello che dice o si comporti come si comporta in un determinato contesto.

stessi; un'idea che non nasce nel vuoto contestuale ma, come ribadito anche dal costrutto gruppoanalitico di transpersonale, è funzione del nostro posizionamento rispetto ad un mondo di significazione che da un lato ci ha generato, dall'altro contribuiamo a generare.

Entro queste coordinate, la nostra proposta teorico-metodologica è di definire il *[gruppo/mente]*⁴ in chiave processuale, come: *campo simbolico affettivo che chi condivide un sistema di attività co-costruisce – parlando ed agendo – sul senso del proprio stare insieme.*

In altri termini, la proposta è di pensare al [gruppo] come ad una costruzione intersoggettiva *generata da* – e al contempo *generativa di* – azioni e scambi discorsivi.

In questa ottica, formare alla psicoterapia di gruppo significherà in primo luogo formarsi alla lettura di una realtà contestuale e contingente.

Ma con quali funzioni ed obiettivi? La risposta evidentemente chiama in gioco un modo di intendere la psicologia clinica, la funzione che ricopre, i vettori attraverso cui si dispiega, i processi attraverso cui si declina.

Note sulla funzione della clinica

La prospettiva psicomotricità ha offerto una spiegazione genetica e motivazionale non solo della natura del *sensemaking*, che poniamo alla base di ciò che possiamo chiamare “mente”, ma anche della sua valenza conservativa ed assimilativa: la costruzione del senso di noi stessi, e della nostra esperienza *con* e *dell'Altro*, non è esclusivamente, né primariamente, un processo di negoziazione semantica sui significati; al contrario, riflette la salienza di dinamiche di simbolizzazione affettiva della realtà (Matte Blanco, 1975; Fornari, 1981), che sono il prodotto del modo di essere inconscio e simmetrico della mente⁵.

Tale modalità logica di pensiero, se da un lato è capace di semplificare la categorizzazione del contesto di azione⁶, dall'altro è incapace, e per la stessa ragione, di vedere differenze, novità, cambiamenti. Fondandosi infatti sullo stabilimento di relazioni di identità, può solo assimilare gli oggetti al proprio mondo simbolico (Di Maria, 2000), un processo non riconoscibile da parte del simbolizzatore, che tratta il proprio mondo di significati come verità, ovvero come realtà condivisa e scontata.

Nella proposta di Renzo Carli (1987), è il venir meno di questa condivisione simbolica a motivare la richiesta di intervento clinico, una violazione di canonicità che avverte del carattere non scontato – non più condiviso del proprio mondo di significati (Montesarchio & Venuleo, 2002). La cosiddetta psicopatologia può essere descritta allora in termini di un posizionamento su un'insieme organizzato di assunti che, appresi prima e/o altrove, non

⁴ L'accostamento gruppo/mente va compreso allora in ragione del fatto che la mente non è confinata, né identificata con la “testa individuale”, né d'altra parte con altra fenomenologia (la famiglia, il gruppo, l'organizzazione ...) vista e trattata come unità acontestuale e dotata di una sua autonomia di funzionamento; piuttosto è sostanziata da processi intersoggettivi di costruzione del significato in cui le unità individuali – come punti nodali – concorrono a costruire il contesto simbolico che chiamiamo mente; in termini gruppoanalitici possiamo qui richiamare il concetto foucaultiano di matrice dinamica, una rete comunicativa e simbolica alla cui costruzione concorrono le matrici personali degli individui, ma non riducibile ad esse, dimensione sovraoperatoria che da un lato governa la significazione di tutti gli eventi dall'altro ne è influenzata. Ancora, possiamo esprimere il concetto, ricordando il punto di vista per cui non esiste individuo senza contesto, e non esiste contesto senza individuo (Carli, Panaccia & Lancia, 1988).

⁵ Si accoglie la sistematizzazione proposta da Matte Blanco (1975) sulla concezione dell'inconscio come modo di essere della mente retto dai principi di generalizzazione (ogni cosa è trattata come membro di una classe funzionale più ampia) e di simmetria (le relazioni asimmetriche vengono trattate come se fossero simmetriche).

⁶ Fondando l'accordo su, lo stesso Matte Blanco suggerisce che il pensiero inconscio fondi la socialità e la stabilità nei rapporti, consentendo che l'accordo si poggi su classi molto ampie di significato, all'interno delle quali non vi è distinzione tra gli oggetti (dunque neanche tra sé e l'altro).

aiutano ad affrontare il presente, l'accadente in maniera adattativa rispetto al futuro. È, in questo senso, un pensiero saturo che impedisce agli accadimenti di essere pensati, di generare nuovo senso, di affrontare la novità, l'estraneità, i cambiamenti.

La possibilità di pensare le proprie simbolizzazioni, anziché agirle, implica un modo della simbolizzazione che costruisce rappresentazioni della realtà lasciando spazio al riconoscimento della pluralità dei mondi di significato. Tale modo della simbolizzazione – che possiamo definire secondario - si sostanzia in una funzione di discriminazione/estrazione di differenza tra il proprio mondo/valore psicologico e quello altrui (Venuleo & Salvatore, 2008). La possibilità del suo esercizio non deve essere d'altra parte intesa come funzione di una mente individuale. Nella prospettiva che stiamo condividendo, è il contesto stesso (un contesto costruito intersoggettivamente) a elicitarne il modo di lavorare della mente, a definire i gradi di libertà delle sue valenze trasformative e generative.

Vi sono mondi culturali fondati su relazioni primarie orientate dal solo obiettivo di riprodurre il proprio sistema di significazione e identitario, e dove dunque non ci sono persone distinte con le loro peculiari caratteristiche, ma solo amici e nemici, accomunati rispettivamente dalla funzione di essere o non essere fedeli a me, alle mie fantasie di rapporto. Vi sono mondi culturali propri delle relazioni di alterità, matrici insature per dirla con Foulkes (1964), che non danno per scontata la realtà psichica dell'altro e in questo senso offrono spazio alla funzione di modulazione del pensiero, a quella possibilità creativa che consente di riconcepirsi rispetto ad un mondo che ci ha concepito.

La pratica clinica è inscritta nel mondo intersoggettivo dell'alterità, intesa come limite all'identificazione/reificazione del proprio mondo di significati (Montesarchio & Venuleo, 2009).

Se in uno spazio simbolico autoriferito, il chi, il cosa, il perché dello scambio relazionale è dato per scontato, nella relazione clinica tali assunzioni sono l'oggetto stesso dell'analisi. Pensare sul proprio pensare non significa necessariamente cambiare il proprio sistema di senso, ma sottoporlo ad esame di fronte alla realtà di altri mondi dove altri ruoli, regole, fantasie di rapporto possono essere proposte e giocate.

Quale formazione per questa clinica?

La *kliné* richiamata, che non attiene allo specifico della terapia ma ad un vertice di osservazione che fonda anche una modalità d'intervento⁷, orienta evidentemente anche una teoria della formazione alla psicoterapia e del suo prodotto che qui proviamo a riassumere nei termini di una *competenza a instaurare rapporti di scambio con l'estraneità* (Montesarchio & Crotti, 1993). Ai fini del nostro discorso, ci interessa evidenziare come una tale competenza non possa essere perseguita sul piano meramente nozionistico della trasmissione dei saperi.

In primo luogo perché i saperi operano in modo tendenzialmente incapsulato (Guidi & Salvatore, 2006); sono dunque ciechi rispetto all'alterità, in quanto si focalizzano sulla selezione della risposta corretta in corrispondenza dello stato ambientale ri-conosciuto, secondo lo schema "se... allora", es. "se il membro x sta in silenzio o occupa sempre la stessa sedia, allora significa che si sta difendendo, ha paura del cambiamento, ecc.", uno schema che non prevede alcuna interrogazione sul contesto di obiettivi, attese, domande, evidentemente variabili, che alimentano/motivano l'atto comportamentale o discorsivo.

In secondo luogo, perché – come un'ampia letteratura clinica e psicodinamica ha evidenziato – non vi è sapere e processo conoscitivo che non sia organizzato da aspettative, valori, desideri, dimensioni simboliche ed affettive. Da questo punto di vista anche la credenza nell'oggettività, il tentativo di controllare una parte del sistema di cui facciamo parte, la ricerca di verità universali e/o di causalità lineari ..., può essere inteso

⁷ In questo senso il "colloquio è clinico o non è" (Di Maria & Lavanco, 1998)

come uno dei modi che la mente simbolica sceglie per declinarsi e non può dunque essere risolta su un piano meramente cognitivo.

In terzo luogo, perché se non è il contenuto semantico, ma il contesto simbolico di significazione che lo nutre e che lo anima, l'oggetto dell'intervento clinico, di questo contesto fa parte l'osservatore: il processo conoscitivo è pregno delle sue categorie epistemologiche, teoriche e simbolico-affettive, che sollecitano uno specifico posizionamento e una specifica costruzione dell'oggetto su cui discutere, oltre che delle domande che è importante porsi per comprenderlo (Montesarchio & Venuleo, 2006a). Immaginiamo uno psicologo che dica al suo cliente: "Penso che sia necessario incontrarci per cinque incontri per definire se il suo umore possa essere definito depressione". Questa struttura del discorso implica: a) una rappresentazione di quale sia l'oggetto dello scambio (l'umore, lo stato d'animo); b) una rappresentazione di quale punto di vista debba essere assunto per parlarne (es. il riferimento a criteri di tipo nosografico); c) una connessa rappresentazione di cosa sia importante per il cliente (es. conoscere il nome da dare al suo "stato d'animo"). Da questo punto di vista, l'eventuale proposta narrativa del cliente di precisare indizi/segni della sua depressione, piuttosto che per esempio, progetti ed obiettivi di sviluppo, non può essere compresa senza tenere conto del contributo che l'interlocutore – lo psicologo – ha dato alla definizione della forma narrativa con cui la polisemia della storia si è ridotta nel suo farsi discorso.

In quest'ottica, la formazione alla clinica non può che contemplare la formazione al riconoscimento del ruolo costruttivo e al contempo vincolante della propria soggettività nel processo conoscitivo.

Una tale prospettiva non implica ovviamente il rifiuto di una formazione esplicita e tecnica alla psicologia ma rende saliente il punto di vista per cui i saperi e le tecniche non possiedono in sé né obiettivi né criteri che ne possano organizzare l'uso, piuttosto prendono forma ed orientamento in funzione dei modelli simbolici di chi li dialoga. Tale piano rappresentazionale, se influenza la percezione degli oggetti, è anche all'origine dell'azione messa in campo; (...) che può essere analizzata se, per chiudere il cerchio, si co-costruisce un set(ing) idoneo allo scopo (Grasso & Cordella, 2007).

Possiamo così esplicitare l'idea che i modelli formativi basati sull'*apprendere dall'esperienza* costituiscano il setting privilegiato per questo scopo. Più nello specifico individuiamo nel gruppo esperienziale il dispositivo per eccellenza della formazione clinica alla clinica. Con una importante specificazione: qui il termine gruppo è evidentemente utilizzato in un'accezione diversa da quella su cui prima ci siamo soffermati: se il |gruppo/mente| è una cornice di senso emergente dall'interpretazione intersoggettiva di un sistema di attività, il gruppo esperienziale è uno specifico sistema di attività.

Proviamo allora a chiarire da che punto di vista e sotto quali condizioni di utilizzo lo individuiamo come dispositivo per apprendere dall'esperienza a governare il paradosso che non si può comprendere la realtà contestuale e contingente del |gruppo-mente| se la si tratta come cosa altra da sé, dalla propria soggettività, dai propri criteri interpretativi, dalle proprie attese di rapporto, ma allo stesso tempo se non si assume una posizione riflessiva su queste dimensioni e fantasie, si finisce per negare l'alterità di cui la |mente- gruppo| è fatta/nutrita/alimentata.

Il gruppo esperienziale

"Apprendere attraverso l'esperienza" è il processo che consente in un'ottica psicologico-clinica di utilizzare il gruppo esperienziale per perseguire una categoria di obiettivi che possiamo definire "metodologica", relativa alla possibilità di pensare su ciò che si dice e si fa. Da un punto di vista psicologico, *pensare* significa trasformare in oggetto di discorso le assunzioni su di sé e sull'altro agite / contenute nei propri e negli altrui posizionamenti discorsivi, in modo da renderle rappresentabili e, quindi – con le opportune mediazioni –

ulteriormente elaborabili in funzione della possibilità di instaurare rapporti di scambio produttivo con l'alterità.

Nel gruppo esperienziale, i formandi sono incoraggiati a considerare contenuto di esperienza, "fatto clinico", elaborabile sul piano affettivo e cognitivo, le proprie stesse rappresentazioni: la loro visione di cosa sia utile discutere, le loro attese di rapporto nei confronti dei colleghi e del conduttore, la loro rappresentazione del ruolo da assumere rispetto a quanto detto dall'altro, e le connesse assunzioni culturali su ciò che significhi formarsi in psicoterapia, cosa formarsi in una specifica scuola.

Quale è "la regola" per selezionare quanto dire nel gruppo, qualunque cosa venga in mente? Quelle che ci riguardano come figli o quelle professionali? Le cose che ci danno fastidio o quelle che apprezziamo? Le nostre "parti belle o quelle brutte"? I sogni tutti o solo quelli in cui compare qualche membro della scuola? Al tempo stesso, in nome di cosa raccontare qualcosa di me? A che serve espormi se ho chiesto "solo" di essere formato? Qual è il prodotto di questa esperienza?

Il conduttore abbandona la funzione didattica intesa in senso stretto come trasmissione di verità date e preesistenti la relazione, per affidare la funzione formativa all'analisi dei significati che i partecipanti stanno condividendo e costruendo insieme (Fornari, 1966). In verità, così facendo, ovvero lavorando per generare pensiero sull'agito formativo, il lavoro del conduttore ha una significazione propriamente didattica, nel momento in cui propone, suggerisce, mette in azione un modo di pensare il colloquio e la conduzione. E questo è "FARE" didattica nel contesto del gruppo esperienziale, così come lo sarebbe la produzione di conoscenza referenziale nel contesto di una lezione.

L'ascolto e il punto di vista sollecitato nei formandi si configura dunque come proposta metodologica di conduzione del colloquio clinico, dove la narrazione del cliente non può essere compresa obliterando la relazione e il contesto culturale, simbolico, organizzativo che la motiva⁸.

Ecco che il conduttore impegnerà i partecipanti non ad accertare *il* significato di quanto viene raccontato, soggettivo, culturale e dunque contingente, situato, ma a conferire *un* senso agli eventi, un senso che "viene facendosi" nel contesto, e che non è dunque "oggettivo" ma *sintomatico* della relazione, o meglio della costruzione che ne è fatta; costruzione che se da un lato si fonda sulla funzione simbolopoietica degli individui, dall'altro si alimenta di segni (anche discorsivi) disponibili entro il contesto della loro relazione, livelli così variamente interrelati da rendere difficile una decodifica automatica dell'uno senza fare riferimento all'altro, come nel "nastro di Moebius" (cfr. fig. 1) dove non è possibile distinguere ciò che è interno da ciò che è esterno (Montesarchio & Venuleo, 2009).



Fig. 1: Il Nastro di Moebius

Imparare a navigare lo spazio del gruppo esperienziale, da questo punto di vista, significherà apprendere dall'esperienza la pratica di un vertice interpretativo che consenta, nella valorizzazione della diversità e dell'autonomia interpretativa dei partecipanti, di non cadere entro una posizione radicalmente relativistica che riduca il processo conoscitivo alle individuazioni di "infinite unicità", tra loro non confrontabili, rapportabili o organizzabili.

⁸ Una tale assunzione è inscritta evidentemente in una specifica teoria del significato, secondo la quale non è nella forma e nella fenomenologia delle cose dette che va cercato il loro valore psicologico (nella diversità dei contenuti espressi, i significanti possono rimandare a uno stesso significato e i significati essere espressi da mille significanti), ma nella realtà che il contesto discorsivo assegna loro, nel suo inevitabile e incessante lavoro di ridefinizione.

Ciò che si dovrà apprendere dall'esperienza è la capacità di dare significato ad un contesto e di farlo all'interno di una multidimensionalità dei significati e delle relazioni. (Di Maria, 1994).

In questo senso, pensare – e formare a pensare “di gruppo” assume un’accezione molto diversa da quella che assume nel linguaggio comune: non significa pensare in modo omogeneo ed uniforme, una logica dove l’altro avrebbe una sola possibilità di pacifica convivenza, il diventare “uguale a”, perdere ogni connotazione di “diversità”, rifiutare le proprie origini (Di Maria & Lavanco, 1998); significa, piuttosto, pensare *attraverso* il confronto con l’altro, problematizzando la dipendenza e valorizzando la diversità. Così inteso, il pensiero di gruppo è dunque un pensiero che non separa, non isola, non classifica, non svela, né impone, ma connette, trans-forma, *genera* pensieri terzi (Montesarchio & Venuleo, 2009), non pre-esistenti ma costruiti per il tramite della relazione (ciò che giustifica l’esperienza dell’incontro).

La competenza da acquisire è dunque anche competenza a connettere e a contestualizzare.

Un approccio semiotico all'uso di grandi, medi, piccoli, gruppi nella formazione clinica alla clinica

È entro le generali coordinate teoriche e metodologiche sopra esposte, che è da inquadrarsi la nostra proposta di una rilettura semiotica (dell’uso) delle diverse tipologie di gruppo esperienziale – “grandi”, “medi”, “piccoli” gruppi - nella formazione clinica.

Per comodità espositiva, faremo riferimento alla struttura ed articolazione dei dispositivi esperienziali all’interno di una scuola di formazione alla psicoterapia (Cfr. Montesarchio & Venuleo, 2006b).

La scuola, che impegna 3 giorni al mese, prevede – accanto alle giornate di approfondimento teorico, e alle giornate di supervisione (gruppi di attenzione alle dinamiche collusive) – le giornate di “apprendimento attraverso l’esperienza” che impegnano 1 giorno al mese e, una volta e ad ogni fine anno formativo, un’intera settimana.

I partecipanti attraversano in successione quattro tipologie di gruppi esperienziali - *grande, piccolo, medio* e gruppo a *sorpresa* (Cfr. fig. 2) – ciascuno della durata di 90 minuti, e intervallati da pause di mezz’ora o di un’ora a pranzo⁹.

- si inizia con l’incontro di “grande gruppo” che vede partecipare tutti i conduttori (quattro) e tutti i formandi (circa ottanta) di tutti i quattro anni di corso previsti dalla scuola;
- si prosegue con l’attivazione di quattro “piccoli gruppi”, in cui proporzionalmente si distribuiscono tutti i partecipanti al grande gruppo, ciascuno guidato da uno dei quattro conduttori;
- nei due medi gruppi confluiscono i partecipanti di 2 piccoli gruppi e i loro conduttori;
- la sequenza termina con quattro piccoli “gruppi a sorpresa”, incontri di piccolo gruppo in cui però la composizione – in termini sia di partecipanti che di conduttori - è definita in base ad un sorteggio poco prima dell’avvio.

La composizione delle prime tre tipologie di gruppo è “stabile”, nel senso che al loro interno partecipanti e conduttori rimangono gli stessi per tutta la durata di un anno formativo; ma è al contempo *aperta* nel medio periodo: l’anno successivo gli specializzandi del quarto anno

⁹ A margine degli incontri (in apertura della giornata ed in chiusura) si svolgono due incontri di gruppo definiti “incontri di staff” in cui si incontrano i conduttori e gli specialisti dell’ultimo anno, che svolgono la funzione di osservatori partecipanti in uno dei gruppi attivati: ad inizio giornata, per riflettere sulle dinamiche socio simboliche colte e/o segnalate dai resoconti prodotti sul *week end* precedente e per evidenziare le aspettative sulla giornata di incontri di gruppo che inizierà a breve; alla fine della giornata, per riflettere sugli aspetti di cornice e sulle tematiche emerse, come sulle dimensioni simboliche attivate dall’esperienza dell’osservazione. Non vi è lo spazio in questa sede per approfondire la funzione degli incontri di staff, così come dell’osservazione partecipante, che pure consideriamo centrale. Ci sia consentito di rimandare ad altri scritti (Montesarchio & Venuleo, 2006b).

avendo finito la scuola non prenderanno parte agli incontri ed entreranno invece i formandi del nuovo primo anno.

In questo modo la stessa articolazione del setting suggerisce di contemplare contestualità e contingenza: la cultura del gruppo esperienziale prende forma in ragione della ripetizione dell'esperienza degli incontri nel tempo, e in questo senso "sopravvive" alla fenomenologia del singolo partecipante, che pure ha contribuito a generarla, al contempo non si definisce una volta per sempre, non si ripeterà sempre con la stessa composizione, e non assumerà sempre la stessa forma.

Volutamente non ci soffermiamo sulla specificità delle dinamiche attribuite dalla letteratura alle diverse "tipologie" di gruppo: nella prospettiva che intendiamo condividere, i temi, i processi, le emozioni che attraversano un setting clinico dipendono e vanno costruendosi primariamente a partire dalle opzioni ermeneutiche dei fruitori, dall'intenzionamento, situato e dunque suscettibile di continua trasformazione, che gli attori danno anche alle dimensioni contrattuali che vengono loro proposte.

Intendiamo dire che seppure possiamo riconoscere nel piccolo gruppo il luogo privilegiato in cui è possibile osservare movimenti di solidarietà (Anzieu, 1976), non avvertiamo questa constatazione come indicazione utile per orientare la prassi. Ci sembra più utile (generativo) esplorare (e formare ad esplorare) la dinamica collusiva sottesa a questi movimenti di solidarietà e proporre un pensiero sulla loro funzionalità in relazione agli obiettivi condivisi.

"All'interno del grande gruppo e medio gruppo non riuscivo a trovare un mio spazio da condividere con gli altri; sentivo il gruppo, tranne in alcuni momenti, come formale, fittizio, privo sia di empatia che di contenimento; per descriverlo con le parole di Bion lo vivevo come un nemico dal quale bisognava difendersi" (da un resoconto prodotto da un allievo del primo anno)

"Le uniche entità che riuscivo a distinguere erano i diversi gruppi denominati 'quelli del I anno, del II e del III' con cui, per lungo tempo ci siamo riconosciuti ed identificati. La presenza dei sottogruppi era molto rassicurante perché mi dava la certezza di poter contare sul 'mio piccolo gruppo' che viveva la mia stessa condizione, in un clima sentito come ansiogeno, giudicante e pieno di incognite" (da un resoconto prodotto da un allievo del primo anno)

Quello che può sembrare un buono scambio di doni, può rivelarsi per esempio sotto un'inquadratura che allarga lo sguardo, una barriera posta alla visualizzazione delle differenze e del potenziale conflitto; una strategia di "buone regole di maniera" con cui ci si assicura "in premessa" la fiducia di una buona famiglia (Carli & Paniccia, 2003); una negazione di estraneità, non interessata a conoscere e a lavorare insieme ma ad evitare primariamente le seccature che potrebbero derivarne.

Similmente concordiamo che "la processualità del gruppo grande è assolutamente peculiare, difficilmente sovrapponibile ad altre esperienze umane, in quanto è del tutto innaturale che 30, 60 o più individui accettino di ritrovarsi insieme, in cerchi concentrici, per esplorare ciò che emerge in questo abnorme assembramento" (Ancona, 2002, p. 246); non siamo sicuri però che l'emozione che lo caratterizza sia quella indicata da Anzieu: l'angoscia, intrinseca ad una situazione nella quale "io non so chi 'essi' siano ed 'essi' non sanno chi io sia".

Se il conduttore per primo saprà custodire una dimensione "senza" certezze, senza memoria e senza desiderio seguendo Bion (1961), se egli per primo incoraggerà l'invenzione, piuttosto che la coerenza (intesa come fedeltà ad un'idea di "gruppo", ad una storia), il grande gruppo apparirà anche nella sua grande, confusiva, intimità; il piccolo gruppo nella sua dimensione conflittuale, oltre che fusionale, il medio gruppo nella sua capacità di integrazione, oltre che di scissione sottolineate da de Marè, Piper e Thompson (1991), e sarà allora non tanto un contenuto, una legge, una regola ad essere appresa dall'esperienza, ma la possibilità generativa di un movimento di decategorizzazione e ricategorizzazione continua.

In questo processo, una narrazione del tipo "piccolo gruppo contenitivo/grande gruppo frammentante" (atto primo del film formativo, il *la* alla storia), si rileverà auspicabilmente nella sua natura non di "dato di fatto" ma di costruzione semiotica da analizzare, un testo

che parla della qualità delle relazioni tra i sistemi di appartenenza coinvolti per come sono vissuti, raccontati, prodotti, reificati.

Prendiamo quindi le distanze da una letteratura che attribuisce le caratterizzazioni dinamiche delle diverse tipologie di gruppo alla loro composizione numerica. Proponiamo piuttosto di riconoscerne la comune essenza nel contesto affettivo tramite il quale i partecipanti interpretano e in questo modo costruiscono la realtà esperienziale in cui sono immersi. Per esprimerci con un esempio:

il nostro attuale Presidente del Consiglio, nella riformulazione del numero di partecipanti al G8, certamente consigliato da esperti, ha indicato in 14 il numero utile massimo di partecipanti perché un gruppo di lavoro sia funzionale, identificando nel "giro di tavolo" l'unico modo che la diplomazia ancora oggi conosce per rendere bilanciati gli interventi. Naturalmente siamo per un'attenzione non al numero, ma ai significati di quello che viene detto che potrebbe, se già espresso, non essere retoricamente ripetuto da un altro Paese con la fatidica frase "sono d'accordo con quello che dice il mio collega". La frase "sono d'accordo con quello precedentemente detto" potrebbe avere cittadinanza in un momento di conta delle mozioni, ma ha diverso senso se detta durante una discussione di costruzione del tema dove l'aspetto simbolico-emozionale costruisce significati e segue percorsi non riconducibili al "giro di tavolo" (per cui ad esempio dichiarare di essere d'accordo con quanto già detto potrebbe assumere un valore simile al dire "non mi interessa investire in questa costruzione, o in questo giro di tavolo, ecc.")

È stato suggerito come il riferimento ad una concezione semiotica dell'inconscio consenta di intendere la dimensione simbolico-affettiva condivisa come il prodotto di una combinazione metonimica degli atti linguistici introdotti dai parlanti (Cfr. Salvatore, 2004; Salvatore, Tebaldi, & Potì, 2009)¹⁰, processo cui concorrono le istanze semiotiche individuali ma non riducibile ad esse.

Così, in un piccolo gruppo, Luigi che racconta, piangendo, il dolore di non aver conosciuto il padre, dà il là a Cristiana che, raccontando di essersi resa conto solo recentemente di quanto lei e i suoi genitori non si siano mai interessati a conoscersi veramente, aiuta a ridefinire in termini emozionali l'assenza, aprendo la comunicazione di Giulia che può pensare a cosa significa essere presenti per l'altro nel qui ed ora; uno shift che attribuisce nuova cornice al discorso, e che pure non si sarebbe prodotto senza le precedenti produzioni discorsive: "con la genitorialità stiamo parlando di noi", ridefinizione che da un lato ri-inventa il significato delle precedenti narrazioni e dall'altro fonda e genera le nuove, consentendo a Tiziana, attraverso di lei a Maria, attraverso Maria e Tiziana ad Elena, di raccontare i diversi colori cromatici (dipendenza, autonomia, reciprocità) che si vorrebbe far giocare al conduttore.

In questa prospettiva, i diversi atti discorsivi dei partecipanti come note musicali concorrono alla costruzione della cornice simbolica del gruppo esperienziale: il significato della nota sta nella musica che concorre a produrre e può dunque essere compreso solo osservando l'uso che se ne farà nel procedere dello scambio.

Su un altro livello, e focalizzando l'attenzione sulla sequenza delle diverse tipologie di gruppo (Cfr. fig. 2), potremo comprendere ogni unità di lavoro attiva entro la stessa giornata come contesto di declinazione locale della cultura espressa dal grande (il primo della sequenza, e a cui tutti prendono parte), cultura su cui i piccoli gruppi esprimeranno il loro posizionamento, che andrà rinegoziato nel medio gruppo, e di nuovo ridefinito nei gruppi sorpresa.

¹⁰ Riprendiamo qui sia la proposta di Fornari (1976) che assegna al linguaggio un ruolo fondamentale nella fondazione del gruppo, che quella di Salvatore e coll. che da alcuni anni avanzano la proposta teorica e metodologica di pensare all'inconscio come ad un discorso (Cfr. Salvatore, 2004; Salvatore, Tebaldi, & Potì, 2009).

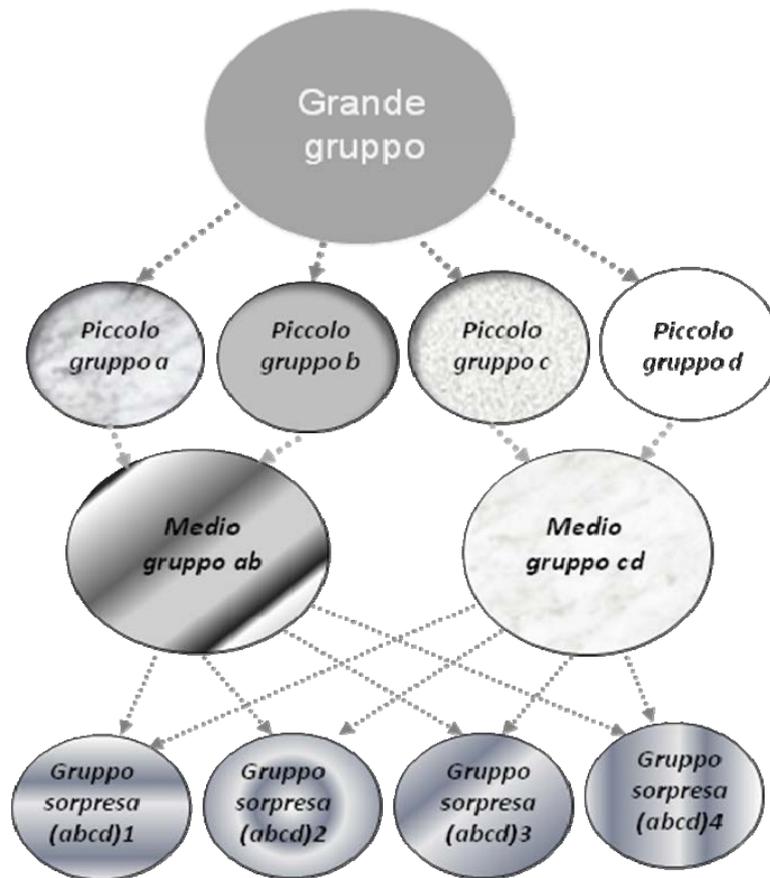


Fig. 2 La sequenza dei gruppi esperienziali nella giornata formativa dell' *Apprendere dall'esperienza*

Va detto peraltro che se quella descritta è la sequenza attuale delle diverse tipologie di gruppo entro il percorso formativo che stiamo descrivendo, potrebbe bene accadere che il grande gruppo sia collocato a fine giornata, che il gruppo sorpresa sia, numericamente, un medio gruppo e/o sia collocato a inizio giornata, ecc. Questo per ribadire che il senso e il valore simbolico delle diverse tipologie di gruppo esperienziale non risiede nella forma esatta della sequenza descritta, ma nella possibilità stessa dell'attraversamento dei diversi (e diversi livelli) di sistemi di attività e di appartenenza.

Su un ulteriore livello ancora, ogni incontro (e dunque ogni complesso di voci in parallelo e in sequenza dei 10 gruppi esperienziali in esso attivi) è una storia (un "là e allora") risignificata nell'incontro successivo, che dunque andrà compreso – semioticamente - attraverso la ricognizione della circolarità tra le forme simboliche esistenti (quello che è stato, quello che è già) e i processi situati di queste forme (quello che è nel *qui ed ora*). In questa prospettiva, il grande gruppo che apre la giornata è allora sia un testo polisemico che genera, una narrazione che fonda la possibilità di altre narrazioni, sia ciò che è generato/riconcepito dal modo con cui nella contingenza degli scambi che lo hanno seguito nei "mesi precedenti" (Cfr. fig. 3), è stato raccontato e reinterpretato.

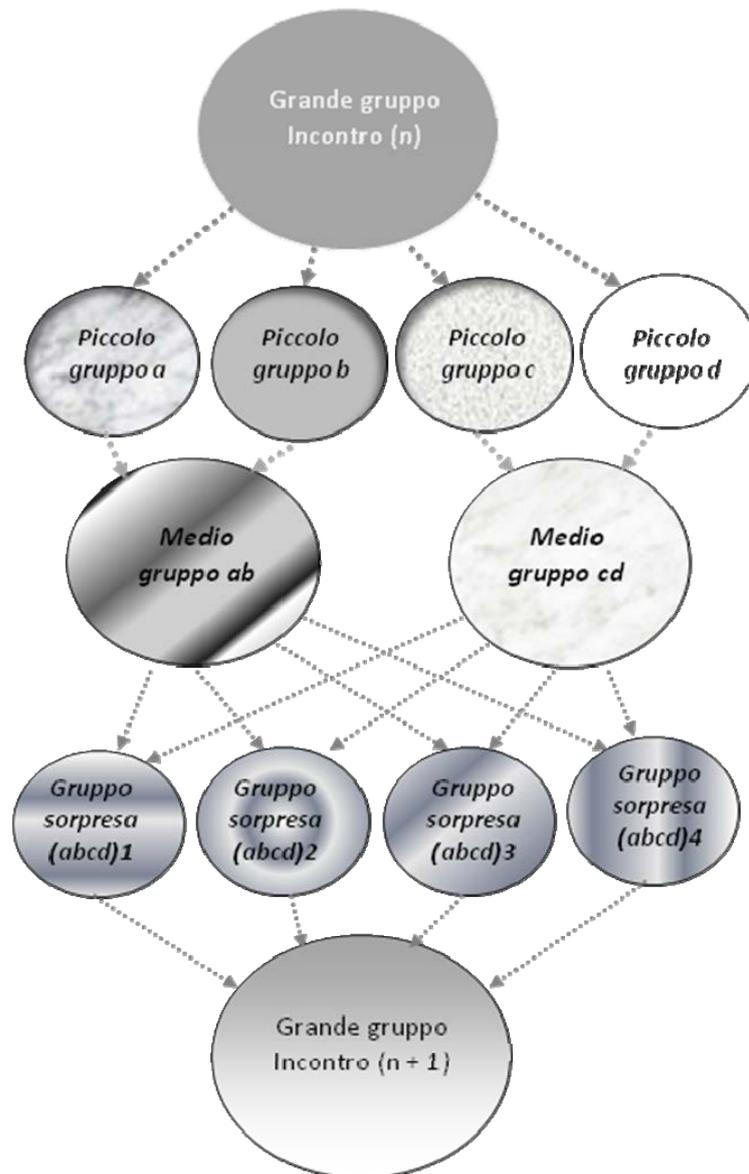


Fig. 3 La sequenza dei gruppi esperienziali nella giornata formativa dell' *Apprendere dall'esperienza e la circolarità da un incontro (n) all'altro (n+1)*

Il succedersi dei gruppi è, da questa prospettiva, dispositivo per rendere visualizzabile e pensabile non solo il ruolo giocato da ciascuno e da ciascun atto discorsivo nella contingenza di uno specifico scambio (es. piccolo gruppo a, b, c, o d, o gruppo sorpresa e, f, g, h), ma anche la matrice/cultura che li concepisce e che aiutano a riprodurre o a riconcepire, aggiungendo segni che ne rimarkano la cornice simbolica o al contrario producendo segni che suggeriscono nuove vie di simbolizzazione.

In questa ottica, l'attraversamento delle diverse tipologie di gruppi esperienziali è dispositivo della formazione clinica volto da un lato a promuovere la competenza a riconoscere il ruolo della (propria e altrui) soggettività nella costruzione delle condizioni simboliche del proprio sviluppo, dall'altro a rendere ostensibile e pensabile la contestualità della mente umana, ovvero "la matrice della vita mentale dell'individuo", ciò che Foulkes chiama *[gruppo]*, "una serie di eventi che si muovono e procedono ad ogni istante" (Foulkes, 1975) e poco si adatta alla logica del ripetibile, del confrontabile, del prevedibile, del già visto.

Entro la cornice di questa ultima affermazione, ci piace inquadrare anche il senso dato all'istituzione del cosiddetto "gruppo sorpresa", dispositivo per strappare il setting all'ordine del "non pensabile".

Il *gruppo a sorpresa* è l'ultimo di una giornata di "apprendimento attraverso l'esperienza". Primo di essi gli allievi hanno già "colloquiato" un grande gruppo, un piccolo gruppo, e uno medio.

Il gruppo sorpresa ha la dimensione di un piccolo gruppo, ma la sua composizione è a tutti estranea fino al momento del sorteggio che interessa tutti, conduttori compresi. Nella scuola Iter venne introdotto da un certo punto in poi in sostituzione di un piccolo gruppo "standard" collocato a fine giornata.

Per sottolineare solo uno dei molteplici fattori di campo che hanno contribuito a questo cambiamento, si può raccontare come, il "doppio" piccolo gruppo si traduceva spesso nell'edificazione di una doppia muraglia rispetto al gruppo più ampio in cui si collocava, ostacolando l'integrazione ed il confronto con chi era collocato fuori dai confini dell'istituita appartenenza (ad uno specifico piccolo gruppo, guidato da uno specifico conduttore).

Ed è proprio come tentativo di elaborazione dell'appartenenza istituita una volta per tutte che ci piace concettualizzarlo; il suo prodotto in quest'ottica è l'apprendimento di un'appartenenza scoperta e costruita di volta in volta; *il qui e l'ora* il tempo che preferisce, anche se la pensabilità stessa della sua istituzione è frutto di una storia.

Note conclusive

Le ultime note per chiarire il senso e il valore che diamo all'*apprendere dall'esperienza* entro il processo del gruppo esperienziale/formativo.

Se vista nella sua funzione di apprendimento chiusa in se stessa e per certi versi a se stante (se vogliamo, acontestuale) rispetto agli intrecci discorsivi che si sviluppano nella contingenza dell'incontro, il gruppo esperienziale costituirà una dimensione (uno spazio) in cui l'allievo, nelle vesti di partecipante o di osservatore partecipante, possa mettersi a *guardare per imparare a fare il conduttore*, non imparando tuttavia a condurre, ma al massimo osservando *come qualcun altro fa* la conduzione.

Nella prospettiva condivisa da questo scritto tuttavia si perderebbe del tutto il senso del suo essere qui ed ora nella matrice dinamica del gruppo esperienziale, che si va sviluppando anche in ragione del fatto che lui sta occupando quella certa posizione.

Se visto in quest'ottica, il gruppo esperienziale è al contrario il luogo in cui l'allievo può apprendere dall'esperienza:

- che la |mente-gruppo| con cui si confronta non è una fenomenologica statica e dalle caratteristiche invariabili, ma al contrario un processo che si configura ed acquista specifiche modalità di funzionamento in ragione del contesto organizzativo e simbolico entro cui ed in ragione del quale si dispiega; nel gruppo esperienziale, l'estraneo è un "ospite fisso" che continuamente rinnova l'idea che i valori non hanno fondamenti assoluti, che i comportamenti variano notevolmente in rapporto al valore d'uso che assumono per i loro protagonisti, come alle interpretazioni e reazioni che sollecitano;

- (*apprende*) che gli interventi del conduttore non si propongono come esemplificazioni di un "come si fa/come si conduce", ma come scelte strettamente ancorate al qui ed ora dello scambio discorsivo ed al campo con-transferale che lo attraversa; campo alla cui invenzione e generazione anche il conduttore partecipa, proponendo, incoraggiando, alimentando, convalidando, premesse, criteri di rapporto e di adeguatezza al ruolo;

- (*apprende*) che la competenza da acquisire è competenza a contestualizzare; comprende che la valenza comunicativa delle storie scambiate e condivise entro il gruppo esperienziale richiede di "mettere insieme i pezzi" non solo di cosa viene raccontato ma anche come, a chi, dove, in quale momento;

- (*apprende*) che i fatti non sono entità date (“vere”), ma costruzioni simboliche da comprendere, e che qualunque storia venga prodotta, essa è creata, mantenuta o ripensata intersoggettivamente (Billow, 2003);
- (*apprende*) che il progetto conoscitivo dell’altro passa attraverso la propria implicazione soggettiva e al contempo l’assunzione di una posizione riflessiva, che è il principale regolatore dell’incontro e del processo conoscitivo, ciò che consente di attraversare il paradosso che non si ha (non si vede/non si comprende) il [gruppo] se si pensa che il [gruppo] sia proprio (ovvero se si pensa che sia il parto di un unico artefice), ma se non si pensa che il [gruppo] sia proprio (ovvero lo si considera altro dalla propria soggettività), non si ha il [gruppo] (Di Maria & Lavanco, 1998). La competenza interpretativa richiede in questo senso di apprendere un “saper fare sull’orlo”, che percorre le due funzioni mentali e tecniche “dell’essere *nel* e dell’essere *per* il gruppo” (Lo Verso, 1994);
- (*apprende*) a “generare” nuovi pensieri e nuovi significati che non sono richiesti a priori (o a prescindere), né imposti, ma che sono frutto dello scambio discorsivo, della narrazione comune - una storia condivisa, anche se non sempre condivisibile - che la relazione ha consentito di dispiegare; un nuovo posizionamento – *generativo* - all’interno del percorso formativo.

Bibliografia

- Ancona, L. (2002). Pragmatica clinica del gruppo mediano e grande [*Pragmatics of the median and the Large Group*]. In F. Di Maria, G. Lo Verso (Eds), *Gruppi* [Groups] (pp. 235-251). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Anzieu, D. (1976). *Il gruppo e l’inconscio* [*the Group and the unconscious*]. Roma: Borla, 1990.
- Barcinski, M. (2008). The Identity Construction Process of a Woman involved in Drug Trafficking: a Systemic Approach. *YIS. Yearbook of Idiographic Science*, 1, 107-134.
- Billow, R.M. (2003). *Relational Group Psychotherapy: From Basic Assumptions to Passion*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bion, W.R. (1961), *Experiences in Groups*. Tavistock [trad. It. *Esperienze nei gruppi*]. Roma: Armando, 1971.
- Carli, R. (1987). Analisi della domanda [Analysis of the demand]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1 (1), 38-53.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L’analisi della domanda. Teoria e tecnica dell’intervento in psicologia clinica*. [The analysis of the demand. Theory and technique of the intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica* [The group in clinical psychology]. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- De Marè, P.B., Piper, R., & Thompson, S. (1991). *Koinonia: From Hate through Dialogue to Culture in the Large Group*. London: Karnac [trad. It. *Koinonia: dall’odio, attraverso il dialogo, alla cultura nel grande gruppo*. Roma: Edizioni universitarie Romane, 1996].
- Di Maria, F. (1994). Polis senza individui. La relazione fra gruppoanalisi e politica [Polis without individuals. The relationship between groupanalysis and Politics]. In F. Di Maria & G. Lavanco G. (Eds), *Nel nome del gruppo* [In the name of the Group. Group Analysis and society] (pp. 13-21). Milano: Franco Angeli.
- Di Maria, F. (2000). *Psicologia della Convivenza. Soggettività e socialità* [Psychology of the living together. Subjectivity and sociality]. Milano: Franco Angeli.

- Di Maria, F., & Lavanco, G. (1998). Quale Colloquio per quale gruppo [What psychological conversation for what group]. In G. Montesarchio (Ed.), *Colloquio da manuale* [Psychological conversation by manual] (pp. 207-240). Milano: Giuffrè.
- Foulkes, S.H. (1975). *Group-Analytic Psychotherapy. Method and Principles*. London: Gordon&Beach [trad. It. *La psicoterapia gruppoanalitica*. Roma: Astrolabio].
- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: Maresfield Library [trad. It. *Analisi terapeutica di gruppo*. Torino: Boringhieri, 1967].
- Fornari, F. (1966). *Nuovi orientamenti in psicoanalisi* [New orientations in psychoanalysis]. Milano: Feltrinelli.
- Fornari, F. (1976), *Simbolo e codice: dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and code: from the psychoanalytic process to the institutional analysis]. Milano: Feltrinelli
- Fornari, F. (1981). *Il codice vivente* [The living code]. Torino: Boringhieri.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K.J. (1992). Toward a postmodern psychology. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 17-30). London: Sage
- Grasso, M., & Cordella, B. (2007), Gruppo e formazione in psicologia clinica e psicoterapia: l'esperienza formativa come occasione di confronto con la funzione professionale [Group and training in clinical psychology and psychotherapy: the training experience like opportunity of comparison with the professional identity]. *Scritti di Gruppo*, n. 1. Consultato il 20 Aprile 2009 su: http://www.associazioneppg.it/rivista_psicologia/numero_01.asp
- Guidi, M. & Salvatore, S. (2006). Trasformazioni di scenario e nuovi modelli di formazione [Transformation of scenary and new models of training]. In F. Bochicchio (Ed.), *Gli esperti della formazione. Profili interpretativi di una professione emergente* [The experts of the training. Interpretative outlines of an emergent profession] (185-214). Lecce: Amaltea Edizioni.
- Harré, R., & Gillett, G. (1994). *The Discursive Mind*. London: Sage.
- Harré, R., & Van Langenhove, L. (1991). Varieties of Positioning. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 21, 393-408.
- Le Bon, G. (1985). *Psychologies des foules*. Paris: Alcan
- Lo Verso, G. (1994). Per un'epistemologia gruppo analitica [For a group-analytic epistemology]. In F. Di Maria & G. Lavanco (Eds), *Nel Nome del gruppo. Gruppoanalisi e società* [In the name of the Group. Group Analysis and society] (pp. 113-129). Milano: Franco Angeli.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets. An Essays in Bi-Logic*, London: Gerald Duckworth & Company Ltd [trad. It. *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 1981].
- McNamee, S., & Gergen, K.J. (1992) (Eds.) *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*. Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- Montesarchio, G., & Crotti, M.T. (1993). Dal riconoscimento al disconoscimento [From the identificaion to the disowning]. *Rivista di Psicologia Clinica*, VII, 2-3, 169-174.
- Montesarchio, G., & Venuleo, C. (2002). Narrare il setting per narrare [Telling the setting to tell]. In G. Montesarchio (Ed.), *Colloquio in corso* [Conversation in progress] (pp. 11-75). Milano: FrancoAngeli.

- Montesarchio, G., & Venuleo, C. (2006a). Constructing Psychotherapists' Social Roles. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 403-415.
- Montesarchio, G., & Venuleo, C. (Eds.). (2006b). *Narrazione di un iter di gruppo: Intorno alla formazione in psicologia clinica* [Narration of a group iter: About training in clinical psychology]. Milano: FrancoAngeli.
- Montesarchio, C., & Venuleo, C. (2009) (Eds). *Colloquio Magistrale. La narrazione generativa* [Magistral conversation. The generative narration]. Milano: FrancoAngeli.
- Polkinghorne, D.E. (1992). Postmodern epistemology of practice. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 146-165). London: Sage.
- Rappaport, J. (1998). The art of social change: Community narratives as resources for individual and collective identity. In Ximena B. Arriaga & Stuart Okamp (Eds.), *Addressing Community Problems* (pp. 225-246). London: Sage.
- Salvatore, S. (2004). Inconscio e discorso: Inconscio come discorso [Unconscious and discourse. Unconscious as discourse]. In B. Ligorio (Ed), *Psicologie e culture: Contesti, identità ed interventi* [Psychologies and Culture: Contexts, Identities, Interventions] (pp. 125-155). Roma: Carlo Amore.
- Salvatore, S., & Guidi, M. (2007). *Note per una rivisitazione del costrutto [Gruppo] [Notes for a revisiting of the concept of [Group]]*. *Scritti di Gruppo*, n. 1. Consultato il 20 Aprile 2009 su: http://www.associazioneppg.it/rivista_psicologia/numero_01.asp
- Salvatore, S., Freda M.F., Ligorio, B., & al. (2003). Socioconstructivism and theory of the unconscious: a gaze over a research horizon. *European Journal of School Psychology*, 1 (1), 9-41.
- Salvatore, S., Tebaldi, C., & Potì, S. (2009). The Discursive Dynamic of Sensemaking. *International Journal of Idiographic Science*, In S. Salvatore, J. Valsiner, S. Strout-Yagodzynski, & J. Clegg (Eds.), *YIS: Yearbook of Idiographic Science*, Volume 1 (pp. 39-71). Rome: Firera Publishing.
- Stolorow, R.D., Atwood, G.E., & Brandchaft, B. (1994). *The intersubjective perspective*. New Jersey Hillsdale: Jason Aronson, Inc.
- Venuleo, C., & Salvatore, S. (2008). Una lettura semiotica del gioco d'azzardo [A semiotic reading of gambling]. In: P. Meringolo & G. Lavanco (Eds). *Le dipendenze sociali* [The social dependences] (pp. 299-333). Milano: Unicopli.
- Zittoun, T. (2007). Review symposium: Symbolic Resources in Dialogue, Dialogical Symbolic Resources. *Culture & Psychology*, 13 (3), 365-376.

Parole-chiave per (non) confondere le idee a chi studia psicoterapia

— 1. NOMI, COSE. Trappole e trucchi del pensiero concreto

di Pietro Stampa*

Dovevo illustrare il teorema di Pitagora a un corso di geometria. Disegnai sulla lavagna un triangolo rettangolo, costruendovi i quadrati su ipotenusa e cateti, e dissi: «Ovviamente il quadrato costruito sull'ipotenusa ha un'area di superficie superiore a quella di ciascuno dei quadrati costruiti sui cateti. Supponete ora che tutti e tre fossero fatti di oro laminato, e che voi aveste la possibilità di scegliere fra quello grande o i due piccoli insieme. Quale scegliereste?»

Curiosamente, circa metà della classe optò per il quadrato più grande, e l'altra metà per la coppia di quadrati più piccoli. Ne scaturì una discussione vivacissima, ed entrambi i gruppi rimasero stupiti quando rivelai loro che non c'era alcuna differenza.

Raymond Smullyan¹

Nei capitoli IV e V del racconto dedicato ai suoi viaggi straordinari, il capitano Lemuel Gulliver si trova nella terra di Balnirabi, la cui capitale Lagado si onora di una prestigiosa Accademia. Fra gli strampalati studiosi che vi si riuniscono, alcuni si ingegnano di migliorare la lingua del Paese, sperimentando la soppressione del lessico come soluzione definitiva di ogni problema di espressione e di comunicazione.

Fu dunque suggerito che, dato che ogni parola è semplicemente il nome di una cosa, sarebbe più conveniente a chiunque portarsi addosso tutte le cose necessarie a esprimere i particolari affari di cui vuol parlare.

[...] parecchi fra i più dotti e i più saggi hanno aderito a questo nuovo modo di esprimersi attraverso le cose; unico suo inconveniente è che, se dobbiamo trattare affari complessi e di vario genere, siamo costretti a portarci sulla schiena una montagna di oggetti, a meno che non si possa disporre di due gagliardi servitori che ci aiutino. Ho spesso visto un paio di questi saggi quasi sommersi nel cumulo dei loro fagotti come i nostri merciai ambulanti; quando si incontrano per via, metton giù il loro carico, aprono i sacchi e chiacchierano per un'ora; poi ripongono ogni cosa, si aiutano a vicenda a rimettersi in spalla il fardello e si salutano.

Ma, per conversazioni brevi, si possono portare i vari oggetti in tasca o sottobraccio; e in casa propria, poi, nulla può mancare. Per questo, le sale in cui si radunano coloro che praticano questo sistema son piene di cose messi lì sottomano e pronte a fornir materia a questa sorta di conversazione artificiale.

Altro gran vantaggio è che l'invenzione può servire come linguaggio universale, che può esser capito in tutte le nazioni civili le quali usano in genere suppellettili e utensili dello stesso genere o molto simili, così che facilmente si può capire il loro significato.²

Ora, se Swift intendeva prendersi gioco dello scientismo inglese coevo, e delle attività accademiche che vi corrispondevano, la filosofia del Novecento non è stata esente dai paradossi di Lagado. Quel che qui ci interessa è l'imprinting nascosto — se così possiamo chiamarlo — derivante da tali paradossi nella riflessione psicologica, e segnatamente nella

* Psicologo clinico libero professionista, Roma. Professore incaricato di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni, Università di Chieti.

¹ Smullyan, R. (1983), *5000 B.C., and Other Philosophical Fantasies*. New York: St Martin's Press — Trad. it. (1987), *5000 avanti Cristo e altre fantasie filosofiche*. Bologna: Zanichelli, p. 21.

² Jonathan Swift, *Gulliver Travels into Several Remote Nations of the World, 1726-27* — Trad. it. *Viaggi di Gulliver*, Milano: RCS Libri, 1997, pp. 307-308.

formazione alle psicoterapie: tanto più insidioso, appunto, in quanto non riconosciuto e non pensato dalle istituzioni preposte.

In una ricerca condotta anni addietro sui questionari attraverso i quali gli Istituti di formazione privati si candidavano al riconoscimento ex art. 3 della L. 56/89 (Lombardo et al., 1991), emergeva con chiarezza come un elevato numero di questi ritenesse di possedere un proprio modello “originale” di psicoterapia, costruito quale elaborazione di uno o più matrici teoriche e tecniche “di scuola” riconducibili alla tradizione delle comunità scientifico-professionali di settore; elaborazione che, a seconda dei casi, si sarebbe poi potuta definire “X-derivata”, “post-X”, “neo-X”, oppure integrata, eclettica o sincretica (Villegas, 1990).

Chiunque abbia seguito le vicissitudini della formazione in psicoterapia — anche, e meglio, da prima della Legge professionale degli psicologi — sa bene quanto pesante e violenta sia stata l'incidenza di questo modo di pensare nella costituzione di una mentalità fortemente in controtendenza rispetto all'esigenza obiettiva e ovvia della costruzione di una comunità scientifico-professionale degli psicologi clinici e degli psicoterapeuti (Stampa, 1991, 1992a, 1992b, 1993a, 1993b, 1993c, 1994, 1995a, 1995b, 1996; Carli, Cecchini, Lombardo & Stampa, 1995)

La mentalità “di scuola”, o meglio “di micro-scuola”, attraverso la quale numerosi Istituti hanno scimmiettato a modo loro la storia del movimento psicoanalitico — anche non condividendone in alcun modo né i riferimenti teorici, né le prassi — ha reso a volte grottesca la rigidità delle loro vicissitudini non meno che delle loro attività promozionali.

Ecco così prender corpo, nell'affermazione chiusa di principi decontestualizzati e assolutizzati, lo strumento ideologico con cui si realizzava questa perversione istituita, funzionale a una fantasia di potere culturale che — nella vagheggiata liquidazione della concorrenza — avrebbe poi avuto la sua brava ricaduta commerciale: avremmo sentito ripetere, per anni e fino a tutt'oggi, nei media e nei salotti buoni della psicologia, che per gli “attacchi di panico”³ non c'è altro che la terapia cognitivo-comportamentale, e che per i “problemi della coppia” non c'è di meglio che l'approccio sistemico-relazionale — e altre, tante altre simili arroganti interessate idiozie. Le accomuna l'idea implicita che l'oggetto sia solidale alla denominazione prescelta, se addirittura non ne discenda secondo la sequenza: (a) viene studiato un metodo per affrontare taluni specifici problemi delle persone, basato su un costrutto che lo definisce; (b) questo costrutto viene trasformato in un principio di carattere generale atto ad affrontare quei problemi, così che il metodo connesso risulti il più idoneo — se non il solo idoneo — a trattarli; (c) tutti gli altri costrutti con i quali vengono affrontati i medesimi problemi divengono oggetto di svalutazione, in nome del costrutto. Un temerario ribaltamento epistemologico, funzionale a un disegno — come dicevo sopra — di potere culturale, che si gioca tutto sull'inversione del rapporto logico nomi/cose. Così, per esempio, nella storia dell'origine e diffusione della terapia familiare: una volta assunto che tutti i problemi psicologici aventi origine nell'infanzia, hanno per definizione origine nelle relazioni in seno alla famiglia, si è studiato un metodo di intervento sulla famiglia; poi, da parte di alcuni — non tutti! — i gruppi di studio e di pratica della psicoterapia familiare si è

³ Diagnosi di gran moda negli ultimi 20-25 anni, quasi quanto “disturbo borderline”. Mentre quest'ultimo, tuttavia, è stato sostanzialmente una voce-rifugio nella classificazione nosografica, l'altro sembra piuttosto una sineddoche, la speciale metonimia che designa la parte per il tutto: come uno dicesse “febbre” a significare l'influenza, o (come capita in medicina legale) “arresto cardiaco” a significare la causa ultima di un decesso, qualunque ne sia la causa prima. Lo studio della sineddoche nella diagnostica meriterebbe una riflessione *ad hoc*, che prima o poi mi riprometto di tentare. Un altro caso interessante è rappresentato dai disturbi del comportamento alimentare, normalmente descritti come entità autonome piuttosto che come elementi di un più ampio e complesso quadro isterico, oppure ossessivo, o depressivo, o paranoide, o un *mélange* di questi...

cominciato a sostenere che per quei problemi non vi fosse alternativa clinica alla psicoterapia familiare. Ci sarà bene un motivo, se quell'approccio si chiama così!...

* * *

Torniamo però al tema generale del rapporto tra i nomi e le cose.

Anche se l'aristocratica ascendenza che ora citerò non attenua minimamente la consistenza del problema, merita comunque che la si esplori nella sua *Begriffgeschichte*, la storia dell'idea.

Il problema, infatti, viene da lontano: e precisamente dalle *Confessioni* di Agostino di Ippona. Opera di incomparabile profondità e bellezza, nella quale l'autore si interroga su tutta la propria esperienza, dall'infanzia all'età adulta.⁴ Ma anche, almeno per quanto ora in discussione, fonte remota di una suggestione entrata nel senso comune, di cui compiace la dimensione di pensiero concreto, a spese di quella riflessiva, critica, di pensiero simbolico.

Vediamo di che si tratta.

Scrive Agostino, a proposito del proprio apprendimento del linguaggio (I, 8):

Del modo come appresi a parlare mi resi conto solo più tardi. Non mi ammaestrarono gli anziani, suggerendomi le parole con un insegnamento metodico, come poco dopo per la lettura e la scrittura; ma fui io stesso il mio maestro con l'intelligenza avuta da te, Dio mio, quando con gemiti e molteplici grida e molteplici gesti degli arti volevo manifestar i moti del mio cuore, affinché si ubbidisse alla mia volontà; ma ero incapace di manifestare tutta la mia volontà e a tutti coloro che volevo. Afferravo con la memoria: quando i circostanti chiamavano con un certo nome un certo oggetto e si accostavano all'oggetto designato, io li osservavo e m'imprimevo nella mente il fatto che, volendo designare quell'oggetto, lo chiamavano con quel suono. Che quella fosse la loro intenzione, lo arguivo dal movimento del corpo, linguaggio, per così dire, comune di natura a tutte le genti e parlato col volto, con i cenni degli occhi, con i gesti degli arti e con quelle emissioni di voce, che rivelano la condizione dell'animo cupido, pago, ostile o avverso. Così le parole che ricorrevano sempre a un dato posto nella varietà delle frasi, e che udivo di frequente, riuscivo gradatamente a capire quali oggetti designassero, finché io pure cominciavo a usarle, dopo aver piagato la bocca ai loro suoni, per esprimere i miei desideri.⁵

⁴ Passaggio marcato da una considerazione che meriterebbe una rilettura e una meditazione quotidiana da parte degli psicologi, come usava fare Robinson (ispiratore di Swift per i *Viaggi*) sull'isola deserta aprendo a caso, ogni sera, la sua amata Bibbia: «Et ecce infantia mea olim mortua est, et ego vivo», che tradurrei «Ed ecco che la mia infanzia è da gran tempo scomparsa, e io sono vivo»... Il mio primo supervisore, Claudio Modigliani, disse a un paziente che gli aveva raccontato la propria terribile storia familiare — ubriachezza dei genitori, maltrattamenti, abusi, malattie, lutti... — e che gli domandava, in esordio di analisi, quali risorse con una tale esperienza alle spalle avrebbe mai potuto mettere a disposizione per un cambiamento: «Intanto, vede, Lei è ancora vivo: Le sembra poco?» Evocava una base, quella che Giorgio Agamben (1995) avrebbe chiamato, più di recente, *la nuda vita*: la base biologica di ciò che per convenzione chiamiamo "esistenza". Le parole di Agostino sembrano davvero ben adattarsi a qualunque infanzia, a qualunque esordio di analisi che di lì riparta. Ma si veda ancora: «[...] ita imbecillitas membrorum infantilium innocens est, non animus infantium. Vidi ego expertus sum zelantem parvulum: nondum loquebatur et intuebatur pallidus amaro aspectu conlacteneum suum. Quis hoc ignorat? Espiare se dicunt ista matres atque nutrices nescio quibus remediis. Nisi vero et ista innocentia est, in fonte lactis ubertim manganate atque abundante opis egentissimum et illo adhuc uno alimento vitam ducentem consortem non pati. — [...] dunque l'innocenza dei bambini risiede nella fragilità delle membra, non dell'anima. Io ho visto e considerato a lungo un piccino in preda alla gelosia: non parlava ancora e già guardava livido, torvo, il suo compagno di latte. È cosa nota, e le madri e le nutrici pretendono di saper eliminare queste pecche con non so quali rimedi; ma non si può ritenere innocente chi innanzi al fluire del latte dal fonte materno non tollera di dividerlo con altri, che pure ha tanto bisogno di soccorso e che solo con quell'alimento si mantiene in vita» (2000, p. 15).

⁵ Et memini hoc. Et unde eloqui didiceram, post adverti. Non enim docebant me majores homines praebentes mihi verba certo aliquo ordine doctrineae sicut paulo post litteras, sed ego ipse mente, quam dedisti mihi, Deus meus, cum gemitibus et vocibus variis membrorum motibus edere vellem

Dunque, Agostino è iscritto d'ufficio all'Accademia di Lagado, Istituto di lingue. Ha osservato a riguardo, in un celebre saggio dedicato a "Antropologi e linguisti" (1963 [1966, p. 21]) Roman Jakobson:

Sarebbe difficile parlare per mezzo di cose di "una balena", più imbarazzante ancora parlare delle "balene" e praticamente impossibile comunicare qualsiasi cosa su "tutte le balene" o su "le balene assenti". Supponendo anche che si riesca miracolosamente a raccogliere tutte le balene del mondo, come esprimere per mezzo di cose che esse ci sono veramente tutte?

Nella ricostruzione che Agostino fa della propria esperienza, manca dunque una decisiva dimensione categoriale: quella del pensiero simbolico. Non vi è, in definitiva, alcuna spiegazione della modalità in cui apprendiamo il modo di funzionare di operatori logici come "se/allora", e ancor più semplicemente: "ma", "alcuni", "nessuno", "a condizione che" etc.

È qui fantasticato un apprendimento di tipo *ostensivo*, cioè basato esclusivamente sul *mostrare*, *indicare*, evocare attraverso la significazione generica dell'oggetto. Non che la parola venga fatta fuori: all'ostensione si può ben accompagnare la denominazione generica, decontestualizzata, un memorandum puramente tecnico. Io posso indicare là, davanti a noi, una persona che tiene in mano un lungo laccio alla cui estremità è visibile un'altra creatura vivente, a quattro zampe, coperta di peli e con una coda perennemente in movimento, e dire: «guarda!». Cosa intendo? L'uomo, il cane, l'uomo *con* il cane, l'animale *con* l'uomo, o la coppia? O forse il guinzaglio? La fedeltà, suprema virtù del cane? O il fatto che il cane è fulvo, o che l'uomo porta la barba? O che l'insieme mi sembra buffo? O...? Il repertorio (aperto, e potenzialmente infinito) degli *Esercizi di stile* di Raymond Quénau (1947, 1969 [1983]) mostra con geniale umorismo quanto si possa arzigogolare sulla più banale delle osservazioni, se questa non ha una freccia direzionale, un obiettivo di significazione che ne orienti l'intenzionalità.

Il dibattito filosofico sul tema è antico e talmente vasto da non potersi qui riassumere nemmeno per grandi linee. Quel che ora interessa sotto il profilo dei metodi di insegnamento e della loro congruenza — limitatamente ai concetti teorici, teorico-tecnici e operativi della psicologia clinica e della psicoterapia —, è ben sintetizzato da A. Musgrave (1993 [1995, pp. 68 ss.]):

[...] le esperienze in sé stesse non sono altro che accadimenti e non possono essere le premesse di alcuna argomentazione. Ma quando effettivamente formuliamo degli enunciati osservativi, questi trascendono le esperienze che li producono. E ciò che fa sì che gli enunciati trascendano l'esperienza è il linguaggio in cui gli enunciati vengono formulati. [...] Una creatura che non possieda il concetto di tavola potrà anche vedere la tavola: ma tale creatura non potrebbe apprendere da questa esperienza che qui c'è una tavola e non potrebbe formulare l'osservazione "qui c'è una tavola".

I filosofi ne hanno tratto una distinzione fra "vedere" e "vedere-che" (o, più in generale, fra "percepire" e "percepire-che"). [...] Ciò che rende possibile il vedere-che è la precedente comprensione dei concetti o del linguaggio. È il linguaggio che ci permette di vedere-che (o, più in generale, di "percepire-che") le cose stanno proprio così, e quindi di formulare enunciati osservativi.

sensa cordis mei, ut volutati pareretur, nec valerem quae volebam omni nec quibus volebam omnibus. Prensabam memoria, cum ipsi appellabant rem aliquam et cum secundum eam vocem corpus ad aliquid movebant, videbam, et tenebam hoc ab eis vocari rem illam, quod sonabant, cum eam vellent ostendere. Hoc autem eos velle ex motu corporis aperiebatur tamquam verbis naturalibus omnium gentium, quae fiunt vultu et nutu oculorum ceteroque membrorum actu ac sonitu vocis indicante affectionem animi in petendis, habendis, reciendis fugiendisve rebus. Ita verba in variis sententiis locis suis posita et crebro audita quorum rerum signa essent paulatim conligebam measque iam voluntates edomito in eis signis ore per haec enuntiabam.

Come dire: chi fa un'esperienza non disponendo di categorie di rappresentazione di quella esperienza, non può trasformare l'esperienza in un enunciato osservativo: per es. può vedere un oggetto, ma non può concettualizzare l'esistenza dell'oggetto e formulare a riguardo un resoconto osservativo. In questo senso possiamo sostenere che la mancanza di categorie contestuali all'esperienza non consente alcuna riflessione sull'esperienza — e al tempo stesso, la formazione di tali categorie non può che derivare dalla riflessione sulle *connessioni* tra esperienze diverse e aspetti diversi di ognuna di esse.

Il divario fra esperienza e resoconti osservativi, un divario colmato dal linguaggio o dai concetti, è un'importante fonte di fallibilità dei resoconti osservativi.

Così nello sviluppo del pensiero attraverso il tempo, dall'apprendimento dei rudimenti del lessico fino alla piena disponibilità di concetti astratti operazionali, forme più complesse si sovrappongono a quelle precedenti, ma nessuna "scompare". I due registri del "concreto" e del "simbolico" si ritrovano così a funzionare come due dimensioni complementari e non come due poli contrapposti d'un asse ideale del pensiero. "Concreto" dunque non più *versus* "simbolico": occorrerà abituarsi all'idea che nello sviluppo la dimensione simbolica cresce naturalmente (*in primis* neurologicamente) di peso relativo e si viene organizzando e proponendo come la più evoluta e sofisticata; e la dimensione concreta compete con essa nella spiegazione del mondo secondo dati di realtà "materiale" che si impongono per la propria flagranza, e stanno lì a mantenere che, come scriveva Gertrude Stein⁶ (versi cari a chi studia la Sindrome Down — cfr. Bollea, 1988) «una rosa è una rosa è una rosa». Tutto sta a saper guardare oltre la siepe (noi, per la formazione in psicoterapia, e non solo, ci abbiamo provato).

Guardare oltre la siepe: azione che, merita ribadire, non abolisce la siepe.

* * *

All'Accademia di Lagado è iscritto d'ufficio un altro gigante della storia della cultura, Ludwig Wittgenstein. Le sue *Ricerche filosofiche*, parte prima, iniziano proprio con la citazione di Agostino sopra riportata. E proseguono (1953 [1967, pp. 9 ss.]):

1. [...] In queste parole troviamo, così mi sembra, una determinata immagine della natura del linguaggio umano. E precisamente questa: Le parole del linguaggio designano oggetti — le proposizioni sono connessioni di tali denominazioni.

In quest'immagine del linguaggio troviamo le radici dell'idea: Ogni parola ha un significato. Questo significato è associato alla parola. È l'oggetto per il quale la parola sta.

Di una differenza fra tipi di parole Agostino non parla. Chi descrive in questo modo l'apprendimento del linguaggio pensa, così credo, anzitutto a sostantivi come "tavolo", "sedia", "pane" e ai nomi di persona, e solo in un secondo tempo ai nomi di certe attività e proprietà; e pensa ai rimanenti tipi di parole come a qualcosa che si accomoderà.

Pensa ora a quest'impiego del linguaggio: mando uno a far la spesa. Gli do un biglietto su cui stanno i segni: "cinque mele rosse". Quello porta il biglietto al fruttivendolo; questi apre il cassetto su cui c'è il segno "mele"; quindi cerca in una tabella la parola "rosso" e trova, in corrispondenza ad essa, un campione di colore; poi recita la successione dei numeri cardinali — supponiamo che la sappia a memoria — fino alla parola "cinque" e ad ogni numero tira fuori dal cassetto una mela che ha il colore del campione. — Così o pressappoco così, si opera con le parole. — «Ma come fa a sapere dove e come deve cercare la parola "rosso", e che cosa deve fare con la parola "cinque"?» — Bene, suppongo che *agisca* nel modo che ho descritto. A un certo punto le spiegazioni hanno termine. — Ma che cos'è il significato della parola "cinque"? — Qui non si faceva parola di un tale significato; ma solo del modo in cui si usa la parola "cinque".

2. [...] Immaginiamo un linguaggio per il quale valga la descrizione dataci da Agostino: Questo linguaggio deve servire alla comunicazione tra un muratore, A, e un suo aiutante, B: A esegue una

⁶ Sacred Emily, 1913; pubblicato nel 1922 in *Geography and Plays*.

costruzione in muratura; ci sono mattoni, pilastri, lastre e travi. B deve porgere ad A le pietre da costruzione, e precisamente nell'ordine in cui A ne ha bisogno. A questo scopo i due si servono di un linguaggio consistente delle parole "mattoni", "pilastro", "lastra", "trave". A grida queste parole; — B gli porge il pezzo che ha imparato a portargli quando sente questo grido. — Considera questo come un linguaggio primitivo completo.

3. Agostino descrive, potremmo dire, un sistema di comunicazione; solo che non tutto ciò che chiamiamo linguaggio è questo sistema. [...]

4. [...]

5. Se si considera l'esempio del § 1, si può forse avere un'idea della misura in cui il concetto generale di significato della parola circonda il funzionamento del linguaggio di una caligine, che rende impossibile una visione chiara. — La nebbia si dissipa quando studiamo i fenomeni del linguaggio nei modi primitivi del suo impiego, nei quali si può avere una visione chiara e completa dello scopo e del funzionamento delle parole.

Tali forme primitive del linguaggio impiega il bambino quando impara a parlare. In questo caso l'insegnamento del linguaggio non è spiegazione, ma addestramento.

Come ha scritto E. Gellner (1961 [1971, p. 156]), «Wittgenstein fu per tutta la vita uno dei Savi di Lagado»: dall'idea del *Tractatus* (1922 [1964]) che le parole siano "specchi" o "simulacri" delle cose, nelle *Ricerche* (1953 [1967]) giunse a definirle come mosse di giochi linguistici, che come i Savi di Lagado gli oggetti, noi tutti ci portiamo dietro quali "abitudini discorsive". Sono appunto queste abitudini — proprio perché largamente inconsapevoli, e prodotte a partire da istituzioni del discorso che non hanno nulla di "naturale" — che costituiscono le insidie del pensiero concreto. In larga misura, nella società tecnologica, le abitudini discorsive sono prodotte dai media elettronici e fra questi dobbiamo ormai contare a pieno titolo il web. Prima ancora, a produrli erano piuttosto quelli che L. Althusser (1972) chiamava "apparati ideologici di Stato": includendovi la Scuola, le amministrazioni, i partiti e i sindacati, la stampa...

L'abitudine, come il linguaggio e i suoi modi di funzionare, è certo un campo di indagine pertinente per la psicologia. Ora, il rapporto tra Wittgenstein e la psicologia, anzi le psicologie, è oggetto di una letteratura assai ricca, che qui interessa solo dalla specifica angolazione del tema di cui si sta discutendo. Nella diversità dei punti di vista, è però chiaro che tale rapporto è piuttosto ambiguo.

Diverso è per la psicoanalisi. Wittgenstein si proclamò sempre «discepolo e seguace di Freud» (McGuinness, 1983, p. 23) al tempo stesso essendone critico severo: e per quanto tale lettura non sia condivisa da molti, nelle *Ricerche* sembra pervenire a un esito sostanzialmente behaviorista. La sua idea fondamentale è che gli esseri umani impiegano una varietà di giochi linguistici, «attività concrete», scrive Gellner (1971, p. 160) «in contesti concreti, governate da varie regole contingenti». Ogni tanto accade che si faccia una mossa incoerente al gioco, come per esempio porre una domanda a cui il gioco non può dare una risposta perché privo di una procedura adeguata: la "terapia" per questa "malattia" consisterà allora nel riportare il gioco al suo corretto funzionamento; e alle metodiche di questa "terapia" — un fare riparativo che si ripromette di ripulire i linguaggi-gioco dall'errore — sono appunto dedicate le *Ricerche*. Come nell'esempio sopra riportato delle cinque mele rosse, il *significato* è ridotto all'*uso*. In questo senso, mi sembra, è inevitabile considerare il Wittgenstein delle *Ricerche* come un semiologo behaviorista allo stesso modo in cui lo sono, esplicitamente, Leonard Bloomfield o Charles Morris,⁷ per i quali il significato di un'espressione è sussunto all'azione/reazione che essa produce nei soggetti.

⁷ Del primo si segnala soprattutto il classico *Language* (1933, 1961 [1974]), del secondo *Signes, Language, and Behaviour* (1946 [1963]).

Questa parte della filosofia di Wittgenstein perviene così allo scacco di qualsiasi forma superiore di pensiero sul pensiero, e alla riproposizione della concretezza dei linguaggi come limite invalicabile al pensiero stesso.

Nel rapporto di insegnamento/apprendimento ostensivo non mancano certo le parole: ma parole e cose funzionano come se fossero tutt'uno, senza differenza, come se quella specifica parola potesse designare inequivocabilmente quella specifica cosa, e nessun'altra. Viene meno il principio classico che *nomina sunt consequentia rerum*⁸ — non sono però le parole che fanno premio sulle cose: il problema è che, nella mancata articolazione di una differenza, sembra che indifferentemente la parola ponga la cosa, o la cosa la parola.

La storia della professione psicologica in Italia è segnata da questa catena di equivoci: a partire dalla nascita di un Corso di laurea, poi Facoltà, con tanto di inquadramento dei laureati negli organici del Servizio sanitario pubblico, senza che il Legislatore riuscisse per 18 anni (1971-1989) a prendere atto dell'esistenza di questa nuova realtà, e la dotasse di un ordinamento autonomo come tutte le altre professioni. A partire da un esame di Stato, come vuole l'art. 33 della Costituzione.

Insomma, la storia "lagadiana" degli psicologi italiani... Nessuno sapeva bene cosa fossero o cosa potessero diventare, ma li si prevedeva nelle sedi istituzionali in cui veniva elaborato un nuovo mandato sociale per le professioni d'aiuto: togliere le castagne dal fuoco alle famiglie, alla Scuola, alle istituzioni assistenziali nel trattamento del disagio comune; per il disagio di interesse più spiccatamente medico costituire un "corpo ausiliario" di supporto agli psichiatri; e in altri ambiti: rivestire di ingenua astuzie pseudoscientifiche il bombardamento pubblicitario del nascente sistema oligopolistico televisivo; ammantare di rigore la selezione e la gestione del personale nelle organizzazioni; etc. La costruzione di alternative a tutto questo è stata la battaglia culturale, mai sopita, di una agguerrita *respectable minority* nelle Università, nell'associazionismo scientifico, nella pratica professionale.

Sembrava e sembra a molti che la psicologia dovesse e debba essere la regina del pensiero concreto: la sua divulgazione popolare non mostra altro. Dalle pagine delle riviste "femminili" colleghi e colleghe che non disdegnano l'attitudine buffonesca, dispensano consigli su "la seduzione", "come liberarsi dai sensi di colpa"⁹, "comprendere gli adolescenti"¹⁰, e così via.

⁸ Giustiniano, *Institutiones*, libro II, 7, 3. J. Lacan nel suo seminario dell'8 marzo 1977 si trova dentro questo paradosso nel cercare di porre quello che chiama il "reale", che nel suo pensiero è l'inimmaginabile, l'inattingibile — e dunque ciò che sfugge alla rappresentazione, al linguaggio e alla filosofia, restando semmai opzione territoriale della religione: «Non seulement les "nomina non sunt consequentia rerum", les noms ne sont pas la consequence des choses, mais nous pouvons affirmer le contraire» (Lacan, 1978). A muovere il desiderio, in Lacan, è la "logica della mancanza" sul registro del "reale" si presenta nella forma negativa (qualcosa che non c'è e non può nemmeno essere pensata, ma irrompe come compromesso nel sintomo); è sul registro dell'immaginario che la mancanza si dà la veste positiva del sogno, come qualcosa che c'è, e d è suscettibile di un'interpretazione (per certi versi la esige).

⁹ Visto che ormai m'è venuto in mente Lacan, riporto qui per puro divertimento un frammento di una sua conversazione con il giornalista Paolo Caruso (1969, p. 178), pubblicata all'epoca in cui lo psicoanalista francese non era ancora gran che conosciuto, almeno da noi. «Quali sarebbero, secondo Lei, le principali conseguenze di una radicale applicazione della psicoanalisi alla morale oggettiva, alla morale sociale? La chiamo così per distinguerla dalla morale delle intenzioni, del senso di colpa ecc. — Vede, io non credo affatto che la psicoanalisi avrà l'effetto di eliminare la dimensione della colpevolezza. Comunque ci tengo a precisarlo, perché ci sono molte persone che credono che la psicoanalisi libererà l'umanità dalla colpevolezza. La colpevolezza, caro Lei, è la principale protezione contro l'angoscia. E siccome in tal senso funziona benissimo, sarebbe un vero sbaglio rinunciarci».

¹⁰ Lo psichiatra-sociologo televisivo Paolo Crepet ha pubblicato nel 2001 un volume dal titolo *Non siamo capaci di ascoltarli*, uscito nello stesso periodo in cui avvenne l'efferato pluriomicidio di Novi Ligure, commesso dai giovanissimi Erika e Omar. Il libro fu presentato anche nella cittadina, presenti molti compagni di scuola dei due. Tra i commenti successivi a quell'animatissimo incontro, ricordo

* * *

Torniamo a cose serie. I Savi di Lagado — inclusi S. Agostino, Wittgenstein e un buon numero di “maestri” della psicoterapia contemporanea — rappresentano dunque una divertente metafora di quella forma del pensiero che Piaget ha definito “concreto”, e che così spesso incontriamo nella vita quotidiana e nella pratica clinica come formazione difensiva nei confronti dei dati di realtà: il pensiero concreto consente un’interpretazione dei dati di realtà che non impegna alcuna dimensione di contesto. Uso qui l’espressione “pensiero concreto” nel senso che le ha dato Jean Piaget nelle sue ricerche,

[...] intendendo per “concreto” che le operazioni mentali del bambino sono applicate a qualche aspetto della realtà esterna o *presente fisicamente* o *rappresentata mentalmente*. Piaget assunse poi che o gli oggetti tangibili o le loro rappresentazioni mentali hanno un ruolo chiave nel ragionamento del bambino durante il periodo delle operazioni concrete. Piaget [...] affermò che «quando il pensiero del bambino si allontana dal reale, non fa che sostituire gli oggetti assenti con la loro rappresentazione più o meno vivace; questa rappresentazione è accompagnata da convinzione, ed equivale quindi al reale». Mentre il pensatore operatorio-formale sa ragionare sulla base di un referente qualsiasi — reale, simbolico o arbitrario — il pensatore concreto è ristretto alle operazioni su oggetti o sulle loro rappresentazioni mentali che “equivalgono” alla realtà.

Piaget, lo si ricorderà, sostiene sulla base delle sue osservazioni che, nel caso, per esempio, delle operazioni logico-formali elementari, la capacità di ragionamento fra i 7-8 e gli 11-12 anni è caratterizzata

dalla costruzione dei raggruppamenti operatori di ordine logico e dei gruppi numerici, ma su un piano essenzialmente concreto, cioè relativo a degli oggetti manipolabili, rappresentabili nel dettaglio dei loro rapporti reali (1951 [1976, p. 193]).

(In questo senso, si può affermare che le operazioni di attribuzione di senso dell’adulto basate sul pensiero concreto sono letteralmente *regressive*).

Come già H. Wallon mostrava nel suo classico lavoro, il pensiero concreto produce “confusioni sincretiche” nella mente infantile (1963 [1970, I: pp. 365 ss.]), e questa modalità di rappresentarsi la realtà corrisponde a un’ancora immatura competenza a collocare l’esperienza entro condizioni di contesto. Esempi di confusione, si ricorderà, sono la sostituzione reciproca di qualità simultanee, l’assimilazione reciproca fra categorie diverse, l’indeterminatezza fra diversi modi di essere del reale.

La dominanza della dimensione concreta del pensiero genera forme specifiche di confusione, che come tali possono venire modellizzate e ricondotte alla loro matrice primaria — il pensiero concreto, appunto — per essere lì riconsegnate e lasciate al loro posto, in modo che non interferiscano più che tanto, si spera, con i processi di elaborazione che la psicologia clinica pone al centro della propria operatività.

Proporrò qui di seguito alcuni esempi che mi appaiono rappresentativi del problema.

Esempio 1 — L’onnipotenza divina: “tutto” è molto, moltissimo, ma non è proprio “tutto”...?

Uno psicologo che segue un corso di specializzazione di orientamento psicoanalitico, riferisce in supervisione di una paziente, una signora non più giovanissima, insegnante di

quello di un noto giornalista, che ci stigmatizzava il punto di vista di Crepet: d’accordo, non sappiamo ascoltare gli adolescenti; ma questi due cosa avrebbero dovuto fare più di quello che hanno fatto, perché li si possa definire psicopatici?

lettere nella Scuola media, che ha perso di recente il fratello a cui era profondamente legata, e contestualmente ha richiesto aiuto e iniziato una psicoterapia.

La paziente è persona di accesa fede cattolica, il fratello scomparso era ateo. La paziente è in grave conflitto con la propria coscienza, perché il fratello (non ci sono altri congiunti che abbiano titolo a sbrigare la faccenda) ha lasciato detto di desiderare per sé la cremazione, mentre lei è contraria a questa pratica; al tempo stesso non vorrebbe contraddire la volontà del defunto. Bene, chiediamo al giovane collega, e perché la signora è contraria alla cremazione? La Chiesa ormai da tempo la ammette, se pure non la incoraggia. La signora aderisce a un cattolicesimo piuttosto tradizionalista, risponde il giovane collega, e al tempo stesso è persona leale e sente che il fratello «di lassù» la guarda e la giudica: come fargli questo torto?... Non sembra che ci siano molte possibilità per venirne fuori, la signora ha poco tempo per decidere, lo psicologo le ha consigliato di parlare con il suo padre spirituale, questi l'ha tranquillizzata sulla sua piena libertà di scegliere l'una o l'altra opzione senza incorrere nel peccato. La signora, però, non è affatto tranquilla, lo psicologo non sa bene che fare: il problema gli appare in realtà, anche un po' ozioso, o quanto meno esagerato.

Ma soprattutto — cattolico egli stesso, ma di idee molto più aperte — non lo comprende, perché se lo rappresenta negli stessi termini di pensiero concreto della paziente. In fondo, osserva, se la Chiesa consente la cremazione, perché un fedele dovrebbe porsi tutti questi scrupoli? Secondo lui, il padre spirituale convincerà la signora, che così tornerà a occuparsi di “problemi reali”, che non mancano...

Qui invece c'è qualcosa da approfondire bene se si vuole comprendere il tormento della paziente. Lo psicologo, sollecitato dal supervisore, torna sull'argomento abbandonando ogni tono supportivo o consolatorio, e apprende così che il problema della signora è... la resurrezione della carne! Con la cremazione, e la repentina trasformazione del corpo defunto in un pugno di cenere indifferenziata, come sarà possibile — quando sarà — la resurrezione della carne? Lo psicologo è stupefatto, a un problema del genere, francamente, non aveva mai pensato...

E tuttavia la fantasia della paziente non è così peregrina, tutt'altro. La questione in ballo è, letteralmente, se la signora ritiene Dio davvero onnipotente o no: sembra che nutra qualche dubbio, se la cremazione possa metterlo in difficoltà, nel giorno del giudizio! La signora è, a dirla tutta, in odore di eresia gnostica, visto che ritiene la potenza di Dio limitata da ostacoli materiali — se mai questi, ad esempio, gli siano interposti non dall'uomo ma dal grande antagonista Satana. La signora non lo sa, ma il suo è un tormento teologico della Chiesa delle origini — e di qui sarà possibile allo psicologo aprire alla riflessione su emozioni arcaiche e oscure della paziente, una sorda ostinata e inconfessata ostilità verso il padre: un uomo gonfio di insensata e un po' ridicola *ùbris*, che come una divinità capricciosa elargiva e sottraeva il suo affetto, il suo consiglio e la sua protezione senza che i figli potessero comprenderne una qualche interna razionalità; ora tenero, ora collerico, ora indifferente, ora smargiasso, ora smarrito, umorale sempre, devoto in modo superstizioso a certi suoi santi prediletti, sprezzante verso le scelte agiologiche altrui, sarcastico verso ogni tentativo dei figli di costruirsi proprie categorie di comprensione della realtà, e di questi tentativi demolitore sistematico, incapace di fornire loro altro che motivi di insicurezza e di umiliazione... Quando la paziente aveva dieci anni, quest'uomo aveva lasciato la famiglia, già in gravi difficoltà economiche, per seguire un'amante; e per tornarvi anni dopo, malato di tumore e solo, a morire in casa rivendicando il diritto all'accoglienza e all'accudimento in nome del legame di sangue.

Nello scoprirsi “eretica” *malgré soi*, la paziente riconnetteva ora il proprio dilemma alle violente emozioni conflittuali che tutta questa vicenda, dispiegatasi nell'arco della sua infanzia e adolescenza, le aveva prodotto: e nel riconoscere di pensare finalmente il *suo proprio* Dio liberamente scelto da adulta come onnipotente, e svincolato dall'impedimento materiale che ella stessa gli aveva posto, poteva consentire infine la cremazione del fratello,

e finalmente restituire al passato, alla storia della famiglia, l'angoscia provata per l'incompetenza paterna, e sì, anche materna (per la passività, l'acquiescenza...) nell'educazione ricevuta. La tentazione "gnostica" altro non era — meglio dire: appariva con forza e con evidenza a questo stadio della psicoterapia — espressione impaurita e ostinata di una rabbia antica verso il padre, velata di vergogna, e anche però di invidia verso il fratello che, attraverso l'ateismo, aveva trovato la strada di una ribellione morale — ciò che la paziente non aveva osato.

L'idea di "onnipotenza", che rimanda al campo semantico di "tutto" inteso come "infinito", è per definizione astratta, e nessuna esperienza può contenerla: così la paziente, in realtà, non sapeva bene in cosa davvero credesse, ma di questa confusione non era affatto consapevole. Superato lo scoglio che il pensiero concreto (come far risorgere un corpo polverizzato?...) frapponeva alla comprensione delle emozioni autentiche, la paziente poteva iniziare ora, davvero, un processo di riflessione analitica.

Esempio 2 — Nella successione degli eventi ogni stadio successivo sopprime il precedente, che svanisce nel nulla

Università di Chieti, lezione agli studenti del terzo anno, all'epoca non lontana in cui un ministro della pubblica istruzione ("pubblica", "istruzione"... parole grosse!) aveva provato a cassare dai programmi di scienze della Scuola media la teoria dell'evoluzione. Negli Stati Uniti l'idea di insegnare l'*intelligent design* in luogo della teoria dell'evoluzione sembrava tuttora praticabile e sensata, qui da noi fu fortunatamente e pressoché unanimemente respinta dal mondo della Scuola come ridicola e impraticabile.

Dunque, a lezione dico qualcosa a proposito della censura perdurante che grava su Darwin, cui impropriamente si attribuisce la fantasia popolare che l'uomo "discenda" dalle "scimmie". Mentre sto mettendo in evidenza la rozzezza di questa rappresentazione, a un certo punto accenno alle numerose verifiche esistenti a sostegno della teoria di uno sviluppo differenziato delle specie a partire da "antenati comuni". Una studentessa molto diligente, che segue puntualmente le mie lezioni prendendo appunti anche del superfluo, alza lo sguardo e mi fissa con espressione smarrita. Tanto che io mi interrompo e le chiedo «Signorina, ho detto qualcosa che non va?»

«Vede, professore», mi spiega, «quando ero piccola, al catechismo mi hanno insegnato che Dio ha creato l'uomo così com'è, "a Sua immagine e somiglianza"... Poi alle medie mi hanno invece insegnato che no, l'uomo discende dalle scimmie. E allora io mi sono sempre chiesta: va bene, sarà così, ma se l'uomo discende dalle scimmie, come mai ci sono ancora le scimmie?»

Già, verrebbe da domandarsi, e come mai ci sono ancora gli uccelli, i pesci, gli invertebrati, i batteri?... L'evoluzione pensata come se ogni mutamento progressivo annullasse gli stati precedenti, come se esistesse solo quello che è qui, flagrante, davanti ai nostri occhi. Se c'è stata "evoluzione", allora tutto quello che c'era prima dovrebbe essere estinto; oppure aveva ragione il catechismo, l'uomo sarebbe un "eletto", ben altro dal regno animale... Ma l'evoluzione avrà poi riguardato gli animali stessi? Il gatto di casa che non sta fermo un attimo e la tartaruga che ozia beatamente in giardino, saranno eredi di qualche strana forma di vita arcaica che possa definirsi come un loro "antenato comune"?

Pongo queste domande, e vedendo in giro facce interessate ma anche alquanto smarrite, benché l'argomento della mia lezione sarebbe tutt'altro che mi metto a spiegare così come posso un po' di biologia teorica. Parlo del concetto basilare di *fitness*, termine che nell'uso corrente ha ormai più a che fare con palestre e "centri benessere" che con Darwin. E poi, fosse così semplice!... Nessuno ormai sostiene più un modello lineare dell'evoluzione: ci sono comunque, nel *continuum* evolutivo, troppi "salti" difficilmente spiegabili, e da una

trentina d'anni o poco più, anche ipotesi che si iscrivono in quella darwiniana come movimenti di controtendenza, che appunto tentano di colmare i vuoti della concezione classica.

Provo a parlare di tutto questo, e cito la “teoria dell'handicap” di Zahavi (1975), che in Italia abbiamo conosciuto attraverso *Il gene egoista* di Dawkins (1976 [1979]) che qui di seguito brevemente riprendo per maggior chiarezza. La questione, si ricorderà, parte dalla difficoltà già di Darwin di spiegare la sussistenza specie-specifica di caratteristiche non vantaggiose, tipicamente nei maschi, che — secondo l'idea di Darwin della “selezione sessuale” — svolgono la funzione di richiamo dei partner per l'accoppiamento e la riproduzione. È il caso, per es., della coda spropositatamente lunga del maschio dell'uccello del paradiso: per quanto ingombrante e come tale mal-adattiva, potrebbe avere rappresentato agli occhi delle femmine la dimostrazione di una capacità dei maschi di procurarsi nutrimento ad alto contenuto vitaminico, o di essere particolarmente veloci nello sfuggire ai predatori (una coda corta potrebbe essere così perché strappata dal predatore nell'inseguimento). Scrive Dawkins (pp. 135-6):

[...] Come per le mode di abiti femminili o di modelli di macchine americane, la tendenza evolutiva ad avere una coda lunga prese quota e guadagnò terreno velocemente. Si arrestò solo nel momento in cui le code divennero così grottescamente lunghe che i loro chiari svantaggi cominciarono a superare il vantaggio di costituire un'attrattiva sessuale.

[...] Fra coloro che non credono a questa teoria c'è A. Zahavi [...] Egli fa rilevare che il semplice fatto che le femmine cerchino di scegliere tra i maschi quelli che portano buoni geni apre la porta all'inganno da parte dei maschi. I muscoli forti possono essere realmente una buona dote da scegliere da parte di una femmina, ma che cosa poi può trattenere i maschi dal farsi crescere dei falsi muscoli, che non abbiano più sostanza reale delle spalle imbottite in uso tra gli uomini? Se un maschio paga un prezzo minore nel farsi crescere muscoli falsi anziché veri, la selezione sessuale dovrebbe favorire i geni che determinano la produzione di questi muscoli falsi. Non passerà tuttavia molto tempo prima che una controselezione porti allo sviluppo di femmine capaci di scoprire l'inganno. La premessa fondamentale di Zahavi è che il falso richiamo sessuale alla fine sarà individuato dalle femmine, per cui la conclusione finale è che avranno successo quei maschi che non lanciano richiami falsi, quelli che dimostrano in modo tangibile di non star ingannando le femmine.[...] Zahavi è convinto che un vero maschio non debba solo *sembrare* uno di grandi qualità, ma che debba anche esserlo realmente, altrimenti non verrà accettato come tale dalle femmine scettiche. Si svilupperanno quindi forme di esibizione che solo un genuino vero maschio è in grado di compiere.

Qui viene il bello:

[Zahavi] ipotizza [...] che la coda dell'uccello del paradiso e del pavone, gli immensi palchi delle corna di cervo e le altre caratteristiche selezionate sessualmente, apparse sempre come un paradosso perché sembrano essere d'ostacolo a chi le possiede, evolvono proprio *in quanto* handicap. Un uccello maschio con una lunga e ingombrante coda mette in mostra agli occhi della femmina il fatto di essere un vero maschio abbastanza forte da sopravvivere *nonostante* la sua coda. Immaginiamo una donna che stia osservando due uomini che fanno una gara di corsa; se tutti e due arrivano al traguardo e però uno dei due si era volutamente sovraccaricato, mettendosi un sacco di carbone sulle spalle, la donna tirerà naturalmente la conclusione che il corridore più veloce è in realtà l'uomo che porta il peso.

Questa faccenda dei maschi ingannatori che alla fine vengono sbugiardati è piaciuta molto alle mie studentesse, e in aula si è aperto una specie di forum improvvisato, con il confronto tra diverse esperienze di fidanzamento dagli esiti più vari. Meno propensi ad accettare la teoria dell'handicap gli studenti di sesso maschile, per altro una esigua minoranza come è ormai la regola nelle nostre Facoltà. Un po' per completezza, un po' per solidarietà, ho fatto presente all'aula che anche Dawkins nel suo libro si mostra un po' diffidente verso Zahavi, benché la teoria dell'handicap evidentemente lo incuriosisca:

Non credo in questa teoria, sebbene io non sia più così scettico come la prima volta che l'ho sentita. Allora io rilevai che ne dovrebbe derivare come logica conclusione l'evoluzione di

maschi con una gamba sola o con un occhio solo. Zahavi, che viene da Israele, replicò all'istante: «Alcuni dei nostri migliori generali hanno un occhio solo!»

Ovviamente le ragazze e i ragazzi presenti dovevano ancora nascere all'epoca in cui Moshe Dayan era divenuto, oltre che l'eroe della guerra “dei sei giorni” (giugno 1967) anche quella che qualcuno oggi definirebbe una “icona pop”, e la battuta di Zahavi non è stata apprezzata come invece avrebbe meritato.

Comunque, questa discussione è servita ad aprire a tutti gli allievi, con una svolta inattesa e in qualche modo creativa, una visione del problema che in partenza nella loro testa era tanto concreta e angusta quanto può esserlo solo la didattica delle scienze nella Scuola media italiana¹¹.

Esempio 3 — Nomina non sunt consequentia rerum, ma al contrario: in principio era (solo) il nome

Ho avuto occasione, negli ultimi dieci anni circa, di occuparmi di una modalità di intervento (e, ciò che appunto fa lo stesso, di un nome) di recente introduzione nella pratica psicologica e, contestualmente, in quella forense: la così detta “mediazione familiare”. Ho partecipato a progetti e convegni, e insegnato in corsi organizzati sul tema da numerose associazioni sia di psicologi che di giuristi italiani e francesi: cercando sempre di portare avanti e di condividere una riflessione che provo qui a ricapitolare brevemente.

Questa metodica di intervento nelle crisi che portano alla rottura dei legami e dei contratti di coppia, ha come obiettivo la costruzione di accordi di separazione-divorzio che consentano la continuazione di una funzione genitoriale sufficientemente armonica da non far gravare più che tanto sui figli il peso del disaccordo coniugale.

Un secondo obiettivo sarebbe quello di deflazionare il contenzioso che opprime i Tribunali civili a causa della elevata litigiosità che caratterizza molte rotture coniugali, con il corteo di consulenze, perizie, affidamenti in prova, richieste di modifica del regime di affidamento iniziale, omessa corresponsione dell'assegno di mantenimento etc. che ne consegue.

Fin qui tutto bene. Il problema è che le condizioni immaginate dagli psicologi e dai giuristi che negli Stati Uniti, in Argentina, in Gran Bretagna, in Francia hanno dato vita in origine ai modelli che pur nelle loro diversità, tutti vengono denominati “mediazione familiare”, sono molto differenti dalle nostre: per es. negli Stati Uniti — dove è quasi impossibile accedere a un giudizio in alcune materie di diritto civile se non si può dimostrare di avere prima esperito un serio tentativo di accordo extra-giudiziale — i centri di mediazione sono *court-annexed* o comunque in vario modo accreditati presso i Tribunali. Vi è insomma una cultura dell'*ADR* (*Alternative Dispute Resolution*) così profondamente consolidata che nessuno degli interessati penserebbe di poter eludere un passaggio preliminare prima di presentarsi davanti al giudice. Questi si occuperà quindi solo delle questioni che non hanno potuto essere risolte da accordi privati “amichevoli”.

¹¹ Ma non solo delle scienze. Il modello lineare sotteso al pensiero concreto inquinava e inquina oggi ancora più che ieri tutte le discipline scolastiche. Ricordo le lezioni di storia dell'arte al liceo, e il libro di testo di cui non faccio menzione per rispetto ad anziani professori ormai certamente defunti. La successione degli stili architettonici: prima il romanico, poi il gotico, poi viene il rinascimento, poi il manierismo, poi il barocco, poi il rococò... Ma che ci fa una chiesa gotica a Milano, costruita nel '600? Se ne parlava come di un cantiere nei *Promessi sposi* che avevamo letto in quinta ginnasio (l'arrivo di Renzo in città, mentre serpeggia la rivolta per la chiusura dei forni). Chiedo spiegazioni alla professoressa, che mi risponde: «non ci badare, il duomo di Milano è un'eccezione». L'eccezione, cominciavo a comprendere malgrado la professoressa, non conferma affatto la regola, come vorrebbe il proverbio: mostra invece che la regola è falsa, o quantomeno debole. Un altro bel problema di sfumature, o meglio di categorie...

In Italia trascinare una controparte in Tribunale e farsi dare ragione da un'autorità costituita a dispetto di ogni possibilità di pervenire a un accordo ragionevole, sembra invece l'unico modo di risolvere un contenzioso in materia familiare come di consumi, di successioni o di lavoro. Questa ultima materia — il lavoro — prevede appunto, in attesa della prima udienza dinanzi al Tribunale, un tentativo obbligatorio di conciliazione preventivo presso gli uffici territoriali del Ministero competente. Qualsiasi avvocato vi dirà che questo tentativo si risolve sempre in una pura formalità, che in quanto tale paradossalmente allunga anziché abbreviare i tempi del processo. In Italia la domanda di "giustizia" come emanazione di un provvedimento dall'alto anziché come prodotto di una negoziazione assistita, prevale ed è coerente a una cultura autoritaria — non solo giuridica — consolidata.

Questi i termini per così dire "oggettivi" della faccenda. Fra le condizioni soggettive poste dagli importatori italiani della mediazione familiare vi erano le seguenti: i soggetti — due coniugi in fase di rottura — devono essere persone disposte a mettere in discussione le proprie ragioni; devono essere consapevoli che l'interesse dei figli è prevalente sul proprio; devono desiderare di pervenire a un accordo che permetta loro di continuare a esercitare congiuntamente e in armonia la funzione genitoriale; e proprio per questo, non devono ancora essersi rivolte a un Tribunale; la richiesta di mediazione deve essere pertanto in qualche modo spontanea, al più sollecitata dai rispettivi legali; questi ultimi si faranno da parte per tutta la durata della mediazione; questa non dovrà durare più di un certo numero limitato di incontri. Tutto ciò allo scopo di "facilitare" la separazione e il divorzio.

Ora, mi chiedevo e proponevo alla riflessione dei miei interlocutori, persone che rispondono a tali requisiti hanno proprio bisogno di un intervento esterno di mediazione? Così descritti, questi soggetti sembrerebbero perfettamente in grado di accordarsi da soli. Per non parlare dell'elusione potenziale del diritto alla difesa previsto dalla nostra Costituzione: in qualsiasi momento l'aver rinunciato all'assistenza del proprio legale porrebbe le premesse perché una delle parti rinneghi l'accordo raggiunto; e ancora, difficile mediare senza assistenza legale sui diritti cosiddetti "indisponibili"; e ancora, quali strumenti di verifica si potrebbero implementare nel *follow-up*, atteso che il senso di questi accordi sia proprio di reggere nel tempo, dato che riguarderebbero comportamenti che non si limitino a un singolo atto (come per una compravendita, o una cessione di società, o un risarcimento di danni), ma si svilupperebbero nel tempo? — E infine, più in generale: quanti ostacoli di natura politico-confessionale si dovranno mai superare per riuscire a introdurre proprio in Italia un metodo per "facilitare" separazione e divorzio? Tutto questo meglio esposto, per chi avesse curiosità di un approfondimento, in Stampa, 2001.

Per alcuni anni si è parlato così di mediazione familiare accomunando in una unica dizione modelli diversi, ognuno dei quali tendenzialmente si auto-proclamava "l'unico": nascevano centri, associazioni, si stipulavano accordi con gli Enti locali, qualche Magistrato richiedeva un intervento, e ben volentieri gli prestava la sua consulenza qualcuno dei mediatori che avevano sostenuto la condizione inderogabile della non-sussistenza di un giudizio in corso; circolavano proposte di Legge, finché una, la n. 53 del 2000 (*Disposizioni a sostegno della maternità e della paternità*), introduceva l'art. 342-ter del Codice Civile, che trattando di "ordini di protezione" come «l'allontanamento dalla casa familiare del coniuge o del convivente che ha tenuto la condotta pregiudizievole prescrivendogli altresì, ove occorra, di non avvicinarsi ai luoghi abitualmente frequentati etc.», prevedeva poi al secondo comma:

Il giudice può disporre altresì, ove occorra l'intervento dei servizi sociali del territorio o di un centro di mediazione familiare [...]

Ma la mediazione familiare non doveva riguardare solo soggetti altamente risposabili, intenzionati spontaneamente a trovare un accordo per salvaguardare la funzione genitoriale...?

Così la vicenda è proseguita tranquillamente, con una pervicace azione politica tendente a far passare *la denominazione* di mediazione culturale nei numerosi piccoli aggiustamenti alle norme del Codice Civile e di Procedura Civile promosse in sede legislativa con le motivazioni più fumose. Offrono mediazione familiare i Municipi, le parrocchie (per facilitare il divorzio?...), gruppi di psicologi afferenti a Istituti di terapia familiare, associazioni di avvocati specialisti in diritto di famiglia, con l'assistenza o meno di psicologi.

Non voglio qui sostenere che queste iniziative siano meno che rispettabili: ma solo che a nessuno è chiaro di cosa si stia parlando quando si parla di mediazione familiare — se non che a molti avvocati, psicologi, assistenti sociali, educatori etc., questa *denominazione* è apparsa e appare come l'apertura di nuove prospettive occupazionali.

Per fare cosa? Con questa confusione (letteralmente: interscambiabilità presunta tra nomi e cose), nessuna domanda reale è stata indagata seriamente: e nessuno si è ancora posto il problema di provare a calcolare quanto il fallimento di una “massa critica” di accordi di mediazione produrrebbe in prosieguo di tempo l'effetto perverso di allungare i tempi del contenzioso civile anziché abbreviarli. Se mai questa pratica prenderà piede, visto che, se non ha potuto costruire committenza, anche la costruzione di un mandato sociale sembra tuttora di là da venire.

Esempio 4 — “Normalità” = conformismo; se normalità = salute, allora conformismo = salute

In un articolo apparso alcuni anni fa su questa rivista (Grasso & Stampa, 2006)¹², si cercava di mostrare come alcuni concetti di uso corrente in psicologia e in psichiatria facciano riferimento a rappresentazioni della “salute mentale” che, nella migliore delle ipotesi, potrebbero definirsi banalizzanti e conformistiche, ma più propriamente sembrano semplicemente puerili — nel senso tecnico dell'espressione, appunto in quanto sottendono una dominanza del pensiero concreto. Così uno psichiatra della NASA, il capitano Perry (1965) selezionatore degli astronauti per le missioni Apollo:

Questo studio ha sottolineato sia l'importanza della salute mentale che i suoi legami con il senso comune. I sette astronauti effettivi non avevano solo curricula lavorativi esemplari, ma erano anche capaci di amare. Tutti provenivano da famiglie intatte e felici di piccole cittadine. Intorno ai trent'anni, tutti si erano sposati e avevano avuto figli. Sebbene fossero avventurosi piloti collaudatori, avevano subito insolitamente pochi incidenti nei loro anni di attività come piloti, e anche nel periodo precedente. Potevano tollerare con facilità sia la stretta collaborazione interdipendente che l'estremo isolamento. Si fidavano degli altri e non si lamentavano in situazioni di disagio. Tolleravano bene sia le emozioni positive che quelle negative. Non essendo particolarmente introspettivi, gli astronauti indugiavano di rado sulle proprie emozioni interiori, ma erano capaci di descriverle se richiesto. Erano consapevoli dei sentimenti degli altri, ed evitavano le difficoltà interpersonali.

Buon per loro. Noi però abbiamo pensato che da Tennessee Williams a Philip Roth, passando per tanta letteratura e tanto cinema americano, l'immagine delle famiglie “intatte e felici” della provincia americana ha subito non pochi scossoni da parte di osservatori forse meno “scientifici”, ma di certo intellettualmente più raffinati del capitano Perry...

* * *

Questo intervento vuole essere il primo di una serie dedicata al medesimo tema di fondo. Perciò:

1. / segue

¹² Ma si veda anche Grasso & Stampa, 2007 e 2008.

Bibliografia

- Agamben, G. (1995). *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Torino: Einaudi.
- Agostino (2000). *Le confessioni*. Trad. it. C. Carena, Torino: Einaudi.
- Althusser, L. (1972). *Ideologia e apparati ideologici di Stato*, in Barbagli, M. (ed.), *Scuola, potere e ideologia*. Bologna: Il Mulino.
- Bloomfield, L. (1933, 1961). *Language*, New York: Holt, Rinehart and Winston — Trad. it. (1974). *Il linguaggio*. Milano: Il Saggiatore.
- Bollea, G. (1988). *Introduzione*. In Bender, G., *Così io vedo il mondo. Diari e disegni dal viaggio in Italia di una giovane handicappata tedesca*. Roma: Carucci.
- Carli, R., Cecchini, M., Lombardo, G.P., & Stampa, P. (1995). *Psicologi e psicoterapia: oltre la siepe*. Milano: FrancoAngeli
- Caruso, P. (1969). *Conversazioni con Lévi-Strauss, Foucault, Lacan*. Milano: Mursia.
- Dawkins, R. (1976). *The Selfish Gene*. London: Oxford University Press — Trad. it. (1979). *Il gene egoista*. Bologna: Zanichelli.
- Gellner, E. (1959). *Words and Things. A Critical Account of Linguistic Philosophy and a Study in Ideology*. London: Gollancz; Boston: Beacon — Trad. it. (1961). *Parole e cose. Un contributo all'analisi del linguaggio e uno studio sulla filosofia linguistica*. Milano: Il Saggiatore.
- 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.
- Grasso, M., & Stampa, P. (2007). *Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia*. In Nicolò, G. & Salvatore, S. (eds.), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma: Carlo Amore.
- Grasso, M., & Stampa, P. (2008). ...“Siamo proprio di 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.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris: Editions de Minuit — Trad. it. (1966). *Saggi di linguistica generale*. Milano: Feltrinelli.
- Lacan, J. (1978). *Seminaire: L'insu que sait de l'une-bévue, s'aile à mourre, 8 marzo 1977, In Ornica?, 16, autunno: p. 13 ss.* — Trad. it. (1979). *L'insaputo che una svista sa va alla morra*,¹³ In Lacan, J. et al., *la trasmissione della psicanalisi*. Padova: Marsilio. La trascrizione della seduta “Nomina non sunt consequentia rerum” si trova alle pp. 35-43.
- Lombardo, G.P., Stampa, P., Cavalieri, P., Ciuffo, E. & Farnese, M.L. (1991). Struttura e risorse degli Enti privati di formazione in psicoterapia: una ricognizione. *Rivista di psicologia clinica*, V, 1, 25-47.
- McGuinness, B. (1983). *Wittgenstein e Freud*. In Gargani, G. (ed.), *Ludwig Wittgenstein e la cultura contemporanea*. Ravenna: Longo.

¹³ Faremmo torto al lettore non avvezzo ai giochi di parole così frequenti — e fondanti — nella scrittura di Lacan, se lo lasciassimo nel dubbio di trovarsi davanti a un colossale refuso. In francese, come rileva il traduttore di questo testo (p. 9, note 1 e 2), «c'è omofonia fra *L'insuccès* (l'insuccesso) e *L'insu que sait* (l'insaputo che [complemento oggetto] sa)»; mentre la seconda omofonia è fra il tedesco *unbewusst* (inconscio) e il francese *une bévue* (una svista).

Morris, Ch. (1946). *Signs, Language, and Behaviour*. New York: Prentice Hall — Trad. it. (1963). *Segni, linguaggio e comportamento*. Milano: Longanesi.

Musgrave, A. (1993). *Common Sense, Science, and Scepticism*. Cambridge: Cambridge University Press — Trad. it. (1995). *Senso comune, scienza e scetticismo*. Milano: Cortina

Perry, C.J.G. (1965). Psychiatric Selection of Candidates for Space Mission. *Journal of the American Medical Association*, 194: pp. 841-844

Piaget, J. (1951). *La geneèse de l'idée de hasard chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France — Trad. it. (1976). *La genesi dell'idea di fortuito nel bambino*. Roma: Newton Compton.

Queneau, R (1947, 1969). *Exercices de style*. Paris: Gallimard — Trad. it. (1983). *Esercizi di stile*. Torino: Einaudi.

Stampa, P. (1991). "Malpractice". Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell'errore in psicologia clinica. In Colamonicò, P., Montesarchio, G., & Saraceni, C. (eds.), *Psicodiagnostica e psicoterapia: parliamo di errori*, Roma, SIRP (Società Italiana per la Ricerca Psicodiagnostica). *Atti del III Congresso nazionale*. (pp. 147-159).

Stampa, P. (1992a). *La Sindrome di Haslemere. Dipendenza, controdipendenza, indipendenza dell'identità psicologico-clinica dal modello psicoanalitico*. In Ardizzone, M. et al. (eds.), *Lo psicologo clinico nei Servizi Socio-Sanitari. Modelli ed esperienze a confronto*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Stampa, P. (1992b). Contratto e obbligazione in psicologia clinica. Osservazioni sulla dimensione etica della competenza professionale. *Rivista di psicologia clinica*, VI, 3, 53-66.

Stampa, P. (1993a). Professional Ethics in Clinical Psychology and Psychotherapy: Not Simply a Matter of "Do" and "Don't", in Proceedings of the III Regional Meeting of the ICP (International Council of Psychologists), Padova, maggio 1992; pubblicati come *Comunian. A.L. et al. (eds.), Advancing Psychology and Its Applications*. Milano: FrancoAngeli.

Stampa, P. (1993b). Per un'etica professionale della psicologia clinica e della psicoterapia. Considerazioni preliminari di metodo. In Gentili, P. & Grasso, M. (eds.), *Psicologia clinica e psicoterapia* (pp. 9-19). Roma: Borla.

Stampa, P. (1993c). Considerazioni sul rapporto fra etica e competenza in aree professionali diverse: la politica, il diritto e la posizione della psicologia clinica. *Rivista di psicologia clinica*, VII, 2-3, 208-225.

Stampa, P. (1994). Alcune osservazioni sul rapporto fra competenza e prestazione nella professione psicologico-clinica. *Ricerca Psicoanalitica*, 1-2

Stampa, P. (1995a). L'art. 3 della Legge 56/89: un'analisi storica del dibattito politico sulla formazione in psicoterapia. In Carli, R., Cecchini, M., Lombardo, G.P., & Stampa, P., *Psicologi e psicoterapia. Oltre la siepe*. (pp. 11-81). Milano: FrancoAngeli.

Stampa, P. (1995b). Il processo di applicazione della normativa sulla formazione in psicoterapia. Un'analisi storico-critica dell'azione istituzionale per il "riconoscimento" degli Istituti privati (1990-1995). *Psicologia Clinica*, 2 (parte prima), 121-138.

Stampa, P. (1996). Il processo di applicazione della normativa sulla formazione in psicoterapia. Un'analisi storico-critica dell'azione istituzionale per il "riconoscimento" degli Istituti privati (1990-1995). *Psicologia Clinica*, 1 (parte seconda), 131-144.

Stampa, P. (2001). *Introduzione alla mediazione familiare: competenze, modelli, prospettive*, In Battaglini, M., Calabrese, M., Marchio, F., Saccu, C., & Stampa, P., *Codice della mediazione familiare. Raccolta di norme con il commento della giurisprudenza*. Milano: Giuffrè.

Villegas, M. (1990). Sincretismo, eclettismo e integrazionismo in psicoterapia. *Rivista di psicologia clinica*, 3, 249-273

Wallon, H. (1963). *Les origines de la pensée chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France — Trad. it. (1970), *Le origini del pensiero nel bambino*, Firenze: La Nuova Italia, 2 voll.

Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus Logico-Philosophicus*. London: Kegan Paul, Trench and Trubner — Trad. it. (1964), *Tractatus Logico-Philosophicus*. Torino: Einaudi.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Oxford: Basil Blackwell — Trad. it. (1967), *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi.

Zahavi, A. (1975). Mate Selection — A Selection for a Handicap. *Journal of Theoretical Biology*, 53, 205-214.

Quale formazione per quale psicologo

di Claudia Venuleo*, Stefano Manzo**, Sergio Salvatore***

Premessa

Proporre un modello teorico metodologico di formazione universitaria richiede innanzitutto di esplicitare lo scopo al quale la formazione tende. Dal nostro punto di vista, essa ha principalmente la funzione di promuovere le competenze sostanzianti il saper fare professionale.

I sistemi professionali costruiscono la propria immagine sulla capacità di sviluppare committenza e governare la relazione con la domanda sociale. L'offerta formativa va pertanto *ancorata* alla professione ed al suo sviluppo, e *promossa* strategicamente in ragione del territorio di insediamento e del suo contesto, ovvero dell'interpretazione culturale, simbolica che di questo territorio è fatta (Cfr. Carli & Paniccia, 2003) e che ne definisce vincoli e possibilità.

La nostra esperienza nel territorio salentino, ad esempio, ci mette a confronto con una domanda sociale che si configura prevalentemente come richiesta di intervento sui casi individuali. Tale domanda alimenta una richiesta di formazione in psicologia che rischia di risultare disallineata rispetto alle esigenze di collocazione professionale, nel momento in cui prefigura di intervenire su situazioni di scarto, con logiche ortopediche o comunque in ragione di aspettative sociali a valenza normativa; in definitiva, attraverso modelli incompatibili con gli obiettivi di sviluppo con cui quotidianamente si confrontano le istituzioni scolastiche, i servizi sociali e sanitari, le agenzie formative, ecc.

La rilevazione di questa criticità (tale anche dal punto di vista occupazionale) si accompagna d'altra parte alla parallela rilevazione delle risorse (modelli e metodi di intervento) di cui la disciplina dispone per ridefinire in termini di servizio la funzione professionale (Circolo del Cedro, 1991, 1992; Carli & Paniccia, 2003; Montesarchio & Venuleo, 2009).

In questo contributo avizzeremo dapprima una tesi sul prodotto della psicologia e sulla natura della domanda sociale ad essa rivolta, quindi sulle competenze necessarie a qualificare e governare la domanda sociale (Morozzo della Rocca & Ruggeri, 1997). Infine, rifletteremo sui dispositivi e i criteri interpretativi e metodologici tramite i quali i Corsi di Laurea in psicologia possono sostenere la valenza professionalizzante della formazione.

Quale psicologo formare?

Nel caso dei corsi di laurea di I livello in Psicologia, le alternative sembrano muoversi tra due poli:

Modello A: L'ancoraggio della laurea di base su specifici profili professionali, identificati in ragione di determinati ambiti settoriali – siano essi ambienti (esperto in tecniche psicologiche in ambito scolastico, in ambito organizzativo, in campo sportivo, ecc.), e/o tipologie di utenze (bambini, adolescenti, anziani, nevrotici, gestanti, ecc.) e/o attività (selezione personale, counseling, indagine di mercato, analisi clima organizzativo, ecc.)¹

* Ricercatrice di Psicologia Clinica. Dipartimento di Scienze Pedagogiche, Psicologiche e Didattiche. Università del Salento.

** Dottore di ricerca in Psicologia Clinica, Università del Salento.

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

¹ Ad un tale modello sembra ad esempio riconducibile l'offerta formativa dei quattro corsi di studio della classe di laurea in Scienza e tecniche psicologiche dell'Università di Padova: Scienze psicologiche cognitive e psicobiologiche - Scienze psicologiche sociali e del lavoro - Scienze

Modello B: L'investimento sulla preparazione di esperti in competenze tecniche "trasversali" rispetto ai contesti di impiego (es. tecniche di assessment, tecniche di osservazione, tecniche di analisi quantitativa e/o qualitativa dei dati che possono essere pensate al servizio di scuole, comunità terapeutiche e socio-assistenziali, aziende e applicabili/utilizzabili nei confronti di individui, gruppi, organizzazioni)².

La nostra ipotesi si muove su una terza prospettiva, che qui brevemente proviamo a motivare su un piano concettuale e su un piano strategico, per l'utilità che può avere *ai fini dell'individuazione di strategie di sviluppo del mandato sociale e di collocazione professionale*.

L'ancoraggio su specifici problemi definiti in ragione dei contesti di applicazione (Modello A) presuppone una differenziazione dei processi psicologici in ragione degli ambiti di committenza, ad esempio la distinzione tra fenomeni psicologici che è possibile incontrare nella scuola, nell'azienda, nel campo delle attività sportive, ecc., tale da giustificare una psicologia scolastica, una psicologia del lavoro, una psicologia dello sport, ecc. Tuttavia, come uno di noi ha già avuto modo di osservare (Cfr. Salvatore, 2006), gli ambiti settoriali non individuano in effetti processi psicologici specifici (che in quanto costrutti modellistici, sono trasversali ai contesti) ma si limitano a definire l'ambiente socio-simbolico entro cui si dispiegano. Il pensiero stereotipale, ad esempio, non segue modalità di organizzazione diverse a seconda che si esprimano a scuola o in un contesto organizzativo. E lo stesso può dirsi per il processo primario, la capacità di scopo, la mediazione semiotica e così via.

Sul piano strategico, un modello prestazionale della professione, che la intenda e la descriva cioè come un repertorio di attività e/o di operazioni (la somministrazione dei test, la conduzione del colloquio, la realizzazione di *role-playing*, ecc.) applicate a problemi definiti, non consente di trattare il contesto entro cui lo studente-futuro psicologo si troverà ad operare. È dunque un modello di ruolo particolarmente critico nei territori dove problemi istituiti come di pertinenza psicologica concernono ambiti ristretti e tradizionali e dove in

psicologiche della personalità e delle relazioni interpersonali - Scienze psicologiche dello sviluppo e dell'educazione, a loro volta articolati in diversi Curriculum. Così ad esempio viene presentato il corso di studio in Scienze psicologiche sociali e del lavoro: "Il corso di laurea è finalizzato alla formazione di una figura professionale in grado di interpretare le *situazioni tipiche della psicologia individuale, sociale e del lavoro*. Ci si riferisce a temi come: il benessere e la valorizzazione della persona; la formazione psicologica nelle organizzazioni e negli ambienti di lavoro; la selezione e valutazione del personale; i problemi del conflitto e della cooperazione; la psicologia del pregiudizio; la comunicazione e il marketing; gli strumenti psicosociali nell'analisi demoscopica; i rapporti con le comunità immigrate" (Corsivo nostro).

² Ad un tale modello sembra ad esempio riconducibile l'offerta formativa 2008-2009 del CdL in Scienze e tecniche psicologiche dell'università Bicocca di Milano: "L'obiettivo del Corso di laurea in Scienze e tecniche psicologiche è fornire un'adeguata conoscenza dei *metodi e dei contenuti generali delle scienze e delle tecniche psicologiche*, nonché l'acquisizione di alcune competenze professionali per operare nelle istituzioni e nelle aziende pubbliche e private e nelle organizzazioni" (Corsivo nostro). In questo caso i cinque differenti percorsi formativi previsti assumono a riferimento i principali settori scientifico-disciplinari – clinico (Corso in *Counseling e salute mentale*); del lavoro (Corso in *Lavoro e organizzazioni*), generale (*Psicologia cognitiva applicata*) e dello sviluppo (due corsi: *Valutazione, sostegno e riabilitazione nell'adulto e nell'anziano*; *Valutazione, sostegno e riabilitazione in età di sviluppo*) – e definiscono in termini di competenze trasversali ai contesti le dimensioni teoriche e tecniche da acquisire. Si veda ad esempio la definizione delle competenze promosse dal percorso "Counseling e salute mentale": 1. padronanza delle teorie fondamentali che consentono di comprendere i processi psichici coinvolti in situazioni di cambiamento e di crisi nell'arco del ciclo di vita; 2. acquisizione delle tecniche di osservazione e di valutazione che consentono, in differenti contesti (famiglia, scuola, servizi sanitari, comunità terapeutiche, ed altri), di rilevare e monitorare nel corso del tempo vari aspetti (cognitivi, affettivi, sociali) della condizione di crisi; 3. conoscenza dei test atti a rilevare i dati necessari per valutare le attitudini e le capacità della persona; 4. capacità di prender parte a programmi di prevenzione del disagio e delle patologie psichiche.

gioco vi è quindi la necessità di promuovere domanda sociale, attraverso politiche che permettano di evidenziare la capacità della psicologia di contribuire allo sviluppo dei fruitori (Salvatore & Potì, 2006).

D'altra parte il riferimento a sole competenze trasversali (Modello B) non consentirebbe allo studente di circoscrivere le tecniche (di assessment, di analisi testuale...) nel loro contenuto psicosociale ed operativo, che si può qualificare solo in ragione di un contesto specifico³. Non abbiamo qui lo spazio per richiamare la letteratura psicologica che insiste su questo punto. Ci limitiamo a evidenziare che le ricerche che hanno indagato l'immagine della professione entro la popolazione dei non psicologi (ad es. Carli & Salvatore, 2001; Guidi, Pasta, Longobardi & Salvatore, 2009) mostrano come la domanda di psicologia (la rappresentazione della funzione professionale, dei suoi oggetti, dei suoi strumenti), sia principalmente legata alle visioni del mondo di cui i potenziali utenti sono portatori; visioni del mondo che orientano evidentemente anche le modalità di fruizione dell'azione professionale, e dunque l'uso che se ne farà, dunque il valore che deriverà da tale utilizzo. Questo ordine di risultati porta a riconoscere come la costruzione della competenza atta a sostenere la relazione psicologo-utente richieda specifici modelli di competenza volti a comprendere, quindi a governare ed elaborare, la specifica modalità di costruzione socio-simbolica della professione che orienta la domanda di consulenza (Cfr. Salvatore & Potì, 2006).

Un'ipotesi che ci pare consenta di accogliere le considerazioni formulate è quella di perseguire lo sviluppo di una competenza fondata su un'unitarietà metodologica capace di ancorare le tecniche ai *processi* (piuttosto che agli ambiti), ovvero ad un insieme di funzioni corrispondenti ad una specifica e circoscrivibile dimensione di costruzione di valore (*inter alia*, Butera, 1991; Norman, 1991), dunque di *scopo* (lo sviluppo di risorse umane; l'orientamento al servizio; lo sviluppo organizzativo e/o di comunità; i processi di integrazione culturale; lo sviluppo di rete; il governo dei sistemi locali di convivenza; le politiche della qualità, ecc.).

Si può osservare che l'ancoraggio allo scopo, consente di riconoscere nel possibile fruitore dell'intervento psicologico non un portatore di specifiche sintomatologie/deficit/mancanze ma primariamente un portatore di progetti di sviluppo, da realizzarsi entro i più diversi contesti della vita quotidiana e sociale. L'ancoraggio allo scopo implica dunque il passaggio dalla logica della *pertinenza* (che delimita gli oggetti e definisce specifici ambiti di insistenza della funzione professionale) a quella del *servizio*, che lega il proprio valore non al risultato specifico della prestazione/azione organizzativa (*output*), ma al valore che tale risultato è capace di generare in funzione di come è utilizzato dal cliente (*outcome*).

Si può osservare come questo viraggio sia sollecitato da un'ampia e consolidata letteratura che ha messo in crisi negli ultimi cinquant'anni l'iniziale fiducia razionalistica nella possibilità di determinare gli esiti dell'azione professionale attraverso la definizione a monte di vincoli e procedure di attuazione, lasciando il campo ad una visione maggiormente dialettica, che riconosce come l'effetto di un'azione professionale dipenda dal rapporto tra l'azione stessa e la forma/direzione del sistema in cui l'azione si iscrive (contesto di aspettative, culture ed interessi che ha sollecitato la domanda e che media la fruizione dell'intervento da parte del

³ Si pensi all'analisi testuale impostasi come uno strumento utile per identificare, nei diversi ambiti della ricerca e dell'intervento sociale, i discorsi culturalmente disponibili; la scelta strategica fatta dagli specifici parlanti entro un certo contesto; la costruzione della realtà sociale fatta dal "linguaggio in azione", nell'analisi del processo terapeutico, nell'analisi delle culture professionali, negli studi sui modelli culturali che guidano i giudizi di soddisfazione dell'utenza scolastica, nell'analisi dei dispositivi comunicativi utilizzati nei dibattiti politici, nell'analisi dell'immagine della città, nello studio dei comportamenti di rischio, nei progetti di intervento di sviluppo sociale e promozione della cittadinanza. Accanto alla condivisione di alcuni principi di fondo, l'analisi testuale è condotta diversamente a partire da diversi modelli e criteri interpretativi, oltre che in ragione degli scopi per cui l'analisi viene posta in essere. Basti pensare alle tre differenti logiche che possono guidare l'analisi testuale che si serve di trascritti di colloqui o interviste per verificare gli esiti di un intervento, o per monitorarlo da un punto di vista organizzativo-strategico, o ancora per sviluppare da un punto di vista teorico-metodologico il corpus scientifico fondante l'azione professionale.

fruitore) (*inter alia* Carli & Paniccia, 2003; Circolo del Cedro, 1992; Hosking, Dachler & Gergen, 1995; Kaneklin & Scaratti, 1998; Montesarchio & Venuleo, 2009; Salvatore & Scotto Di Carlo, 2005; Venza, 2008). La psicologia clinica, la psicologia di comunità, quella delle organizzazioni hanno evidenziato gli effetti potenzialmente iatrogeni di un'azione professionale che non tenga conto dei modelli interpretativi dei fruitori, evidenziando il potere regolativo/mediatore di tali modelli sull'intervento.

In questa ottica, la competenza metodologica a creare le condizioni organizzative e simboliche che consentano alla tecnica di dispiegarsi e di funzionare da vettore di valore per il fruitore è il primo parametro della competenza professionale; è la condizione minima, anche se non sufficiente, di una *teoria dell'Intervento*, che sia capace di leggere la specificità (organizzativa, culturale, simbolica) dei contesti e di ricavare da tale lettura criteri di orientamento e di scopo (Cfr. Salvatore & Scotto Di Carlo, 2005).

In termini strategici, tale prospettiva qualificherebbe i corsi di laurea come spazio di promozione di una figura professionale capace di muoversi in termini di orientamento alla domanda emergente e di promozione della committenza sociale attraverso politiche che permettano di evidenziare la capacità della psicologia di contribuire al perseguimento degli obiettivi di sviluppo dei clienti.

Su quali competenze investire?

La figura professionale delineata al punto precedente sostiene un modello formativo che conferisce *centralità all'acquisizione di dispositivi categoriali* piuttosto che di modelli normativi (Guidi & Salvatore, 2006).

La fondamentale differenza tra i due modelli è la seguente. I modelli normativi operano in modo tendenzialmente incapsulato; sono cioè ciechi rispetto al contesto, in quanto si focalizzano sulla selezione della risposta corretta in corrispondenza dello stato ambientale ri-conosciuto (secondo lo schema "se... allora"). Al contrario, i dispositivi categoriali sovraordinati operano globalmente, producendo interpretazioni contingenti e locali del contesto, in funzione del governo/sviluppo della relazione con esso. Vanno dunque concepiti come mappe di secondo ordine, reticoli semantici orientanti il modo di ragionare (Salvatore, & Potì, 2006)⁴, capaci di interrogare con una specifica prospettiva interpretativa un insieme vasto di fenomenologie, e di costruirne di volta in volta - localmente, appunto - una comprensione, in rapporto alle condizioni contingenti in cui si manifestano. Il che in altri termini significa spostare l'accento da un modello di conoscenza statico, centrato sul possesso di conoscenze (siano esse intese come nozioni o come strutture gnoseologiche più complesse) ad un modello centrato sul potere metodologico dei saperi di organizzare l'esperienza e sostenere l'orientamento allo scopo.

La costruzione di dispositivi categoriali sovra-ordinati ha ovviamente conseguenze di tipo metodologico e operativo sulla selezione dei programmi disciplinari, sulle forme dei dispositivi formativi, sugli obiettivi di conoscenza ad essi assegnati, sui criteri di verifica, che dovranno sostenere/valorizzare/premiare la capacità di riconoscere e/o costruire il contesto di declinazione del sapere.

Gli stessi indicatori di Dublino insistono su questo punto nel momento in cui distinguono le competenze che i corsi di laurea dovrebbero promuovere in:

⁴ Per intenderci, la funzione interpretativa è per definizione una competenza di carattere metodologico. Sviluppare competenza interpretativa significa acquisire e saper utilizzare un set di criteri capaci di orientare l'attività ermeneutica che si dispiega all'interno della contingenza del setting di intervento. Tale set di criteri è concettualizzabile come un linguaggio, in quanto tale dotato di una *semantica* (gli oggetti, i modelli interpretativi, gli scopi), di una *sintassi* (le regole che da un lato organizzano e dall'altro vincolano la produzione di interpretazione) e di una *pragmatica* (i parametri relativi alle condizioni della relazione da tenere in conto nell'esercizio della funzione interpretativa) (Salvatore & Potì 2006).

- *competenza contestuale sui saperi* – che interpretiamo in termini di capacità di organizzare in quadri concettuali sistematici le fondamentali nozioni delle discipline previste dal corso di laurea (psicologiche, filosofiche, storiche, metodologiche ...);
- *competenza contestuale sulle metodologie, le tecniche, gli strumenti* – che interpretiamo come competenza ad utilizzare in modo sistematico e finalizzato le principali procedure osservative e di conduzione di colloquio, le metodologie della ricerca, i principali strumenti psicometrici; ma anche come competenza a interpretarne il significato teorico, così come le implicazioni metodologiche ed operative dei risultati;
- *autonomia di giudizio* – che intendiamo sia come capacità di utilizzare in chiave strategica, piuttosto che fideistica, le acquisizioni derivate dai saperi disciplinari, sia come capacità di modellizzare in chiave psicologica gli oggetti su cui lo psicologo è chiamato di volta in volta a intervenire (Salvatore, 2006).

Approfondiamo di seguito questo ultimo punto, che veicola non solo una teoria della formazione, ma più specificatamente un'immagine della psicologia e del suo prodotto.

L'autonomia di giudizio come modellizzazione della riflessività

Presentiamo brevemente come il consiglio didattico del Corso di Laurea in Scienza e Tecniche Psicologiche dell'Università del Salento ha interpretato il concetto di *autonomia di giudizio* entro la formazione triennale in psicologia⁵. Tale obiettivo formativo è stato inteso innanzitutto come *capacità di concettualizzare i fenomeni in chiave psicologica* (Salvatore, 2006): ovvero di modellizzarli in ragione di un modello psicologico di riferimento. Se si rinuncia, infatti, a trattare in termini realistico-referenziali - ovvero come stati del mondo – i dati di esperienza costruiti dall'immaginario sociale e motivanti la richiesta di prestazione professionale (si tratti di bullismo, di conflitto organizzativo o quant'altro), possiamo riconoscere che essi non hanno autonoma sostanza ontologica (Salvatore & Valsiner, 2006; Salvatore & Venuleo, 2009). È appena il caso di ricordare che il riconoscimento del carattere situato, e costruttivo dei processi di conoscenza ha messo in crisi il criterio di corrispondenza al reale come fondamento dell'oggettività e verità (Maturana & Varela, 1980). Da questa prospettiva, il mondo non può essere compreso come esistente indipendentemente da chi lo osserva, piuttosto va visto come "segnato" dai nostri criteri interpretativi. Ciò rende rilevante lo sviluppo di una *competenza riflessiva*, intesa come consapevolezza dei vincoli storici, culturali, ideologici e personali entro cui la conoscenza è costruita.

L'idea che la conoscenza possa essere compresa come un processo situato e intersoggettivo, piuttosto che come un universo omogeneo di significati già stabiliti ed indiscutibile (Chevallard, 2007) sfida l'assunzione implicita degli approcci strumentalisti relativamente alla competenza professionale. In accordo con lo strumentalismo, vi è solo un modo di fare la "cosa giusta" e tale strada può essere perseguita unicamente se sono seguite le procedure prescritte (D'Cruz, Gillingham & Melendez, 2007). Viceversa, specialmente in relazione a quelle professioni dove è ampio il margine di incertezza o difficile la previsione (Parton & O'Byrne, 2000), come nel campo dei servizi per la salute mentale (Rolf, 1997) oppure nei programmi di formazione psicologico clinica, guadagna spazio l'idea che il professionista debba in primo luogo acquisire consapevolezza delle assunzioni che sottendono il modo con cui egli contribuisce a definire il *cosa*, il *come*, il *perché* del proprio lavoro (Montesarchio & Venuleo, 2006; Sheikh, Milne & Macgregor, 2007; Taylor & White, 2000).

Le ricerche che hanno indagato le culture professionali degli psicologi (Bosio, 2004; Palmonari, 1981; Salvatore, 2001) sostengono ulteriormente questo punto; esse

⁵ Cfr. Regolamento 270 Corso di laurea in Scienza e Tecniche Psicologiche: <http://scienzedellaformazione.unile.it/didattica/triennali/stp>

convergono, infatti, nel mettere in risalto due aspetti fondamentali: a) i modelli professionali che caratterizzano gli psicologi non sono costituiti esclusivamente da repertori di conoscenze scientifiche e competenze tecniche ma si sostanziano anche in termini di modelli simbolici, cioè di forme di attribuzione di senso alla missione/identità/azione professionale; b) tali modelli simbolici hanno un ruolo rilevante nell'orientare le prassi professionali, in quanto funzionano da meta-modelli cognitivi che organizzano la definizione degli scopi professionali e le modalità di esercizio delle competenze tecniche. In questa ottica, la prima competenza che lo psicologo è chiamato ad acquisire è quella di pensare il proprio linguaggio e i modelli di cui si nutre, riconoscendo la propria implicazione nel processo di costruzione della realtà condivisa (Smedslund, 1997). Riconosciamo in questa riflessività la cifra distintiva del setting psicologico clinico.

Ad un livello complementare, la riflessività è riconoscibile come elemento fondativo di una teoria della tecnica professionale, di matrice psicodinamica, che riconosce nella *sospensione dell'azione* (Carli & Paniccia, 2003) e nell'elaborazione dei presupposti impliciti nella richiesta di consulenza, la *conditio sine qua non* dell'efficacia professionale. In questa ottica, la formazione in psicologia richiede lo sviluppo di specifici modelli di competenza di ordine riflessivo, volti a governare il gioco intrecciato dalle reciproche simbolizzazioni che consulente e cliente mettono in atto nel regolare il loro rapporto.

Lo sviluppo della competenza a trattare con la propria e altrui soggettività non può essere evidentemente rimandato al là e allora dell'esperienza professionale. Lo stesso setting formativo va concepito come contesto in cui esercitare (non solo costruire) la capacità di elaborare le componenti soggettive dell'esperienza, e implica dunque non solo metodologie e setting di lavoro specifici, ma anche diversi criteri di idoneità e di verifica.

La promozione di committenza formativa

La configurazione della formazione in termini professionalizzanti produce conseguenze rilevanti sulla cultura caratterizzante la relazione setting-utenza. Ne segnaliamo in particolare due.

1) Il venir meno di quell'assunto quasi sacro di connessione immanente tra impegno e risultato didattico, che regge il patto mitico docenza-utenza nella stragrande maggioranza dei contesti formativi, non solo universitari. In altri termini l'idea per cui impegno e diligenza siano condizioni necessarie e sufficienti per il successo formativo. Il nostro modo di pensare la formazione rende saliente un termine intermedio - la *soggettività* - che scompagina i modi di concepire e di perseguire formazione. La competenza professionale è una funzione dell'interazione dei fattori: investimento nella elaborazione dei saperi e soggettività. Il che implica la necessità di ampliare il campo della formazione in modo che sia in grado di abbracciare ambedue tali dimensioni.

2) La presa di distanza da una cultura della formazione di matrice adempitiva, basata su forme date di acquisizione di conoscenza e su contenuti statici assunti normativamente. Nel contesto di una formazione professionalizzante gli studenti di psicologia sono progressivamente e sistematicamente sollecitati a posizionarsi su dimensioni di attività formativa che concernono la connessione riflessiva tra teorie e prassi.

L'esperienza del Corso di Laurea STP dell'Università del Salento

Tale passaggio non è evidentemente scontato. Al contrario, i due elementi ora richiamati producono una condizione strutturale di conflitto culturale tra domanda ed offerta formativa. Se prendiamo il caso del Corso di Laurea dell'Università del Salento, in cui chi scrive opera, possiamo richiamare alcuni elementi, che consideriamo indiziari di tale conflittualità.

a) Nel corso dei primi due anni di attività del Corso di Laurea (di seguito CDL) - partito con l'anno accademico 2007/08- le lezioni del primo anno sono frequentate da circa il 20% degli studenti aventi obbligo (600 circa). Le attività integrative (tra cui laboratori, seminari di

approfondimento, seminari di ricapitolazione per gli studenti lavoratori) - considerate essenziali per lo sviluppo di quelle competenze critiche e riflessive che costituiscono parte integrante del profilo di competenza perseguito - sono state fruite da un numero ancora più basso di studenti.

b) Le criticità e le segnalazioni avanzate dagli studenti concernono aspetti come la difficoltà a superare gli esami; la mancanza di correlazione tra difficoltà della prova d'esame e il numero di crediti associato al corrispondente insegnamento (come se davanti a minori CFU dell'insegnamento minore dovesse essere l'impegno richiesto); il fatto che i docenti pretendono di inserire forme di verifica delle domande di "ragionamento".

Rispetto a quest'ultimo punto è utile evidenziare che il "ragionamento" di cui si parla consiste nel processo di utilizzo dell'informazione presente nei testi in nuovo contesto: l'informazione chiesta allo studente in sede di esame è presente nel materiale di studio indicato dal docente, ma per poter essere utilizzata va spesso rielaborata, generalizzata, cioè "liberata" dal formato con cui viene proposta e raccolta.

La difficoltà degli esami è quindi direttamente proporzionale al livello di implicazione richiesta allo studente, che viene sollecitato ad un'interpretazione della partecipazione/fruizione del setting formativo molto lontana da quella di cui è (ancora) portatrice la stragrande maggioranza degli studenti. Questi ultimi tendono a concepire lo studio come un'attività di acquisizione di elementi discreti di conoscenza, per cui lo scopo ed il valore del processo di apprendimento si esaurisce nell'acquisizione di nozioni, la cui validità e legittimazione ci si aspetta verrà stabilita in ragione della quantità di sforzo prodotto. D'altra parte il nesso impegno/studio/risultato non nasce in un *vacuum*. Al contrario, esso è espressione di una logica formativa più generale, che qualifica in termini applicativi l'utilizzazione del sapere scientifico entro il circuito dell'insegnamento-apprendimento (Salvatore & Potì, 2006).

Il punto è che il modello di competenza professionale assunto a scopo formativo in linea generale richiede di andare oltre tale nesso. Formarsi in psicologia non significa solo conoscere la psicologia. Significa anche e soprattutto acquisire una *forma mentis* capace di produrre pensiero critico e riflessivo. Si ha dunque a che vedere con due concezioni molto distanti della formazione: laddove buona parte della cultura studentesca qualifica in termini applicativi il rapporto tra il sapere scientifico e la sua utilizzazione, il progetto formativo promosso dal CDL sostiene invece che il sapere non sia di per sé in grado di regolare il processo formativo e l'agire professionale; in altri termini, non possiede al proprio interno i parametri della propria implementazione. Al contrario, richiede di essere declinato in chiave locale e contestuale, dunque – prima ancora – richiede la capacità di leggere la contingenza della propria utilizzazione.

Il CDL si confronta – potremmo dire *inevitabilmente* – con l'alterità dell'utenza studentesca. Inevitabilmente perché i modelli di fruizione degli studenti non sono vincolati, né determinati, da ruoli dati, né si sviluppano come atto di volontà. Possiamo anzi dire che la posizione dello studente, all'inizio del percorso formativo è per definizione incompetente, dunque irresponsabile (Cfr. Salvatore & Scotto Di Carlo, 2005; Kullasepp, 2006).

È in questa ottica che ancoriamo lo sviluppo della formazione professionalizzante non solo alla capacità di produrre competenze metodologiche, ma anche alla capacità di promuovere l'emergere della committenza relativa a tale tipo di competenze. D'altra parte, se le categorie che mediano l'apprendimento sono fortemente contingenti al contesto entro cui si realizzano, il corso di laurea non è solo un recettore/contenitore passivo dei processi semiotici proposti dagli studenti, ma anche un regolatore/mediatore di tali processi; processi di cui può pensare localmente le trasformazioni (Salvatore, Mossi, Venuleo & Guidi, 2008).

In altri lavori abbiamo definito *strategia di accomodamento* una strategia formativa che interpreta ed utilizza gli eventi critici per sviluppare l'appropriatezza del setting, in modo da renderlo mediatore e luogo di incontro con l'alterità (Venuleo, Salvatore, Mossi, et al. 2008). Nella prospettiva dell'accomodamento la modalità di costruzione socio-simbolica dell'immagine e del senso dell'offerta formativa presso gli studenti non si esaurisce - dunque non può essere saturata - sul piano funzionale e cognitivo, nella conoscenza dei suoi oggetti

e dei suoi parametri di funzionamento, ma richiede specifici setting formativi volti a governare, piuttosto che a liquidare, i modelli di fruizione e partecipazione degli studenti.

Non stiamo pensando ad uno specifico dispositivo formativo, ad una specifica prassi/attività, ma ad un modo di intendere la formazione che promuova presso gli attori della formazione una rappresentazione sensata del proprio agire-in-situazione e che può dunque attraversare i dispositivi e le prassi che la inverano. In linea generale è possibile operare una distinzione tra due tipi di metodi/accorgimenti (Cfr. Scotto di Carlo, 2008):

- le operazioni mirate a richiamare e rinforzare il contenuto funzionale e strategico delle posizioni assunte dai partecipanti (parleremo in questo senso di *dispositivi organizzativi*). Possiamo far rientrare in questa tipologia di dispositivi la definizione, all'inizio di ogni corso di insegnamento, del contratto formativo con gli allievi, in termini di esplicitazione degli obiettivi, delle competenze oggetto di verifica, dei criteri di valutazione utilizzati, della metodologia di lavoro assunta; lo stesso modo di pubblicizzare i programmi di esame è una forma di comunicazione e, in quanto tale, veicola performativamente un senso – un modello di rapporto formativo;

- i *dispositivi processuali*, vale a dire le operazioni/accorgimenti volti da un lato ad acquisire, da parte del CDL, elementi di conoscenza dei criteri con cui gli studenti affrontano il percorso formativo (es. rilevazione in ingresso delle immagini anticipatorie dell'Università, del ruolo di studente, dell'identità professionale; cfr. Salvatore, Mossi, Venuleo & Guidi, 2008), dall'altro a sviluppare presso gli studenti una posizione riflessiva sul posizionamento culturale nei termini del quale affrontano il percorso formativo (Cfr. Venuleo, Guidi, Mossi, & Salvatore, 2009). Ciò in particolare su due fronti:

- sul piano metodologico, ovvero dei criteri e delle strategie di conoscenza e di apprendimento e delle modalità di interpretazione e di uso delle competenze acquisite;

- sul piano riflessivo, sul modo di rappresentare e quindi di rapportarsi al contesto formativo e di prefigurarsi quello professionale.

Facciamo rientrare ad esempio nella tipologia di *dispositivi formativi integrativi (DFI) di tipo metodologico* i laboratori di metodologia dello studio, volti allo sviluppo dei modelli e delle strategie di apprendimento utilizzate dagli studenti. I laboratori - rivolti alle matricole ed obbligatori per gli studenti in debito formativo conseguente al risultato al test di ingresso - perseguono l'obiettivo generale di promuovere presso gli studenti un approccio contestuale all'apprendimento e al valore della conoscenza, dei suoi oggetti, dei suoi obiettivi.

Facciamo rientrare nella tipologia di *dispositivi formativi integrativi (DFI) di tipo riflessivo* le attività entro cui gli studenti possano esprimere, riconoscere e rielaborare, le proprie immagini – fondamentalmente implicite ed a connotazione emozionale – del ruolo di studente, dell'università, della professione.

Riconosciamo in questo la funzione compiutamente clinica della formazione...

Il modello del setting istituyente all'Università

“Mi sono iscritto a psicologia per coltivare un interesse di lunga data. Sono affascinato dall'idea di scoprire i segreti e il funzionamento della mente umana. Sono pronto a studiare moltissimo per essere uno studente modello. Può essere che un giorno i miei cari si rivolgeranno a me con la fiducia di poter essere aiutati a risolvere i loro problemi. Io spero solo di riuscire ad esserne capace. Non mi importa essere pagato per questo”

Questo un frammento del resoconto prodotto da uno studente al primo anno del Corso di laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche in risposta alla richiesta di scrivere un resoconto sul tema “Cosa significa essere studenti di psicologia”

Dal resoconto emerge una specifica immagine della formazione, della psicologia, del ruolo di studente che possiamo dire essere organizzata in chiave auto-referenziale. Alcuni elementi:

- la committenza sulla formazione universitaria concepita in termini di crescita personale;
- la psicologia concepita come un sistema di conoscenze preconstituito che occorre acquisire, privo/indifferente a dimensioni organizzative e funzionali (lo studente immagina per esempio di potere esercitare la funzione psicologica nei confronti dei suoi cari e non considera il pagamento un parametro rilevante);
- una rappresentazione del proprio ruolo di studente in posizione di dipendenza dalle aspettative degli altri: il desiderio è di meritare la fiducia dei propri cari nel futuro e di essere uno studente modello nel presente.

Dal nostro punto di vista, il valore di questi significati risiede nel fatto che essi organizzano semioticamente e dunque pragmaticamente la relazione che lo studente stabilirà con gli oggetti del sistema di attività in cui è iscritto.

Si pensi al passaggio in cui essere “uno studente modello” viene considerata una garanzia della propria futura capacità di aiutare gli altri, di fatto tracciando uno stretto rapporto tra investimento personale e prodotto del processo formativo. Tale binomio con tutta probabilità sosterrà per esempio: il prendere parte alle lezioni, la lettura di tutte le pagine di tutti i libri di testo suggeriti dai docenti per preparare un esame... La stessa premessa, tuttavia, probabilmente non sosterrà la committenza su operazioni che implicano la messa tra parentesi della dimensione normativa del proprio essere in formazione. Ad esempio, situazioni quali: interrogarsi sull'utilità della lezione; riflettere sui significati sovra-ordinati che organizzano le differenti nozioni presenti nei libri; analizzare la nozione di inconscio alla luce del dibattito storico e di come si è sviluppato nel tempo e in relazione all'uso che può essere fatto di questo concetto nel colloquio clinico...

I significati che gli attori attribuiscono al sistema formativo sono infatti tutt'altro che neutri rispetto alle forme della loro partecipazione. Piuttosto organizzano l'uso che verrà fatto degli oggetti formativi e dunque il valore che essi assumono. Dal nostro punto di vista è dunque una specifica esigenza della formazione quella di costruire spazi per pensare i significati veicolati dagli atti discorsivi e dai posizionamenti assunti dagli studenti.

In un altro lavoro, in riferimento al più ampio mondo scolastico, abbiamo definito *setting istituyente* (Venuleo, Salvatore, Mossi et al. 2008) un modello di relazione formativa capace di generare pensiero sul proprio pensiero (sulla propria identità di studente di uno specifico setting di insegnamento-apprendimento, sull'identità professionale di riferimento, ecc.). L'oggetto del setting istituyente non è costituito da “rappresentazioni dichiarative” (conoscenze definite, set di informazioni...) ma dalle categorie di secondo ordine che le organizzano. Il setting istituyente interagisce e si confronta con i vincoli (cognitivi, affettivi, simbolici) posti in essere dagli studenti e, contemporaneamente, promuove il loro sviluppo attraverso la scelta metodologica di non trattare questi codici come scontati in quanto tali, né scontati nel loro valore d'uso.

Nel caso della formazione professionalizzante in psicologia, tale esigenza è ancora più cogente. Se infatti sono i significati a guidare il modo con cui gli individui si relazionano al mondo sociale, la psicologia si configura come “scienza della costruzione di senso” – impegnata ad analizzare le forme e i prodotti simbolici tramite i quali gli attori costruiscono la propria esperienza del mondo – ed al contempo come “scienza della relazione” (Carli, 2006), che fonda la propria prassi sulla capacità di governo dei significati affettivi condivisi. Il che significa che nel caso della formazione in psicologia, la competenza riflessiva sui propri modelli di conoscenza è uno specifico fondamentale prodotto formativo (Cfr. Carli, Grasso & Panizza, 2007; Montesarchio & Venuleo, 2009).

In questo senso, nella diversità delle specifiche funzioni perseguibili⁶, i dispositivi riflessivi si offrono come setting per apprendere dall'esperienza un modo di concepire ed esercitare la

⁶ Il CDL dell'Università del Salento ha attivato in particolare:

- laboratori di analisi della domanda, previsti come fase propedeutica alle attività didattiche e volti a facilitare l'elaborazione socio-affettiva e cognitiva del processo di inserimento degli studenti in ingresso (Carli, 2001; Montesarchio et al., 2003; Salvatore et al. 2008).

professione psicologica, un modo caratterizzato appunto dall'adozione di una posizione riflessiva che operi come regolatore di base del ruolo:

- il formatore non parla di psicologia, piuttosto esercita una funzione psicologica, promuovendo una posizione riflessiva sugli atti discorsivi e comportamentali agiti dagli studenti nel qui ed ora dell'attività in cui sono implicati. Così facendo, suggerisce che prendere parte all'attività accademica non è qualcosa di separato dalla costruzione della competenza psicologica che lo studente intende esercitare nel futuro;
- il formatore non mira a scoprire, rilevare essenze nascoste, né a trasmettere verità e contenuti rappresentazionali che hanno valore per tutti; piuttosto, sollecita e consente l'elaborazione degli obiettivi, delle aspettative, dei significati con cui gli studenti prendono parte all'esperienza e costruiscono il senso dell'attività in cui sono impegnati. Così facendo, suggerisce che essi sono direttamente implicati nella costruzione del significato dell'esperienza formativa, e che dunque la loro soggettività, le loro aspettative e i loro obiettivi giocano un ruolo primario nella realizzazione delle condizioni del proprio sviluppo.

Lo studente, auspicabilmente, apprende a pensare l'esperienza universitaria come fatto clinico: il suo significato e valore non è scontato, né "pronto e fatto", ma il prodotto di un processo che si dispiega entro specifiche condizioni di setting e regolato dalla propria e altrui soggettività.

Note di chiusura

L'efficacia di un progetto formativo non è mai l'esito diretto dell'azione; piuttosto dipende dal rapporto tra l'azione stessa e la forma/direzione del sistema (organizzativo, istituzionale, culturale) in cui l'azione si iscrive. In questa ottica, la verifica si configura come funzione indispensabile di orientamento e di regolazione dell'offerta formativa.

Il CdL dell'Università del Salento ha attivato diversi sistemi di verifica volti non solo ad analizzare gli esiti raggiunti da singole azioni formative o dall'intervento formativo nel suo complesso, in termini per esempio di produttività espressa dagli studenti in un certo arco di tempo, ma anche a produrre un giudizio di tipo organizzativo-strategico sull'intervento, ovvero un giudizio sull'utilità/appropriatezza e il senso che esso ha (avuto) per il fruitore.

Alcuni dati

Il monitoraggio delle carriere mostra come il livello medio di produttività degli studenti non è da considerarsi basso: gli studenti immatricolatisi nel 2007/08 avevano acquisito mediamente 42 CFU nella finestra temporale che si estende fino al febbraio 2009 (dunque fino alla sessione straordinaria del primo anno di corso). Inoltre, la produttività, cioè il numero di crediti acquisiti dagli studenti per unità temporale va aumentando nel tempo. Questo dato ci sembra particolarmente interessante. Esso si presta ad essere interpretato nel seguente modo: gli studenti stanno progressivamente comprendendo qual è lo standard atteso. Il che sul piano teorico e strategico significa che è pensabile un setting formativo dove l'offerta sia capace di regolare la domanda.

- laboratori di analisi del processo formativo, rivolti agli iscritti al secondo anno, volti a sostenere la riflessione sulla modalità di categorizzazione dell'esperienza formativa realizzata, sulle forme di utilizzazione dei dispositivi attivati, sul modo di fruire dunque degli oggetti, delle regole, delle procedure e delle attività formative messe in campo, e a raccogliere – in un'ottica di governo - elementi di sviluppo e di criticità dal punto di vista degli studenti dell'esperienza universitaria fino a quel momento realizzata, pensati dunque anche come occasioni per fare manutenzione dell'intervento.

La produttività delle carriere degli studenti che hanno frequentato le attività propedeutiche di recupero del debito formativo⁷ è molto simile a quella degli studenti che sono entrati nel Corso senza aver avuto assegnato alcun debito. La produttività di ambedue questi gruppi è superiore a quella degli studenti con debito assegnato ma annullato per via amministrativa (agli studenti già in possesso di altra laurea non viene riconosciuto debito). Nel complesso tali dati segnalano l'efficacia dei laboratori di metodologia dello studio che hanno permesso agli studenti con debito di saturare il gap e di esprimere una produttività comparabile a quella dei colleghi senza debito.

La verifica dell'impatto simbolico dei laboratori di analisi della domanda attivati all'inizio del primo anno evidenzia come il lavoro riflessivo sulle immagini anticipatorie dell'Università, del ruolo di studente, della professione, abbia permesso agli studenti di elaborare l'iniziale riferimento idealizzato alla psicologia e, in conseguenza di ciò, di sviluppare un modello di committenza maggiormente coerente con la natura del contesto formativo di sistema di attività regolato da obiettivi (Cfr. Venuleo, Guidi, Mossi & Salvatore, 2009).

Simili risultati ci incoraggiano nel pensare che perseguire formazione professionalizzante all'Università è possibile. Il che non significa sia facile.

Per questo preme sottolineare un punto.

La proposta teorica-metodologica di formazione universitaria qui delineata è il precipitato di un confronto vivo e stimolante entro il consiglio didattico del neonato corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Università del Salento, che si è dato l'opportunità di riflettere sul suo processo istituzionale e di elaborare criteri globali condivisi in funzione della tipologia di psicologo che si condivideva di formare. Ciò per inciso si è tradotto non solo nella condivisione di una precisa epistemologia che ha organizzato la definizione dei singoli programmi disciplinari ma anche nella condivisione di funzioni di gestione, sistemi di conoscenza del contesto; dispositivi di qualità; modelli di verifica, che sarebbe stato impraticabile percorrere su iniziativa individuale, e allo stesso tempo necessari a garantire quella flessibilità ed insieme organicità dell'azione organizzativa che permette l'interlocuzione con il contesto-cliente, intrinsecamente variabile: cliente interno (lo studente) ed esterno (il territorio locale in cui il CDL si iscrive).

Ci sembra utile porre in conclusione questo punto, che in realtà su un piano operativo è anche la premessa del progetto di formazione sopra delineato, per dire che quale che sia il modello di formazione assunto da un corso di laurea, pensare in termini strategici la formazione in psicologia (e più in generale la formazione universitaria) richiede la rottura dell'autoreferenzialità delle singole azioni formative e l'elaborazione di criteri "di campo" condivisi da parte del corpo docente; criteri capaci di operare una sintesi tra il riconoscimento e la valorizzazione della pluralità dei saperi psicologici e disciplinari e la necessità di superare la frammentazione, attraverso l'individuazione di indirizzi di sviluppo entro ed in funzione dei quali le diverse opzioni (metodi, teorie, approcci, tagli epistemologici e disciplinari) possono trovare un linguaggio e chiavi interpretative condivise per dialogare, anche conflittualmente.

La formazione alla professione psicologica richiede di essere pensata, organizzata e perseguita come un setting.

⁷ In fase di ingresso gli studenti si sottopongono ad una batteria di prove volta a rilevare i modelli simbolici di anticipazione del ruolo ed ad analizzare il livello di competenza di ingresso. Due delle aree indagate sono le competenze di ragionamento logico e comprensione del testo e la conoscenza di base della lingua inglese. Gli studenti con basso livello di competenza in tali due aree sono ammessi con debito formativo, rispettivamente nelle aree Metodologia dello studio e Inglese.

Bibliografia

- Bosio, C.A. (Ed.) (2004). *Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Butera, F. (1991). *Il castello e la rete*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (2006) Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2/3, 1118-120. Retrieved (May 13, 2007) from: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/english/number2/editoriale.htm>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccchia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica. Pensare emozioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. & Salvatore, S. (2001). *L'immagine della psicologia*. Roma: Kappa.
- Chevillard, Y. (2007). Readjusting Didactics to a Changing Epistemology. *European Educational Research Journal*, 6 (2), 9-27. Retrieved (August 13, 2007) from: http://yves.chevallard.free.fr/spip/spip/article.php3?id_article=109
- Circolo del Cedro (1991). Tre tesi e sei questioni sulla psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 249-259.
- Circolo del Cedro (1992). La competenza psicologico clinica. Riflessioni e proposte del Circolo del Cedro. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 6-38.
- D'Cruz, H., Gillingham, P., & Melendez, S. (2007). Reflexivity, its Meanings and Relevance for Social Work: A Critical Review of the Literature. *British Journal of Social Work*, 37 (1), 73-90.
- Guidi, M. & Salvatore, S. (2006). *Trasformazioni di scenario e nuovi modelli di formazione*. In F. Bochicchio (Ed.), *Gli esperti della formazione. Profili interpretativi di una professione emergente* (pp. 185-214). Lecce: Amaltea Edizioni.
- Guidi, M., Pasta, T., Longobardi, C., & Salvatore, S. (2009). L'immagine della consulenza psicologica presso gli insegnanti della scuola italiana. *Psicologia scolastica*, 7 (2), 163-186.
- Hosking, D.M., Dachler, H.P., & Gergen, K.J. (1995). *Management And Organization: Relational Alternatives To Individualism*, Aldershot: Avebury.
- Kaneklin, C., & Scaratti, G. (1998). *Formazione e narrazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kullasepp, K. (2006). Identity Construction of Psychology Students: Professional Role in the Making. *European Journal of School Psychology*. Special issue. The making of a Psychologist: a school for life in the profession, 4 (2), 249-280.
- Maturana, M.R., Varela, J.F. (1980). *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Dordrecht, Holland: Reidel Publishing Company.
- Montesarchio, G., & Venuleo, C. (2006). Constructing Psychotherapists' Social Roles. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 403-415.
- Montesarchio, C., & Venuleo, C. (2009) (Eds). *Colloquio Magistrale. La narrazione generativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Morozzo della Rocca, E., & Ruggeri, E. (1997). *È l'università una risorsa per il Sistema Professionale della psicologia? Resoconto dell'Esperienza Pratica Guidata*. In R. Carli (Ed). *Formarsi in psicologia clinica*. Roma: Kappa, p.65.

- Norman, R. (1991, II ed). *Service Management: Strategy and Leadership in Service Business*. Baffin Lane, Chirchester: John Wiley & Sons (trad. it.: Milano: Etas Libri 1992).
- Palmonari, A. (Ed.). (1981). *Psicologi: Ricerca socio-psicologica su un processo di professionalizzazione*. Bologna: Il Mulino.
- Parton, N., & O'Byrne, P. (2000). *Constructive Social Work: Towards a New Practice*. Basingstoke: MacMillan.
- Rolf, G. (1997). Beyond expertise: theory, practice and the reflexive practitioner. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 93–97.
- Salvatore, S. (2001). *La scuola come cliente. I risultati del Laboratorio Pilota*. Milano: FrancoAngeli.
- Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2/3, 121-134. Retrieved (May 13, 2007) from: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/english/number2/Salvatore.htm>
- Salvatore, S. & Mossi, P, Venuleo C., & Guidi M. (2008). *Pregnanza e sensatezza della formazione*. In G. Venza (Ed), *La qualità dell'Università. Verso un approccio psicosociale* (pp. 49-69). Milano: FrancoAngeli.
- Salvatore, S., & Poti, S. (2006). *La lezione come dispositivo della formazione psicologico clinica*. In G. Montesarchio, & C. Venuleo (Eds.), *Narrazione di un iter di gruppo: Intorno alla formazione in psicologia clinica* (pp. 98-137). Milano: FrancoAngeli.
- Salvatore, S., & Scotto di Carlo, M. (2005), *L'intervento psicologico per la scuola. Modelli, Metodi, Strumenti*. Roma: Carlo Amore.
- Salvatore, S., & Valsiner, J. (2006). Am I really a Psychologist?. Making sense of a super-human social role. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 5-30.
- Salvatore S., & Venuleo C. (2009). *The unconscious as source of sense: A psychodynamic approach to meaning*. In B. Wagoner. *Symbolic Transformations: The mind in movement through culture and society*. London: Routledge.
- Scotto di Carlo, M. (2008). L'implicazione del cliente come fondamentale principio metodologico dell'intervento entro i contesti d'apprendimento. *Scritti di gruppo*, 2. Retrieved (December 12, 2008) from: http://www.associazioneppg.it/rivista_psicologia/numero_02.asp
- Sheikh, A. I., Milne, D.L, & Macgregor, B.V. (2007). A model of personal professional development in the systematic training of clinical psychologists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 14 (4), Jul-Aug 2007, 278-287.
- Smedslund, J. (1997). *The Structure of Psychological Common Sense*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Taylor, C., & White, S. (2000). *Practicing Reflexivity in Health and Welfare: making knowledge*. Buckingham: Open University Press.
- Venuleo, C., Guidi, M., Mossi, P.G., & Salvatore, S. (2009). L'istituzione generativa. L'impatto di un setting riflessivo sulle immagini anticipatorie del corso di laurea in psicologia. *Psicologia Scolastica*, 7 (2), in press.
- Venuleo, C., Salvatore, S., Mossi, P. et al. (2008). Dal setting istituito al setting istituyente: riflessioni per lo sviluppo della relazione educativa nel processo di insegnamento-apprendimento. *Psicologia Scolastica*, 6 (2), 225-266.
- Venza, G. (Ed) (2008), *La qualità dell'Università. Verso un approccio psicosociale*. Milano: FrancoAngeli.

Disturbo borderline di personalità e dipendenza da sostanze. Esperienze di presa in carico in Ser.T. e Comunità Terapeutiche.

di Patrizia Meringolo^{*}, Alessandro Ridolfi^{}, Giulia Lorenzini^{**}**

Introduzione

Con il termine doppia diagnosi (DD) si intende, letteralmente, la presenza contemporanea di due disturbi psichiatrici che soddisfano i criteri diagnostici di un sistema nosografico di riferimento; nella nomenclatura psichiatrica si intende invece la compresenza di una dipendenza o abuso di sostanze con un altro disturbo psichiatrico (American Psychiatric Association, 2002; Torres, 2008).

L'assunzione di sostanze psicotrope è stata quindi letta come causa, conseguenza o fenomeno concomitante rispetto a disturbi psicopatologici, che possono variare da singoli sintomi o segni di sofferenza psichica, configurando talora dei disturbi sottosoglia, fino a disturbi gravi e conclamati, anche di natura psicotica.

Le combinazioni ulteriori con tratti o disturbi di personalità diversi, in genere appartenenti al cluster B, variano e moltiplicano i quadri clinici con caratteristiche diagnostiche, prognostiche e terapeutiche molto diverse.

Il termine deriva da una traduzione approssimativa del termine anglosassone *dual diagnosis* (De Leon, 1989), tuttavia il fenomeno della compresenza nello stesso soggetto di due o più diagnosi è noto anche con il termine comorbidità. Entrambe le accezioni sono soggette a critiche: il termine comorbidità rimanda infatti a due distinte eziopatogenesi, cosa rara in ambito psichiatrico rispetto a quello medico; l'espressione DD suggerisce invece l'idea di un doppio trattamento e la presenza di una relazione causa effetto tra i due quadri patologici, difficilmente riscontrabile nella pratica clinica.

Accanto a difficoltà nella definizione, la questione della DD porta con sé una serie di problematiche.

Il processo diagnostico di tali pazienti molto spesso è difficile, richiede osservazioni prolungate e disponibilità del clinico a rivedere costantemente le proprie conclusioni. Una corretta valutazione diagnostica è di fondamentale importanza a fini prognostici e per una corretta impostazione del trattamento: quando tali pazienti richiedono di entrare in terapia, le loro sindromi psichiatriche acute sono spesso scambiate per sintomi indotti dalle sostanze stupefacenti; viceversa, i fenomeni legati alla disassuefazione o all'intossicazione sono scambiati per malattie psichiatriche. Inoltre, anche quando la DD è accertata, difficilmente viene presa in considerazione per gli interventi terapeutici successivi (Adams, Jendritza & Kim, 2006; Fioritti & Solomon, 2002; Hasin, Samet, Nunes, Meydan, Matseoane, & Waxman, 2006; Manzato & Fea, 2004; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2004; Torres, 2008).

Di conseguenza l'intervento su questi pazienti è molto complesso. La presenza contemporanea di due o più disturbi determina infatti una maggiore gravità e tendenza alla cronicizzazione delle problematiche tossicologiche, mediche, psicologiche e sociali, rispetto alla sola condizione di dipendenza da sostanze ed inoltre è più suscettibile a ricadute.

In questa tipologia di pazienti il decorso del disturbo è più lungo, la disabilità sociale è più grave, la riabilitazione è più lunga e difficile (Bellack, Bennett, Gearon, Brown & Yang, 2006; Brunette & Mueser, 2006; Fioritti & Solomon, 2002; Manzato & Fea, 2004; Torres, 2008)

^{*} Dipartimento di Psicologia

^{**} Facoltà di Psicologia di Firenze.

L'autore responsabile per la corrispondenza è Giulia Lorenzini: giulia_lorenzini@virgilio.it

La relazione tra i servizi, quello sulla salute mentale (Dipartimento di Salute Mentale, DSM) e quelli sulle dipendenze (Servizio per le tossicodipendenze, Ser.T. e Comunità Terapeutiche residenziali) è spesso problematica. La DD tende infatti a sovrapporsi tra i vari servizi e richiede un avvicinamento della psichiatria ad un ambito dal quale è stata separata (Bellio, 2005; Cicogni, 2004; Fiorin & Citron, 2005; Fioritti & Solomon, 2002).

Il personale che si trova a trattare con questa tipologia di persone si scontra spesso con quadri estremamente complessi e poco gratificanti, dove sono numerosi gli insuccessi terapeutici e le ricadute. In tale condizione anche la relazione con il paziente è gravemente danneggiata, oltre che dagli effetti della sostanza anche dalle problematiche connesse al disturbo psicopatologico (Connors, DiClemente, Dermen, Kadden, Carroll & Frone, 2000; Drake, 2006; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998; Drake, Mueser & Brunette, 2007; Fiorin & Citron, 2005; Fioritti & Solomon, 2002; Manzato & Fea, 2004; Mosti & Clerici, 2003; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2004; Tact, Murphy, Musser & Remington, 2004; Warwar, Links, Greenberg & Bergman, 2008).

Il quadro clinico di cui prendersi carico deriva quindi dall'associazione tra Disturbo Borderline di Personalità (BPD) e Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze (SUDS).

Il BPD può essere definito come un quadro in cui l'instabilità affettiva, i disturbi dell'umore e dell'immagine di sé sono di una gravità tale da rendere difficile la differenziazione sia dalla psicosi che dalla nevrosi. Da questo deriva la sua denominazione borderline, stato limite.

Fra i disturbi di personalità il BPD si caratterizza poiché impegna i servizi in frequenti azioni di contenimento e fronteggiamento delle urgenze. Il paziente si distingue per una deficitaria regolazione delle emozioni, degli affetti, delle relazioni e della identità personale, dando frequentemente luogo a quadri di funzionamento caratterizzati da una perdita di controllo degli impulsi (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Stone, 2000; Stone, 2005).

Il BPD è associato spesso a consumo di droghe e alcol. Nel DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) il consumo patologico di sostanze viene indicato come Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze (SUDS).

Sulla relazione tra BPD e SUDS le varie impostazioni teoriche assumono posizioni differenti, sottolineando come l'utilizzo di sostanze serva a far fronte a un vuoto incolmabile che questi pazienti portano con sé (Correale, Alonzi, Carnevali, Di Giuseppe & Giacchetti, 2001) e/o come l'utilizzo di sostanze serve per placare un caos nelle emozioni e nella condotta divenuto ormai insopportabile (Linehan, 1993a; 1993b; Liotti, 2001).

Pazienti con BPD e SUDS sono in continuo aumento (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr, 2000; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2004), registrato anche dai dati relativi ai pazienti in carico ai Ser.T. e Comunità Terapeutiche in Italia (Fioritti & Solomon, 2002; Mosti & Clerici, 2003).

Rispetto alla presa in carico di questi utenti sono rilevabili in letteratura due principali posizioni:

la prima rileva che i pazienti con BPD e SUDS si distinguono per la loro ambivalenza affettiva, la loro aggressività (gesti autolesivi, suicidio), la polidipendenza e un'elevata frequenza di ricadute e drop out. Secondo questa ottica la relazione terapeutica risulta caratterizzata da instabilità affettiva e scarsa motivazione al trattamento (American Psychiatric Association, 2001; Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah & Spitznagel, 2003; Fioritti & Solomon, 2002; Gunderson, Daversa, Grilo, McGlashan, Zanarini & Shea, 2006; Haro, Mateu, Martinez-Raga, Valderrama, Castellano & Cervera, 2004; Martinez-Raga, Marshall, Keaney, Ball, & Strang, 2002; Robins & Chapman, 2004; Ross, Dermatis, Levounis & Galanter, 2003; Senis, 2005; Skinstad & Swain, 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2004). In relazione a queste difficoltà, pazienti con BPD e SUDS necessitano di una presa in carico apposita (Ball, 1998; Ball, Richardson, Connolly, Bujosa & O'Neill, 2005; Bellack et al., 2006; Bornovalova & Daughters, 2007; Dimeff & Linehan, 2008; Linehan, 1993a, 1993b; Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, Heagerty & Kivlahan, 2002; Liotti, 2001; Manzato & Fea, 2004; Mosti & Clerici, 2003; Pasudetti, Callegari, Bacchin & Fiorin, 2005; Trinciarelli, Damiani & Zane, 2004).

La seconda posizione ritiene invece che i pazienti con BPD e SUDS non presentano particolari difficoltà nel trattamento e non necessitano quindi di una presa in carico apposita (Ralevski, Ball, Nich, Limoncelli & Petraski, 2007; Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul &

Van den Brink, 2005; Van den Bosch, Verheul, Schippers & van den Brink, 2002; Verheul, van den Bosch, Koeter, de Ridder, Stijnen & van den Brink, 2003).

Obiettivi

Sulla base delle criticità emerse dalla letteratura, il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare i modelli di presa in carico per pazienti con BPD e SUDS, focalizzandosi sulle seguenti aree di indagine:

- Modalità di diagnosi;
- Identificazione delle sostanze più utilizzate da pazienti con BPD e SUDS;
- Funzione percepita di tali sostanze;
- Principali strategie di presa in carico e di progetto terapeutico impiegati nel trattamento;
- Difficoltà specifiche nella relazione con questi utenti e difficoltà degli operatori rispetto al loro ruolo professionale.

Metodo

I partecipanti sono quindici operatori, dei quali 8 lavorano in un Ser.T., 7 in una comunità terapeutica residenziale.

Lo strumento utilizzato è un'intervista semistrutturata registrata, trascritta e sottoposta ad analisi di contenuto *computer assisted* con l'utilizzo del software ATLAS.ti

L'intervista ha raccolto dati sulle seguenti aree:

1. Raccolta dati diagnostici e strumenti utilizzati
2. Utilizzo di sostanze e motivazioni all'uso secondo la percezione del terapeuta e secondo le dichiarazioni del paziente
3. Modalità di presa in carico e eventuali differenze in caso di presenza contemporanea di Disturbo Borderline di Personalità e Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze
4. Difficoltà nel trattamento, problemi nella relazione terapeutica, ricadute, drop out.
5. Eventuali difficoltà da parte del terapeuta nella presa in carico di questa tipologia di pazienti.

Risultati

Si riportano i temi emersi suddividendoli per le macroaree sulle quali verteva l'intervista.

Diagnosi

Dalle interviste emerge come la valutazione diagnostica sia un processo complesso e di lunga durata, soggetto a frequenti revisioni da parte del terapeuta. Tutte le interviste, ad eccezione di una Comunità Terapeutica, riportano una valutazione diagnostica delle persone che accedono al servizio. Quasi tutti i Ser.T. intervistati riportano l'utilizzo di strumenti diagnostici (in particolare MMPI), oltre al colloquio clinico. Viene inoltre rilevata una tendenza dei Ser.T. a non fermarsi ad una sola valutazione diagnostica, ma di monitorare i pazienti anche successivamente all'avvenuta presa in carico:

La diagnosi non si ferma però ad una prima ed unica valutazione, i pazienti sono monitorati periodicamente dal nostro personale (Ser.T. 5, 7)¹.

Tale colloquio sembra assumere una importanza maggiore nelle Comunità, anche se in qualche caso sembra avere piuttosto la struttura del colloquio motivazionale e non del colloquio clinico. Le Comunità presentano strumenti di valutazione del paziente più

¹ Per ogni citazione viene riportato il gruppo dei Partecipanti (Ser.T o Comunità terapeutica, il numero attribuito al soggetto intervistato e il riferimento alla citazione).

diversificati, e alcune di esse riferiscono esplicitamente la relazione del servizio pubblico inviante:

Abbiamo una fase di colloqui iniziali, alla quale accedono indistintamente tutte le persone che intendono intraprendere il nostro programma di recupero. Tale fase ha la funzione di essere un primo filtro; durante tali colloqui l'operatore ha la possibilità di conoscere la persona e quindi di iniziare una prima rilevazione, anche di carattere psicopatologico. Inoltre i ragazzi arrivano accompagnati da una relazione da parte del Ser.T. inviante (Com, 7, 6).

Sostanze usate:

Dalle interviste emerge la prevalenza della polidipendenza, riferita da undici interviste su quindici, sei Ser.T. e cinque Comunità Terapeutiche.

Nei Ser.T. risulta più frequente l'uso di eroina. Tale dato trova conferma nella modalità di accesso a queste strutture, che sono state negli anni specificatamente rivolte a questi problemi:

La sostanza più utilizzata è l'eroina, tuttavia questi dati potrebbero essere influenzati dalla modalità di accesso al servizio che privilegia persone con questa tipologia di problemi (Ser.T. 8, 10).

Le Comunità Terapeutiche presentano invece una popolazione più eterogenea e, accanto all'abuso di eroina, viene riportato anche il forte aumento di persone che fanno uso di cocaina.

...sicuramente la cocaina, che a sua volta produce degli effetti anche nella vita sociale: aumenta l'aggressività, provoca delle alterazioni psichiche..... Il problema è in netto aumento, stiamo pensando addirittura ad attivare un percorso apposito per queste persone che abusano di cocaina (Com, 6, 9).

Motivazioni all'uso

La droga viene assunta prevalentemente a scopo autoterapico, per colmare una sensazione di vuoto, e anche per placare gli sbalzi emotivi, per esaltare le sensazioni e per affrontare problemi relazionali, sottolineando i cambiamenti avvenuti nel tempo:

Prima, negli anni 70, c'era una consapevolezza del malessere e le sostanze venivano usate come sedativo. Dagli anni 90 ad oggi, le persone stanno male, ma pensano che sia normale stare così, non sono consapevoli del loro malessere e cercano il benessere nelle sensazioni forti (Com 6, 11).

La risposta data con più frequenza è "colmare una sensazione di vuoto", riportata dalla quasi totalità degli operatori dei Ser.T.:

L'irrequietezza continua è quello che li caratterizza, sono persone alla ricerca di pace e si illudono di poterla trovare in annebbiamento delle loro sensazioni. Tendono a placare le loro percezioni perché per loro sono troppo forti da tollerare (Ser.T. 2,12).

In queste persone particolarmente problematiche è come se ci fosse un vuoto costante da riempire e la sostanza diventa un mezzo per colmare questa mancanza (Ser.T. 4,12).

Le motivazioni che i pazienti riportano non sono mai chiare. Specialmente dopo un uso prolungato della sostanza i pazienti perdono la reale consapevolezza delle loro motivazioni (Ser.T. 7, 16).

Si parla anche di "cause occasionali" che sembrano aver scatenato il bisogno di sostanza:

Generalmente fanno riferimento ad eventi accidentali come la famiglia, cattive amicizie o brutte esperienze vissute (Ser.T. 1, 14).

L'"esaltazione delle sensazioni" viene riferita da alcuni operatori delle Comunità Terapeutiche. Questi dati possono trovare una spiegazione nella differenza fra i pazienti in carico ai due servizi, che abbiamo precedentemente notato. Viene anche sottolineato l'uso "ricreazionale" della sostanza e il tentativo di "sanare" le difficoltà relazionali:

I pazienti riferiscono un uso prettamente conviviale della sostanza, nel 99% dei casi fanno riferimento ad amicizie (Com 3, 14).

Queste sostanze, specialmente nei borderline, sono utilizzate per sopperire a delle difficoltà nella relazione. Questo è un aspetto abbastanza critico per questi pazienti (Com 3, 12).

Altre motivazioni, riportate da entrambi i gruppi di partecipanti, riguardano “placare gli sbalzi emotivi” ed “affrontare problematiche relazionali”.

Le motivazioni dichiarate dai pazienti sull'utilizzo della sostanza vanno da una mancanza di consapevolezza, a eventi accidentali, ad autoterapia.

L'“assenza di consapevolezza” viene riferita da quasi tutti gli operatori dei Ser.T., che solitamente hanno una relazione più episodica e meno quotidiana con il paziente.

“Eventi accidentali” e “autoterapia”, sono invece riportate con maggiore frequenza dalle Comunità Terapeutiche, che fanno anche una interessante osservazione su come lo stigma attribuito al tossicodipendente sia comunque preferibile per gli utenti a quello del paziente psichiatrico:

... i pazienti riferiscono soprattutto il piacere e lo stato di benessere che l'assunzione della sostanza provoca, viene spesso definita dagli stessi “sostanza calda” (Com 2, 14) ... per loro la sostanza a volte svolge una funzione di auto medicamento, preferiscono appartenere al gruppo dei tossicodipendenti piuttosto che a quello dei pazienti psichiatrici (Com 7, 14)

Modalità di intervento

Le modalità di presa in carico rilevabili dalle interviste sono due:

La prima è una presa in carico non differenziata, meno correlabile alla diagnosi, quanto ai singoli casi e alle risorse presenti. In base a questo modello pazienti con DD non ricevono un'attenzione particolare in quanto tali e il loro percorso riabilitativo può non differire da quello rivolto ad altri disturbi. Questo tipo di percorso è presente in un terzo delle interviste, in prevalenza di operatori dei Ser.T.:

Entrambi i quadri patologici sono trattati contemporaneamente. L'intervento si sviluppa sia in senso farmacologico che psicologico, con interventi che sono diretti sia all'individuo che alla famiglia. Rispetto alle più tradizionali modalità di intervento il trattamento della doppia diagnosi riceve anche un'intensificazione del percorso, nei termini sia degli incontri e sia dei colleghi che si fanno carico del paziente. Il percorso terapeutico provvede poi, nelle sue fasi finali, ad aiutare la persona a reinserirsi in maniera adeguata nel tessuto sociale (Ser.T. 6, 17).

La seconda è una presa in carico specifica per gli utenti che presentano entrambi i disturbi, con una strategia di intervento maggiormente correlata alla diagnosi. In base a questo modello i pazienti ricevono un'attenzione particolare, il percorso è maggiormente definito e personalizzato e prevede l'impiego di maggiori risorse, nei termini di professionalità che si fanno carico del singolo, del numero di incontri previsti e delle attività pensate per il paziente. Questo percorso caratterizza la maggioranza dei due tipi di servizio:

Il percorso terapeutico viene stabilito più che dalla diagnosi psicopatologica dalle reali risorse presenti nell'ambiente e nella persona. In linea generale comunque il servizio dispone di una equipe che si compone di diverse professionalità e che si affianca all'utente per tutta la durata del suo percorso terapeutico. La presenza di una psicopatologia può comportare tuttavia l'attivazione di più risorse, in particolare dello psicologo, di servizi di salute mentale, di strutture residenziali e semiresidenziali (Ser.T. 7, 21).

Il percorso specifico, inoltre, riguarda tutti i casi che presentano contemporaneamente un qualunque disturbo psichiatrico e abuso/dipendenza da sostanze e non riguarda esclusivamente pazienti con BPD e SUDS.

Le strutture che attuano una presa in carico specifica riportano, tra le modalità di intervento, il trattamento farmacologico, un trattamento psicologico individuale, e, in minor misura, un trattamento definito “psicosociale”, un trattamento familiare e un trattamento di gruppo.

Una delle strutture riferisce anche della propria disponibilità a proseguire un percorso terapeutico dopo la fase specifica del trattamento.

Emerge come il lavoro proposto dalle Comunità Terapeutiche, rispetto a quello dei Ser.T., sia più articolato e maggiormente teso ad ottenere una integrazione degli interventi proposti al paziente. È più frequente nei Ser.T. una separazione tra intervento farmacologico e psichiatrico, affidato per lo più al Dipartimento della Salute Mentale. È comunque presente una sorta di incertezza di fronte ai problemi della presenza contemporanei dei due disturbi, che sembra mettere in difficoltà strutture organizzate per lavorare in maniera disgiunta e che si trovano a dover impostare una necessaria collaborazione. Si rileva anche la differenza nel tipo di utenza nel corso del tempo, che ha reso necessaria la ridefinizione dei programmi:

Qualche anno fa venivano fatti incontri anche con le famiglie, seguendo un approccio di tipo sistemico, adesso questo tipo di attività è stata sospesa, è abbastanza impraticabile con questi pazienti, che spesso non hanno famiglia e se ce l'hanno i genitori sono anziani e non se la sentono di venire qui ad affrontare certe tematiche (Com 4, 17).

In realtà la distinzione tra i due gruppi di utenti è sempre meno marcata, dal momento che le persone con disturbi legati esclusivamente alla tossicodipendenza sono sempre più rare... Probabilmente ciò è anche da attribuire al fatto che le comunità hanno, nel corso degli anni, affinato la capacità di formulare diagnosi più appropriate rispetto a qualche anno fa... La sostanziale differenza di trattamento in comunità si può sintetizzare nella capacità degli operatori... di costruire dei percorsi il più possibile personalizzati, che tengano conto quindi delle risorse soggettive dei pazienti e degli obiettivi che si intendono raggiungere con loro (Com 7, 19).

Difficoltà

L'ultima parte dell'intervista indaga infine le principali difficoltà nel trattamento di pazienti con BPD e SUDS, le aree analizzate riguardano la relazione terapeutica, ricadute, drop out e difficoltà dell'operatore .

Per quanto riguarda la Relazione terapeutica dalle interviste emerge come per quasi tutte le strutture, senza grandi differenze tra Ser.T. e Comunità Terapeutiche, la relazione con questi pazienti presenti importanti difficoltà.

Le risposte date dagli intervistati parlano di "oscillazioni del tono dell'umore", riferendosi ai continui cambiamenti nello stato d'animo del soggetto, che passa da un'intensa euforia e agitazione a sconforto, rabbia e aggressività auto ed eterocondotta. Questa categoria compare in un terzo delle interviste, e in operatori di entrambi i servizi.

Si parla inoltre, con una rilevanza analoga, di allontanamento/avvicinamento, una modalità di attaccamento caratteristica del BPD in base alla quale la relazione con gli altri vive momenti di intensa idealizzazione seguiti da svalutazione.

Ricadute e drop out: dalle interviste emerge come per quasi tutti gli operatori, nei Ser.T. come nelle Comunità Terapeutiche, le ricadute e i drop out costituiscono un grave ostacolo al trattamento. E' possibile che i due fenomeni abbiano un qualche collegamento, relativo alla difficoltà nel rimanere in trattamento, infatti generalmente le interviste che segnalano uno dei due fenomeni riferiscono anche a proposito dell'altro.

Le figg. 1 e 2 riportano gli alberi di concetti che illustrano i contenuti descritti rispettivamente per i Ser.T. e per le Comunità terapeutiche.

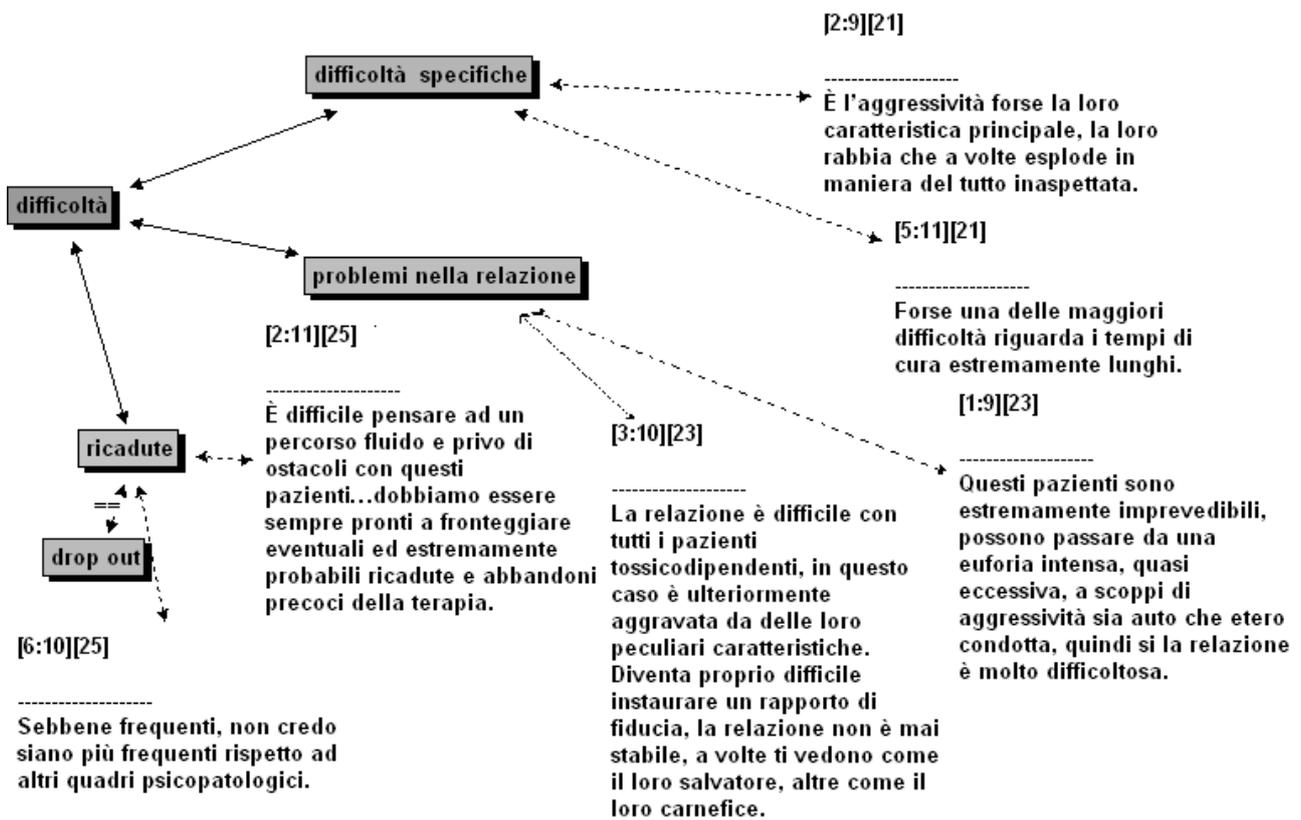


Fig. 1 – Difficoltà nella relazione con gli utenti espresse dagli operatori dei Ser.T.

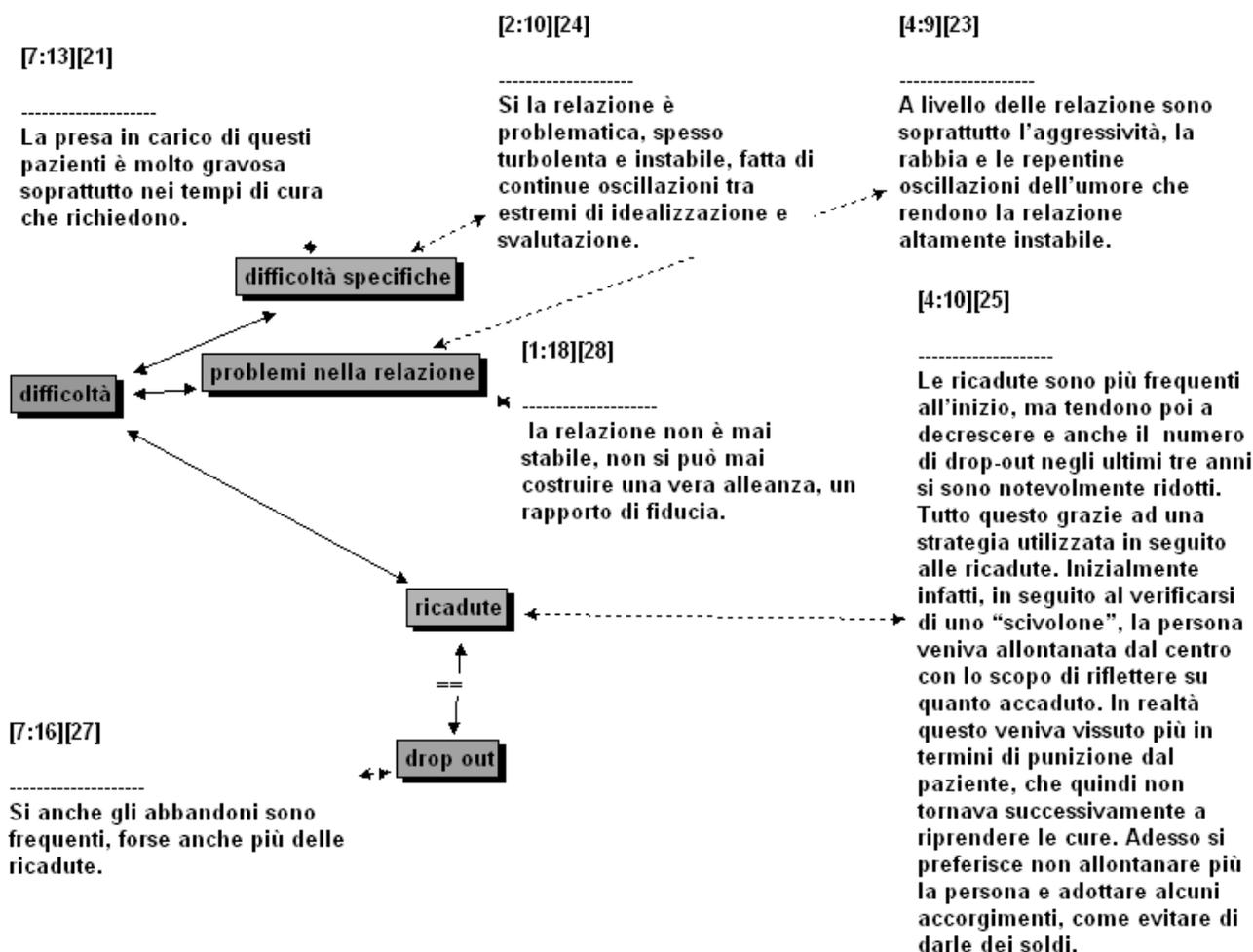


Fig. 2 – Difficoltà nella relazione con gli utenti espresse dagli operatori delle Comunità Terapeutiche

Le Difficoltà dell'operatore (Figg. 3 e 4) emergono dalla maggioranza delle interviste, sia pure con declinazioni diverse. Se un atteggiamento positivo del terapeuta è ritenuto fondamentale per una buona riuscita del trattamento, d'altro canto questo viene percepito come messo continuamente alla prova soprattutto dalle frequenti ricadute e drop out dei pazienti.

Le risposte date dagli intervistati si dividono però in tre gruppi:

- le risposte (e si tratta di una minoranza) che parlano di una assenza di difficoltà, nelle quali gli intervistati non ritengono che trattare questi soggetti implichi particolari diversità nei problemi legati alla presa in carico;
- le risposte che sottolineano la paura del fallimento e dell'insuccesso professionale, e questo riguarda circa un terzo dei partecipanti, provenienti sia dai Ser.T. che dalle Comunità Terapeutiche;
- le risposte infine (e sono la maggioranza) che parlano di demotivazione, per cui l'intervistato sembra mettere in conto l'insuccesso terapeutico con questi pazienti ed è pertanto meno motivato a intraprendere il percorso terapeutico. Questo gruppo sembra essere quasi più presente tra gli operatori delle Comunità Terapeutiche.

Dalle interviste si nota che le strutture che attuano un percorso specifico per i pazienti con i due disturbi riportano un maggior numero di ricadute e drop out, e maggiori osservazioni sulla diminuzione della motivazione al lavoro rispetto a quelle che attuano una presa in carico non differenziata. Non necessariamente, tuttavia, questo può significare che tale presa in carico sia più efficace. Potremmo anche pensare che laddove il percorso è specifico anche le difficoltà vengono rilevate con maggiore attenzione.

Un tema rilevato in particolare dagli operatori delle Comunità è quello del coinvolgimento emotivo, che – pur essendo il segno della profondità della relazione – può, se non rielaborato, rendere particolarmente oneroso il lavoro quotidiano di cura.

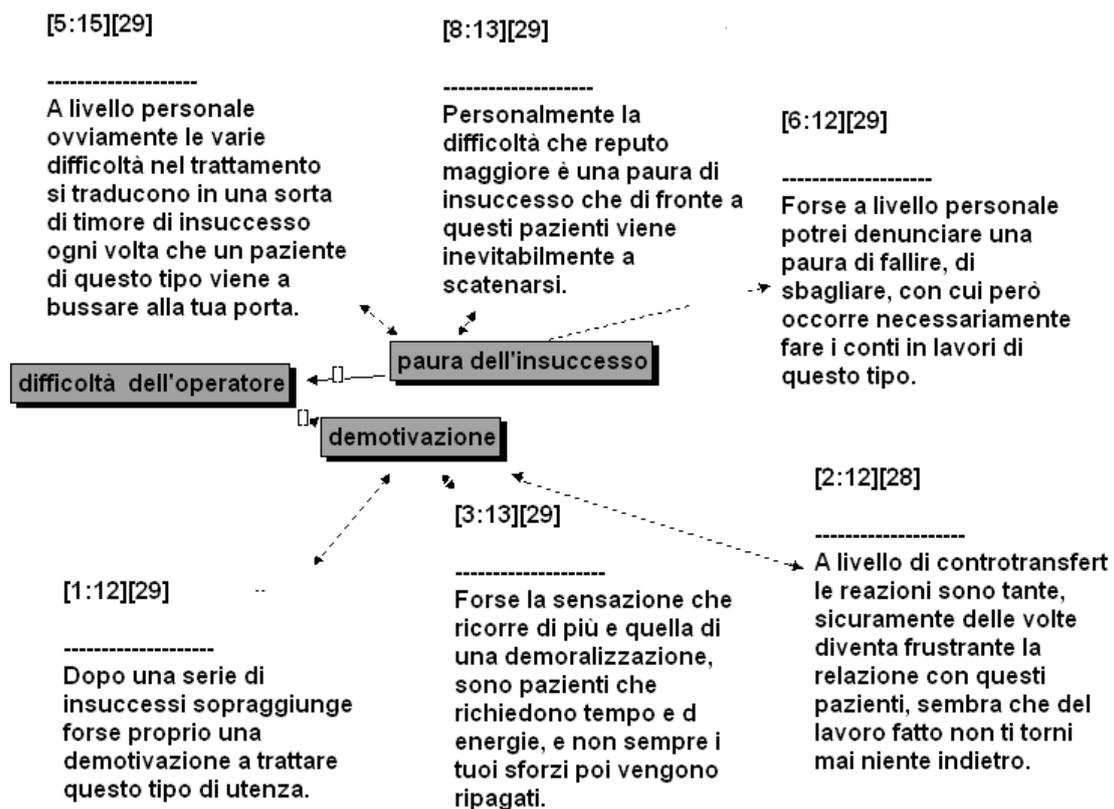


Fig. 3 – Difficoltà degli operatori dei Ser.T.

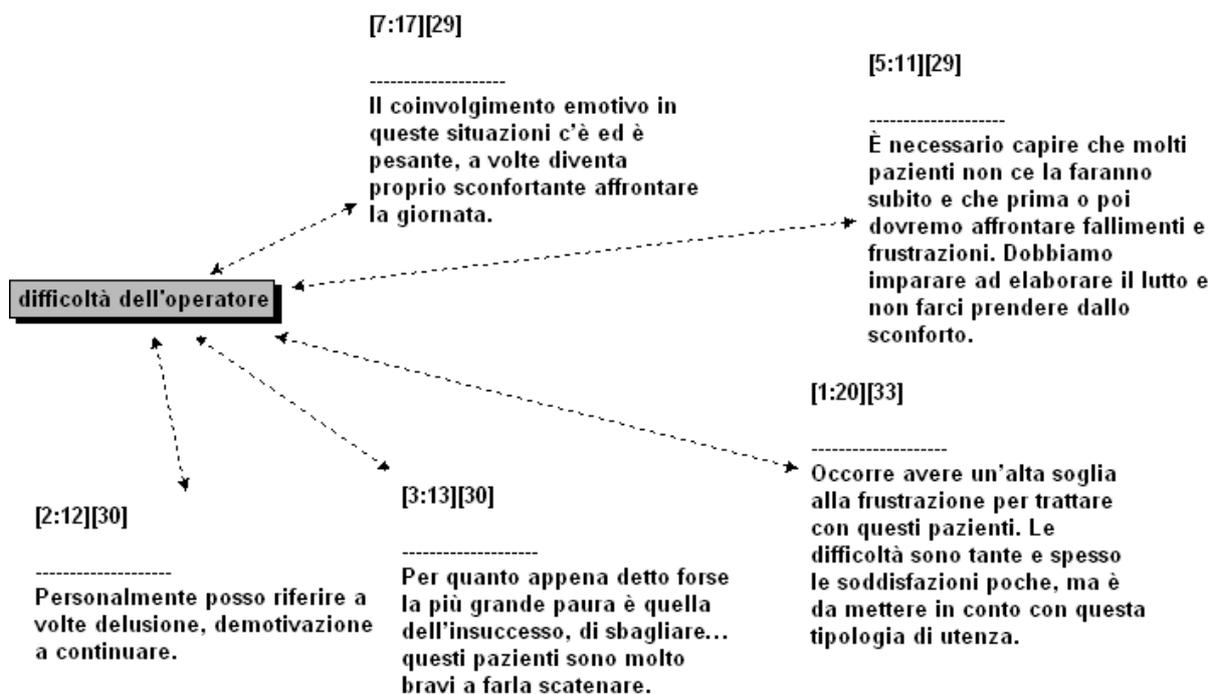


Fig. 4 – Difficoltà degli operatori delle Comunità terapeutiche

Discussioni e Conclusioni

In accordo con quanto emerge dalla letteratura (Fioritti & Solomon, 2002; Hasin et al., 2006; Manzato & Fea, 2004; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze,

2004; Torres, 2008), la valutazione diagnostica è una fase estremamente importante nella presa in carico e prevede l'utilizzo di diversi strumenti qualitativi e quantitativi.

Generalmente le sostanze sono utilizzate per "colmare una sensazione di vuoto": questo dato può essere correlato con la formazione teorica degli operatori intervistati, nella maggior parte dei casi psicodinamica.

Pazienti borderline sembrano non privilegiare l'utilizzo di una sola sostanza, ma di più sostanze contemporaneamente. La polidipendenza assume un valore prognostico e terapeutico molto importante, in particolare peggiora l'outcome del trattamento (Senis, 2005; Skinstad & Swain, 2001).

Accanto a questo emergono molte altre difficoltà nel trattamento, sia nella durata di esso, intervallato da ricadute e da drop out, sia nella qualità della relazione terapeutica.

In merito a questo ultimo punto gli operatori intervistati riferiscono spesso della loro paura dell'insuccesso e della demotivazione al lavoro terapeutico. In accordo con quanto emerge dalla letteratura (Drake, 2006; Drake et al., 1998; Drake et al., 2007; Fiorin & Citron, 2005; Fioritti & Solomon, 2002; Manzato & Fea, 2004; Mosti & Clerici, 2003), questo dato può avere delle implicazioni sull'esito del trattamento: in quasi tutte le interviste in cui si parla di demotivazione si riportano anche episodi di ricadute e drop out, presenti complessivamente dodici volte. È possibile che tra le due variabili si instauri un circolo vizioso per cui il terapeuta, consapevole delle difficoltà a trattare con questi pazienti, inizi un percorso terapeutico demotivato, questo non farà altro che incrementare la probabilità di insuccesso terapeutico e dunque ulteriormente la sua demotivazione. O che, viceversa, le frequenti ricadute, molto probabili con questo tipo di pazienti, incrementino una demotivazione sempre possibile nel lavoro terapeutico con utenti pesantemente e socialmente stigmatizzati.

Nonostante le difficoltà che emergono in questo ambito, sembra carente la ricerca di un modello di progettualità terapeutica efficace. Spesso non viene prevista una presa in carico specifica, ma sembra essere utilizzato un "adattamento" della presa in carico utilizzata per qualsiasi tipo di utente, senza attenzioni specifiche.

Dalle interviste si nota inoltre che le dieci strutture che attuano un percorso specifico riportano maggiori ricadute e drop out rispetto ad un percorso non differenziato. Questo dato, apparentemente paradossale, può essere spiegato dalla metafora di Cicogni (2004): le strutture tendono a liberarsi dei "casi scomodi" così come in alcuni giochi con le carte si tende a liberarsi, appena possibile, delle carte perdenti. È lecita l'ipotesi per la quale, considerata la specificità dell'intervento, utenti particolarmente problematici e con scarsa possibilità di rimanere in trattamento e di intraprendere percorsi riabilitativi siano inviati in queste strutture con percorsi specifici; senza, peraltro, che all'invio consegua un adeguato impegno di risorse, di formazione e di supporto per gli operatori, di ricerca nei confronti di modelli efficaci.

Dai risultati ottenuti sono infine rilevabili due diverse modalità di approccio all'individuo, sulla base di due diversi servizi di riferimento, il Ser.T. e la Comunità Terapeutica. In Italia con i successivi e spesso contrastanti interventi legislativi non solo la lontananza tra i servizi psichiatrici e quelli per le dipendenze si è fatta più marcata, ma di fatto si è sancita la distinzione tra due modalità di intervento contrapposte tra di loro: una medica, basata su trattamenti farmacologici e affidata ai Ser.T.; l'altra psicoterapeutica, psicosociale e psicopedagogica, più tipica delle Comunità Terapeutiche che ne accentuano un aspetto disciplinare piuttosto che un altro, a seconda del progetto su cui si sono costituite.

In accordo con quanto appena detto anche dai risultati emergono differenze tra i due servizi. I Ser.T. sembrano caratterizzarsi per un'utenza più omogenea, con una maggiore frequenza di abusi degli oppiacei; una minor varietà di trattamenti proposti, con una prevalenza di interventi farmacologici, pur accompagnati da una presa in carico psicologica (non sempre seguita dall'utente); una tendenza a separare l'intervento sulla disintossicazione da quello psicologico/psichiatrico, affidato per lo più al Dipartimento di Salute Mentale.

Le Comunità Terapeutiche sembrano caratterizzarsi per un'utenza più eterogenea, che vede accanto al consumo di eroina anche consumo di altre sostanze, tra cui la cocaina; i trattamenti proposti, più vari e personalizzati, con una maggiore gamma di interventi psicologici e/o psicosociali e una maggiore disponibilità all'accompagnamento da parte del

servizio anche oltre la fase di trattamento; il tipo di presa in carico con una attenzione all'integrazione degli interventi proposti all'utente.

Le Comunità Terapeutiche intervistate riportano in maniera diversa gli episodi di ricaduta e di drop out, sia per il fenomeno, già citato, di "espulsione" da parte di alcuni servizi territoriali di pazienti poco gestibili con modalità non residenziali; sia perché, in alcuni programmi terapeutici messi in atto dalle comunità, la ricaduta è vista come elemento su cui svolgere un più profondo intervento terapeutico e non come una causa di allontanamento tout court dal programma, ed è quindi possibile dunque che tale approccio possa determinare outcomes migliori rispetto a quello dei Ser.T. (Mosti & Clerici, 2003).

In conclusione, dai dati emersi si avverte la necessità di riflettere su alcuni punti: l'esigenza di differenziare il percorso di presa in carico e il progetto terapeutico in base alla diagnosi del paziente; di differenziare gli interventi proposti, andando oltre ai trattamenti farmacologici e individuali che sembrano essere i più diffusi; di favorire prese in carico integrate, con una maggiore continuità terapeutica tra servizi territoriali e servizi residenziali e con forme di accompagnamento meno delimitate nel tempo, data anche la situazione di marginalità sociale di molti pazienti.

Un aspetto specifico riguarda inoltre le difficoltà presentate dagli operatori e le loro esigenze di formazione e aggiornamento sulla specificità del problema, oltre che di supervisione metodologica e psicologica per prevenire forme di burn out.

La ricerca presenta dei punti di criticità legati alla raccolta dei dati in un unico territorio; fatto che, se può essere considerato paradigmatico per la complessità dei servizi proposti e per la ricerca di coordinamento e di lavoro di rete tra i servizi, può tuttavia presentare differenze con altri contesti del paese. Sarebbe quindi interessante sviluppare ulteriori confronti con altri contesti territoriali.

Bibliografia

Adams, W. L., Jendritza, T., & Kim, S.A. (2006). Borderline Personality Disorder. Clinician's Handbook of Adult Behavioral Assessment, 19, 431-457.

American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 158, 1-52.

American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Text Revision (4th ed.). Washington, DC: Author (trad. it. Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali-Text Revision (4th ed.). Masson, Milano).

Ball, S.A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. Addictive Behaviors, 23 (6), 883-891.

Ball, S.A., Richardson, P B., Connolly, A.J., Bujosa, C.T., & O'Neill, T.W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. Comprehensive Psychiatry, 46, 371-379.

Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behaviour treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. Archives of General Psychiatry, 63, 426-432.

Bellio, G., (2005, May 4). Doppia diagnosi: Dai problemi metodologici all'organizzazione dell'assistenza. Noumen. Retrieved from <http://www.ventosociale.it/doc/CAP-1.pdf> .

Bornoalova, M.A., & Daughters, S.B. (2007). How does Dialectical Behaviour Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders?. Clinical Psychological Review, 27, 923-943.

- Brunette, M.F., & Mueser, K.T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(7), 10-7.
- Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Cicogni, A. (2004, August- December). Il paziente che nessuno vuole: l'uomo nero tra multiple diagnosi e molteplici servizi. *Il Seme e l'Albero*, pp. 39-43.
- Compton, W.M., Cottler, L.B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E.L. (2003). The role of psychiatric disorder in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 890-895.
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Dermen, K.H., Kadden, R., Carroll, K.M., & Frone, M.R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 139-149.
- Correale, A., Alonzi, A.M., Carnevali, A., Di Giuseppe, P., & Giacchetti, N. (2001). *Borderline: lo sfondo psichico naturale*. Roma: Borla.
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: What is being learned from research in therapeutic community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188.
- Dimeff, L.A., & Linehan, M.M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for substance abusers. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4 (2), 39-47.
- Drake, R.E. (2006). Il trattamento integrato dei pazienti con doppia diagnosi. *The Italian On Line Psychiatric Magazine*. Retrieved February 28, 2008, from <http://www.POL.it>.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo G.J., & Bond, G.R. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 589-608.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., & Brunette, M.F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: Program implications. *World Psychiatry*, 6(3), 131-136.
- Fiorin, A., & Citron, A. (2005, May 4). Doppia diagnosi: La nostra esperienza. *Noumen*. Retrieved from <http://www.ventosociale.it/doc/CAP-2.pdf>.
- Fioritti, A., & Solomon, J. (2002). *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., & Shea, M.T. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 822-826.
- Haro, G., Mateu, C., Martinez-Raga, J., Valderrama, J.C., Castellano, M., & Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatients detoxification. *European Psychiatry*, 19 (4), 187-192.
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., & Waxman, R. (2006). Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the psychiatric research interview for substance and mental disorders for DSM IV. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 689-696.
- Lieb, K. L., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364 (9432), 453-461.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guildford (trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).

Linehan, M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.

Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e Psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.

Manzato, E., & Fea, M. (2004). *Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto*. Mission. Retrieved from <http://www.federserd.it/document> .

Martinez-Raga, J., Marshall, E.J., Keaney, F., Ball, D., & Strang, J. (2002). Unplanned versus planned discharges from inpatients alcohol detoxification: Retrospective analysis of 470 first episode admission. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), 277-281.

Mosti, A., & Clerici, M. (2003). *Lungo il confine: Tossicodipendenza e comorbidità*. Milano: FrancoAngeli.

Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (2004). *Evoluzione del fenomeno della droga in Unione Europea e in Norvegia*. Retrieved February 28, 2008, from <http://www.emcdda.europa.eu>

Pasudetti, C., Callegari, F., Bacchin, C., & Fiorin, A. (2005, May 4). *Tossicodipendenti borderline: Un modulo specialistico di trattamento presso il dipartimento per le dipendenze di Castelfranco V.To.* Noumen, pp. 29-42.

Ralevski, E., Ball, S., Nich, C., Limoncelli, D., & Petraski, I., (2007). The impact of personality disorders on alcohol-use outcomes in a pharmacotherapy trial for alcohol dependence and comorbid Axis I disorders. *The American Journal on Addictions*, 16(6), 443-449.

Robins, C.J., & Chapman, A.L. (2004). Dialectical behaviour therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 73-89.

Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 263-279.

Senis, O. (2005). *Doppia diagnosi, evitiamo l'effetto della "porta girevole"*. Retrieved from http://www.agesol.it/document_upload/Tossicodipendenze_e_carcere290606.pdf

Skinstad, A.H., & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (1), 45-65.

Stone, M.H. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), 193-210.

Stone, M.H. (2005). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5(1), 15-20.

Tact, C.T., Murphy, C.M., Musser, P.H., & Remington, N.A. (2004). Personal, interpersonal and motivational predictors of the working alliance in group cognitive behavioural therapy for partner violent man. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 349-354.

Torres, M.M. (2008). Dual diagnosis: Actual situation and future prospects. *Addiction*, 20(4), 10-7.

Trinciarelli, G., Damiani, A., & Zane, P. (2004). *Tossicodipendenza e disturbi di personalità: Un'ipotesi di trattamento psicoterapeutico*. The Italian On Line Psychiatric Magazine. Retrieved from http://www.POL_it .

Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 235-253.

Van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W., Stijnen, T., Verheul, R., & Van den Brink, W., (2005). Sustained efficacy of Dialectical Behaviour Therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (9), 1231-1241.

Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behaviour Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviours*, 27 (6), 911-923.

Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Warwar, S.H., Links, P.S., Greenberg, L., & Bergman, S.Y. (2008). Emoticon-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Practice*, 14 (2), 94-104.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., & Silk, K.R., (2004). Axis I comorbidity in Patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time remission. *American Journal of Psychiatry*, 161 (11), 2108-2114.

L'azione anti-psicologica del senso comune.

di Gaetano Iannella*

Introduzione

In questo lavoro affronteremo il rapporto tra psicologia clinica e senso comune. Questo ambito disciplinare, infatti, viene spesso confuso con il senso comune, pur avendo, come vedremo, obiettivi e azioni diametralmente opposte.

Uno dei fattori che produce questa confusione può essere individuato nel linguaggio utilizzato dalla psicologia clinica: la psicologia clinica, infatti, non si serve soltanto di termini tecnici ma, spesso, utilizza anche vocaboli diffusi nel linguaggio comune. Tali vocaboli, tuttavia, se utilizzati entro la cornice di riferimento teorica della psicologia clinica, assumono un significato più articolato e complesso. Altre volte, però, questa condivisione di termini con il linguaggio comune porta a una semplificazione dei costrutti psicologici e ad un loro conseguente svuotamento di senso: in questi casi l'intervento psicologico clinico finisce col coincidere con il senso comune.

Salvatore (2006), a tal proposito, parla di una condizione generale di debole fondamento teorico del linguaggio psicologico e individua alcuni elementi di contiguità tra il discorso disciplinare ed il senso comune. In primo luogo, l'Autore sottolinea "la scarsa capacità della ricerca psicologica di pervenire a risultati controintuitivi, o comunque non scontati" (p. 121), rispetto ad altri settori disciplinari quali la fisica, la chimica, ma anche la linguistica. Heider (1958), allo stesso modo, afferma che "la conoscenza «intuitiva» può essere considerevolmente penetrante e andare molto a fondo nella comprensione del comportamento umano, mentre nelle scienze fisiche questa conoscenza improntata al buon senso è piuttosto primitiva" (p. 8). Inoltre, Heider (1958), prosegue dicendo che:

se noi abolissimo, per ipotesi, tutte le conoscenze scientifiche sul nostro mondo fisico, non solo non avremmo automobili, teleschermi e bombe atomiche, ma troveremo persino che una persona normale non sarebbe più in grado di affrontare i problemi meccanici elementari della ruota e della leva. Se invece abolissimo tutte le conoscenze della psicologia scientifica i problemi dei rapporti interpersonali potrebbero essere facilmente affrontati e risolti in larga misura così come avveniva prima che esistesse una tale disciplina scientifica (p. 8).

Anche se i due Autori, dunque, sembrano partire da punti di vista molto simili, arrivano a conclusioni diverse: mentre per Heider lo psicologo deve tradurre le intuizioni del senso comune in un linguaggio più utile all'indagine scientifica, visto che la psicologia ingenua contiene molte verità che, peraltro, non sono inserite entro un chiaro sistema generale (1958); per Salvatore, invece, il problema attiene proprio alla debolezza del linguaggio disciplinare. Tale linguaggio, infatti, sembrerebbe caratterizzato da due aspetti particolari: il primo riguarda la tendenza ad utilizzare le categorie psicologiche in maniera reificata, a trattare, cioè, "i concetti psicologici non come costrutti che, appunto, costruiscono in termini modellistici gli oggetti disciplinari, ma come pezzi/stati/qualità del mondo" (p. 122); il secondo aspetto riguarda, invece, la definizione degli oggetti della psicologia. Secondo Salvatore, infatti:

In modo complementare rispetto alla tendenza ad utilizzare le categorie psicologiche in termini reificati, la psicologia è portata a selezionare come oggetti di interesse disciplinare (sia in termini teorici che di pratica professionale) fenomeni assunti direttamente dalla realtà. Questa tendenza è in ultima istanza un derivato di una impostazione epistemologica di matrice neopositivista, che

* Psicologo, Roma

concepisce le categorie del linguaggio scientifico come il precipitato di un processo controllato di organizzazione sistematica dei dati dell'esperienza (2006, p. 123).

In definitiva, secondo Salvatore, anche gli psicologi, così come i profani, hanno contribuito alla deriva del linguaggio scientifico psicologico al punto che molti concetti psicologici vengono trattati come se fossero descrittivi di pezzi di realtà, al limite nascosta, ma comunque dotati di sostanza ontologica.

Questa particolare situazione ci spinge a sottolineare l'importanza di una esplorazione del linguaggio psicologico e del suo rapporto con il senso comune. L'utilizzo reificato delle categorie psicologico cliniche, ad esempio, sembrerebbe riferibile allo svuotamento di senso dei costrutti psicologici e, quindi, alla separazione tra ciò che ci sembra essere fortemente legato: i costrutti teorici ed i processi in atto. I costrutti teorici, infatti, possono essere compresi solo all'interno di processi esploratori volti a cogliere le dimensioni culturali, relazionali e contestuali di tali costrutti. Inoltre, seguendo Carli e Paniccia (2005) possiamo affermare che la psicologia clinica, per essere appresa, necessita di setting formativi nei quali sia possibile analizzare le condizioni istituenti di tali setting. In questo senso possiamo affermare che l'utilizzo dei costrutti teorici, all'interno della prassi professionale, non può che concretizzarsi entro processi clinici che tengano conto dei processi istituenti e delle dimensioni culturali, relazionali e contestuali che fondano l'intervento psicologico. In alternativa, i costrutti teorici vengono svuotati di "senso psicologico" e riempiti di senso comune.

Per quanto riguarda la problematica della scelta degli oggetti psicologici come fenomeni assunti direttamente dalla realtà, inoltre, possiamo fare riferimento a ciò che, lo stesso Salvatore (2006), utilizza come esempio: la settorializzazione della disciplina in termini di ambienti (si parla, infatti, di psicologia delle organizzazioni, di psicologia scolastica, di psicologia dello sport, di psicologia del turismo). Secondo l'Autore, questa settorializzazione non viene utilizzata al fine di identificare professionisti che condividono uno stesso contesto professionale; viene, di contro, proposta con l'intento di concepire i diversi settori come aree specifiche ed autonome del discorso psicologico, caratterizzate da oggetti e metodi di indagine peculiari. L'individuazione di aree specifiche, con propri metodi di indagine e propri oggetti suggerisce, secondo Salvatore, che la disciplina psicologica non viene ancorata ai costrutti teorici "ma ai fenomeni della realtà, così come essi si configurano sul piano storico; se si vuole: così come si danno pre-scientificamente – in ragione della contingenza delle dinamiche culturali - all'esperienza del senso comune" (2006, p. 123).

Queste due caratteristiche del linguaggio psicologico individuate da Salvatore (la reificazione dei costrutti psicologici e l'utilizzo di fenomeni della realtà come oggetti psicologici) risultano, dunque, un limite per l'intervento psicologico perché, come abbiamo cercato di argomentare, vincolano l'agire psicologico alle modalità di funzionamento e di categorizzazione del senso comune; ciò produce, secondo l'Autore, il venir meno di quella "possibilità di revisione radicale delle premesse istituite che è al contempo il valore ultimo della funzione psicologica e l'esigenza fondamentale di chi si rivolge allo psicologo" (p. 124); inoltre, "nel momento in cui lo psicologo adotta le categorie della committenza per definire il fenomeno di cui si occupa, [...], si trova esposto al contagio dell'impotenza della committenza" (Salvatore, 2006, p. 2004).

Il rischio di ancorare la propria azione professionale al senso comune è, dunque, molto elevato: cercheremo, però, nel corso di questo lavoro, di approfondire cosa rende il senso comune problematico rispetto all'esplorazione di questioni di interesse psicologico. Per far ciò potrebbe essere utile specificare, ancora meglio, quali sono le caratteristiche su cui si basa il senso comune.

Le caratteristiche del senso comune

Per una prima definizione del senso comune possiamo seguire Kelley (1992), il quale sostiene che “la psicologia del senso comune comprende le idee delle persone comuni sul comportamento proprio e su quello degli altri, così come sugli antecedenti e le conseguenze di questo comportamento” (p. 4). Inoltre, prosegue l’Autore, queste idee sono espresse in modi di dire e in frasi che usiamo per descrivere gli individui; sono, inoltre, usate nei detti e nelle storie familiari che ci raccontiamo l’un l’altro, sulle persone e sulla gente in generale. In breve, dunque, la psicologia del senso comune è inserita e sostenuta nel nostro linguaggio quotidiano (Kelley, 1992).

Ma come si produce il senso comune? Ancora Kelley (1992) ci suggerisce che la psicologia del senso comune è creata e trasmessa dalle persone che hanno l’opportunità di osservare ed imparare come si comportano gli individui e le condizioni per le quali avvengono specifiche variazioni nei comportamenti. Queste persone, inoltre, riflettendo e discutendo su tali questioni, sviluppano modi di dire sui comportamenti e sugli individui, e, infine, creano storie e aforismi sulle più importanti regolarità e variazioni (Kelley, 1992).

Anche secondo Geertz (1988) il senso comune è un’interpretazione delle conseguenze immediate dell’esperienza; tuttavia, quest’ultimo Autore afferma che “una caratteristica propria del pensiero basato sul senso comune è precisamente quella [...] di affermare che i suoi principi sono prodotti immediati dell’esperienza, non riflessioni deliberate su di essa” (p. 93). Geertz (1988), pertanto, suggerisce di differenziare tra il semplice apprendimento della realtà e i giudizi o le valutazioni su di essa. Ciò è importante perché se il senso comune è un’interpretazione delle conseguenze immediate dell’esperienza, allora esso è costruito storicamente ed è “soggetto a parametri di giudizio storicamente definiti” (p. 95); pertanto, il senso comune può essere considerato un sistema culturale, e come tale, “può cambiare clamorosamente da un popolo ad un altro” (p. 95).

Un’altra caratteristica individuata da Geertz (1988) è che il senso comune è totalizzante: “nessuna religione è più dogmatica, nessuna scienza più ambiziosa, nessuna filosofia più generale” (p. 106); il senso comune consiste, infatti, “in un resoconto di cose che esso pretende di cogliere nella loro interezza” (p. 105).

Lo stesso Autore, inoltre, individua alcune “semiqualità” del senso comune in generale, così come sono riscontrabili nelle diverse culture. La prima è la naturalezza: “Il senso comune rappresenta le questioni – vale a dire, certe questioni e non altre – come quello che sono nella semplice natura del caso. Sulle cose viene gettata un’aria di «è naturale», un senso di «la cosa sta in piedi» ” (p. 107). La seconda semiqualità è la praticità; tuttavia, non si tratta della praticità nel senso strettamente pragmatico dell’utilità, ma nel senso della sagacità: “dire a qualcuno di «avere buon senso» non significa dirgli di restare attaccato all’utilitaristico, quanto dirgli di mettere la testa a partito: essere prudente, tenere la testa a posto” (p. 110). La terza semiqualità è la leggerezza, che può essere definita anche semplicità o letteralità, e si concretizza nella tendenza a trattare le questioni esattamente come ciò che sembrano essere, né più né meno. Segue, poi, la mancanza di metodicità: “la saggezza basata sul senso comune è *ad hoc* in maniera sfacciata e senza scuse” (p. 113); l’utilizzo di proverbi e modi di dire non si organizza, infatti, attraverso la coerenza ma è caratterizzato dalle contraddizioni: “«guarda prima di saltare», ma «chi esita è perduto»” (p. 114). Infine, l’ultima semiqualità del senso comune è l’accessibilità. Essa è semplicemente la convinzione che chiunque possa comprendere e utilizzare le conclusioni basate sul senso comune. Proprio per questo, non ci sono specialisti del senso comune, ma “ognuno pensa di essere un esperto” (p. 115).

Un’altra caratteristica fondamentale del senso comune la possiamo ritrovare in ciò che afferma Moscovici (2005) sulle rappresentazioni sociali; possiamo, infatti, considerare le rappresentazioni sociali come gli elementi di base che formano il senso comune. Moscovici, dunque, afferma che il motivo più importante per il quale creiamo le rappresentazioni è “quello di rendere qualcosa di inconsueto, o l’ignoto stesso, familiare” (p. 38). Il non familiare, sostiene l’Autore, attrae ed affascina gli individui e le comunità; ma, allo stesso

tempo, li allarma e li costringe a rifiutare l'ignoto perché minaccia l'ordine prestabilito. La possibile alternativa al rifiuto di elementi di realtà, perché estranei, sembrerebbe soltanto quella di rendere l'ignoto familiare; ciò, secondo Moscovici, è possibile attraverso due meccanismi: l'ancoraggio e l'oggettivazione.

L'ancoraggio fa sì che qualcosa di estraneo e di disturbante sia confrontato con le categorie che già ci sono note; in questo modo, pertanto, viene individuata la categoria che risulta più adatta ad inglobare la nuova situazione. In questo modo, le qualità proprie della categoria utilizzata per dare un nome agli elementi ignoti, saranno acquisite anche da quegli stessi elementi che, prima, risultavano sconosciuti. "Ancorare è, quindi, classificare e dare un nome a qualcosa" (Moscovici, 2005, p. 47). Questo meccanismo è particolarmente interessante, perché ci aiuta a giustificare quanto abbiamo affermato all'inizio di questo lavoro: il senso comune e la psicologia clinica hanno obiettivi e azioni diametralmente opposte. L'ancoraggio, infatti, appare come un meccanismo diverso, anzi contrario, rispetto ad un'importante funzione psicologica proposta da Carli (1997, ed.): la sospensione dell'agito emozionale. Tale funzione consente di esplorare i processi collusivi che caratterizzano la domanda del cliente¹ e la sua proposta relazionale, evitando di agire, a propria volta, la simbolizzazione affettiva² dell'altro, entro proprie dinamiche collusive (Carli, ed. 1997; Carli & Paniccia, 2003). Attraverso la sospensione dell'agito emozionale è possibile istituire una relazione di scambio produttivo con l'estraneo³: in questo caso, infatti, il cliente, la sua narrazione, la nostra relazione con lui e l'intero processo istituito possono, utilmente, essere considerati quali realtà estranee e da esplorare. Se invece riconduciamo il cliente, o la situazione nuova, ad una categoria precostituita o a una situazione già vissuta, attraverso l'ancoraggio, ridurremo la complessità e l'ambiguità della situazione. L'ancoraggio, dunque, porta a riconoscere un individuo; porta, cioè, ad inserire l'individuo stesso entro una categoria predefinita. Al contrario, Montesarchio, Grassi, Marzella e Venuleo (2004) sottolineano l'importanza, nella relazione clinica, del "disconoscimento". Tale concetto rimanda all'apertura al nuovo ed all'ignoto ed implica l'assenza di ipotesi e di categorie precostituite sul cliente che ci proponiamo di conoscere, "rinunciando alle tentazioni di *deja vu* ("mi ricorda tanto quell'altro paziente") che vanno comprese ma non agite" (p. 46).

Il senso comune, quindi, attraverso il meccanismo dell'ancoraggio, riconduce le situazioni ignote a condizioni già note: questo processo, evidentemente, non coinvolge soltanto le nostre funzioni cognitive, ma ha a che fare anche con le dimensioni affettive: ridurre l'estraneità dell'altro a una categoria già nota ci consente di utilizzare simbolizzazioni affettive già sperimentate, con le quali si ha una dimestichezza maggiore. Ciò risulta essere più semplice, se confrontato con la difficoltà di mantenere la complessità e l'ambiguità derivanti dalla relazione con una situazione nuova. Tale semplificazione, infatti, consente un adattamento più rapido alla situazione nuova ma con il rischio di perdere informazioni importanti riguardanti quest'ultima.

L'utilizzo di simbolizzazioni affettive note, attraverso il meccanismo dell'ancoraggio, risulta essere un punto centrale nel nostro discorso sul senso comune: il senso comune, infatti, secondo la nostra proposta, favorisce l'istituzione di processi collusivi mediante l'utilizzo di copioni relazionali già noti. Si capisce, adesso, perché abbiamo affermato che il senso comune ha obiettivi e modi di funzionare opposti alla psicologia clinica: la psicologia clinica, infatti, ha come obiettivo la costruzione di sviluppo e assume a questo scopo la funzione di esplorare i processi collusivi; il senso, di contro, comune crea o rafforza i processi collusivi.

¹ Quando parliamo di clienti non intendiamo soltanto un soggetto individuale ma anche un gruppo, un ente o un'organizzazione.

² La simbolizzazione affettiva è una delle due modalità con la quale si organizza la relazione tra individuo e contesto: se la percezione consente di organizzare il contesto dal punto di vista cognitivo, la simbolizzazione affettiva consente di organizzarlo emozionalmente (Carli & Paniccia, 2003).

³ L'estraneo "è colui del quale non si può dire di conoscere, al di fuori della comunicazione con lui, cosa pensa o come vive il rapporto con noi" (Carli & Paniccia, 2003, p. 62)

Continuando a seguire il contributo di Moscovici (2005) individuiamo altri aspetti importanti del senso comune: secondo l'Autore, infatti, la tendenza a classificare, insita nel processo di ancoraggio, non è mai una scelta puramente intellettuale, ma riflette un dato atteggiamento verso l'oggetto, un desiderio di definirlo come normale o aberrante; inoltre ogni sistema di classificazione presuppone un punto di vista basato sul consenso (Moscovici, 2005). Queste affermazioni ci conducono a ciò che Paniccia, Giovagnoli, e Giuliano (2008) definiscono come le due anime dell'intervento psicologico: la prima ha obiettivi conformistici, mentre la seconda si pone obiettivi di sviluppo. Avere obiettivi conformistici vuol dire essere interessati ai comportamenti dei singoli individui e al ripristino delle funzionalità perdute, eliminando (quando è possibile) quei problemi che non consentono l'adattamento all'ambiente dato. Questo tipo di intervento, dunque, è indirizzato principalmente ai singoli individui e considera l'ambiente come una dimensione data, che rimane peraltro in secondo piano. "Potremmo dire che questa è la psicologia che corregge deficit" (Paniccia, Giovagnoli, & Giuliano, 2008, p. 62). L'altra anima della psicologia, invece, considera l'ambiente, o meglio il contesto, in interazione continua con gli individui, i gruppi e le organizzazioni. I vissuti, oltre che i comportamenti, sono parte integrante del contesto e le dimensioni contestuali stesse non possono essere escluse dall'intervento. "In tal caso l'obiettivo dell'intervento non è la risoluzione di un deficit dell'individuo nell'adattarsi all'ambiente, ma lo sviluppo della competenza delle persone a organizzare relazioni entro i propri contesti di riferimento" (Paniccia, Giovagnoli, & Giuliano, 2008, p. 62). In quest'ultimo orientamento, inoltre, non possiamo sapere quale sarà l'evoluzione dell'intervento psicologico, visto che non c'è una dimensione normativa che orienta l'azione psicologica: esso sarà volto ad esplorare i vissuti che caratterizzano la relazione individuo-contesto e che hanno portato il cliente a rivolgersi allo psicologo.

Pensiamo, ad esempio, ai processi di classificazione, molto diffusi anche all'interno della psicologia clinica; essi possono essere considerati come un tentativo di ridurre l'ambiguità propria della relazione con l'estraneo: ciò, inoltre, seguendo l'intuizione di Moscovici, ci porta a pensare ad un desiderio di definire l'altro come normale o aberrante (patologico), e di fare ciò sulla base di un consenso sociale. In tal caso, quindi, ciò che appare centrale è il perseguimento di obiettivi conformistici, di parametri, cioè, ai quali ancorare l'altro per considerarlo normale o per farlo diventare tale. Questo procedimento, inoltre, favorisce l'istituzione di processi collusivi asimmetrici, basati su rapporti di potere nei quali chi viene definito aberrante dipende da chi lo definisce tale.

Il senso comune, dunque, si fonda essenzialmente sul consenso sociale e quindi "è espressione della cultura dominante. Questo è un punto importante, che non va dimenticato. Quando lo assumiamo come parametro, assumiamo con esso la prevalenza di una cultura, quella con cui siamo maggiormente identificati, su altre possibili" (Paniccia, Giovagnoli, & Giuliano, 2008, p. 65).

Il secondo meccanismo, attraverso il quale le rappresentazioni sociali rendono l'ignoto familiare, proposto da Moscovici (2005) è l'oggettivazione. Tale meccanismo consente "di trasformare qualcosa di astratto in qualcosa di concreto, di tradurre ciò che è nella mente in qualcosa che esiste nel mondo" (p. 46). L'oggettivazione, pertanto, riproduce ciò che è astratto, sfuggente, sconosciuto, in qualcosa di concreto che può essere visto e toccato e, perciò, in qualcosa che può essere meglio controllato. Ritorniamo alla classificazione propria dell'intervento psicologico che persegue obiettivi conformistici: l'oggettivazione può essere rappresentata, ad esempio, dalla costruzione di scale e test che misurano il grado di normalità dell'individuo. In questo caso, i risultati dei test rendono concreto il concetto astratto di normalità. È evidente, inoltre, che questo tipo di intervento non si pone, quale obiettivo esplicito, la misurazione del grado di "normalità" della popolazione, che pure abbiamo utilizzato per sinteticità, ma altre caratteristiche individuali che sono, comunque, assimilabili al binomio normale-aberrante (puntuale/ritardatario, ansia fisiologica/ansia disfunzionale e altro ancora).

La riduzione della complessità della realtà in coppie di categorie opposte e che si escludono reciprocamente è un'ultima caratteristica propria del senso comune. Questo meccanismo ricorda molto la religione manichea. Il Manicheismo, fondato da Mani nel III secolo dopo Cristo, concepiva, infatti, l'esistenza di due regni: il regno del bene e quello del male. Secondo tale religione, inoltre, il regno del male ha invaso quello del bene ed ora, questi due regni, sono in lotta tra di loro; il mondo, così come ci appare oggi, è, dunque, il risultato della guerra tra queste due forze. Anche se il manicheismo non esiste più come religione, risulta, comunque, un serbatoio prezioso per tutte quelle dottrine che vedono il mondo in bianco e nero e che distinguono tra noi, figli della luce, e loro figli demoniaci delle tenebre. Buruma e Margalit (2004), a tal proposito, propongono una lettura interessante del rapporto tra Occidente ed Oriente. Gli Autori parlano di "occidentalismo" riferendosi, con tale termine, al quadro disumanizzato dell'Occidente, così come è tratteggiato da coloro che si oppongono all'idea stessa di Occidente. Uno degli aspetti che caratterizza questo rapporto, è proprio il considerare l'Occidente e l'Oriente come due mondi diametralmente opposti: agli occhi degli orientali ma, come sottolineano gli stessi Autori, anche agli occhi degli occidentali che si oppongono alla cultura occidentale, l'Occidente adora il denaro, il commercio e i piaceri corporei, in una parola adora la materia; l'Oriente, invece, è visto come il regno di una profonda spiritualità. Tra l'altro la contrapposizione tra spirito e materia è alla base del manicheismo; anzi, la materia stessa, in questa religione, rappresenta il male e le tentazioni corporee che allontanano dal rapporto con Dio. In questo senso "i nemici dell'Occidente" vedono l'Occidente come corrotto e materiale, e considerano l'Oriente come altamente spirituale. Allo stesso modo, gli Autori sottolineano che anche gli occidentali si sono serviti di semplificazioni simili: "Ronald Reagan, quando diceva che l'Unione sovietica era l'«impero del male»; Gorge W. Bush, quando considerava la Corea del Nord, l'Iran e l'Iraq come l'«asse del male»" (p. 93). La tesi proposta da Buruma e Margalit per spiegare il rapporto tra Occidente ed Oriente, invece, si basa sul rispetto della complessità insita in una problematica rilevante come la convivenza di culture diverse. Gli Autori, dunque, utilizzando il paradigma indiziario⁴, trovano che un elemento fondamentale per risalire alle possibili cause della situazione attuale sia rintracciabile nella dimensione storica. Questa, infatti, è caratterizzata, prevalentemente, da contaminazioni culturali incrociate; rifiutano, quindi, la spiegazione semplicistica dello scontro manicheo tra civiltà.

Questo meccanismo che porta a contrapporre tra loro idee stereotipali, è spesso presente nei ragionamenti di senso comune; tutto questo può essere particolarmente problematico, tanto da portare agli eventi dell'11 settembre e a ciò che ad esso ha fatto seguito. Tuttavia lo stesso meccanismo è riscontrabile in molte altre situazioni: basta pensare alla distinzione tra i sessi. Il senso comune, infatti, considera soltanto l'esistenza di due sessi: maschile e femminile; in questo modo pensa di includere tutte le realtà possibili e, allo stesso tempo, è anche prescrittivo nel senso che indica cosa è considerato normale e cosa è, invece, aberrante. Questa visione semplicistica, tuttavia, si scontra con la complessità dei generi, degli orientamenti sessuali e delle scelte sessuali e, anche, con situazioni biologiche ambigue; inoltre, ciò che devia dalla norma spesso non è tollerato: mette in crisi il sistema di credenze che il senso comune ha costruito. Come poi la società reagisce alle deviazioni dalla norma dipende, ancora una volta, dalle dimensioni culturali, quindi, da come il senso comune ha deciso di trattare tali "aberrazioni". Geertz (1988), citando Robert Edgerton, ci descrive le reazioni di alcuni gruppi americani da un lato, dei Navajo e dei Pokot (una tribù keniota) dall'altro, al fenomeno dell'ermafroditismo. Per gli americani l'ermafroditismo rappresenta un orrore; la vista di organi genitali bisessuati o persino la semplice discussione

⁴ Il paradigma indiziario, proposto da Carlo Ginzburg nel saggio "Spie. Radici di un paradigma indiziario", del 1979, rappresenta un modello di interpretazione degli eventi fondato sulla ricerca sistematica di indizi significativi, sui quali è possibile basare la ricostruzione storica di un fatto. Questo procedimento ci aiuta a risalire, dai dati osservabili, a una realtà complessa e articolata non comprensibile, in un primo momento, per l'osservatore. Spesso i dati osservabili sono marginali ma rappresentano tracce molto utili per attribuire senso a ciò che risulta sconosciuto. Il paradigma indiziario si basa, dunque, su un processo inferenziale (cfr. Grasso, Cordella & Pennella, 2003 e Grasso, Lombardo & Pinkus, 1988).

su questa condizione può provocare una sensazione di nausea. “La reazione è di incoraggiare, di solito con grande passione e talvolta con qualcosa di più, i bisessuati ad adottare un ruolo sessuale preciso, maschile o femminile” (p. 102). Anche per i Navajo l'ermafroditismo è una condizione anormale, ma essa suscita stupore e timore reverenziale, invece che orrore e disgusto. Si ritiene, infatti, che il bisessuato sia stato benedetto da Dio e che trasmetta agli altri questa benedizione. I Pokot, infine, ritengono i bisessuati un errore e, anche se non nutrono molta stima per queste persone, non provano comunque alcun senso di disgusto o di orrore. Per i Pokot, dunque, la persona bisessuata è inutile perché non può estendere la discendenza come un vero uomo né può portare la dote nuziale come una vera donna. Questo esempio conferma, inoltre, ciò che avevamo già affermato seguendo Geertz (1988): il senso comune, infatti, non è ciò che la mente comprende spontaneamente ma quello che la mente, riempita di presupposti, conclude.

Possiamo provare, a questo punto, a riassumere brevemente le principali caratteristiche del senso comune; nel far ciò non vogliamo proporre un elenco di caratteristiche ma vogliamo, invece, sottolineare quanto queste stesse caratteristiche siano collegate tra di loro, in modo da comprendere meglio la complessità, e allo stesso tempo la semplicità dei ragionamenti basati sul senso comune. Innanzitutto, un aspetto fondamentale da considerare è che il senso comune è utilizzato soprattutto per rendere familiare ciò che è ignoto; inoltre, così facendo, il senso comune definisce anche cosa è ritenuto normale e cosa non lo è. Come per la dicotomia normale-aberrante, il senso comune, inoltre, servendosi di meccanismi manichei, divide la realtà attraverso l'utilizzo di coppie di categorie stereotipali e contrapposte. Queste categorie, tra l'altro, sono considerate totalizzanti e, quindi, capaci di spiegare qualunque fenomeno. Oltre a ciò, la naturalità, la praticità, la leggerezza e la mancanza di metodicità fanno sì che il senso comune sia facilmente utilizzato da chiunque; allo stesso modo, anche l'utilizzo del linguaggio quotidiano e la convinzione che i principi del senso comune siano un prodotto immediato dell'esperienza, invece che riflessioni su di essa, aumenta l'accessibilità del senso comune stesso. Possiamo concludere ricordando che il senso comune è un sistema culturale e, che, come tale, può variare da una popolazione ad un'altra, esprimendone la cultura dominante.

L'insieme di queste caratteristiche ci porta a considerare il senso comune come un sistema culturale che favorisce l'istituzione di processi collusivi attraverso l'utilizzo di simbolizzazioni affettive già sperimentate. Ciò, come abbiamo visto, avviene soprattutto attraverso l'ancoraggio di situazioni nuove a categorie già note ed organizzate in coppie contrapposte e stereotipali. Il fatto, inoltre, che il senso comune esprima la cultura dominante di una data società, e che abbia una funzione opposta alla psicologia clinica ci spinge a pensare alle problematiche che possono sorgere, per l'intervento psicologico clinico, nel momento in cui non si tiene conto dell'azione del senso comune. L'azione anti-psicologica del senso comune, infatti, fa sì che i processi collusivi vengano agiti entro le relazioni, con il conseguente probabile insuccesso di qualunque tipo di intervento professionale che sia volto alla promozione dello sviluppo. Anche la diffusione di una cultura psicologica, all'interno della società, e il successivo aumento di domande sociali rivolte agli psicologi, è ostacolata dall'azione del senso comune. In questo senso, risulta essere di fondamentale importanza, per gli psicologi clinici, la conoscenza dei meccanismi sui quali si basa il senso comune, nonché la consapevolezza dell'influenza che il senso comune ha sulla stessa azione professionale degli psicologi. Per la riuscita degli interventi psicologici sarà necessario, inoltre, dedicare uno spazio di riflessione, con i clienti dell'intervento, sui meccanismi fondanti il senso comune e su quanto tali meccanismi siano riscontrabili all'interno delle proposte relazionali rivolte agli psicologi. Allo stesso tempo, infine, l'esplorazione del senso comune risulta fondamentale anche all'interno del processo di apprendimento della psicologia clinica, visto che il senso comune risulta essere una teoria implicita che viene utilizzata entro le relazioni sociali e che entra in contrasto con l'apprendimento delle teorie fondanti la psicologia clinica; ciò, inoltre, consentirà, a chi desidera formarsi alla psicologia clinica, di sviluppare la propria competenza a trattare le modalità con le quali il senso comune organizza l'agire individuale e sociale.

Possiamo affermare, a questo punto, che l'esplorazione del senso comune sia un aspetto fondamentale all'interno della formazione e dell'azione professionale psicologia clinica. Come ci suggeriscono Paniccia, Giovagnoli e Giuliano (2008) possiamo chiederci, infatti, cosa accadrebbe se il senso comune organizzasse sia la domanda rivolta allo psicologo che la risposta proposta dal sistema scientifico professionale: "Se la dinamica collusiva che organizza la domanda rivolta allo psicologo coincidesse con la dinamica collusiva che organizza la risposta professionale, non ci sarebbe possibilità di pensare la relazione, quindi di progettare uno sviluppo" (p. 60), sarebbe impossibile, pertanto, l'esplorazione delle dinamiche collusive proposte dal cliente, eliminando, così, ogni possibilità di istituire una funzione psicologica e di integrare le problematiche del cliente in una cornice più ampia.

L'influenza del senso comune sulla psicologia clinica

Per esplorare l'influenza del senso comune sulla psicologia clinica ed il conseguente utilizzo della categoria normale-aberrante all'interno di questo ambito disciplinare, faremo riferimento al testo *Psicologia clinica*, del 2008, scritto da Kring, Davison, Neale e Johnson. E' interessante osservare che il titolo originale del libro è *Abnormal Psychology*: la traduzione italiana, dunque, da un lato perde il riferimento esplicito, almeno nel titolo, all'anormale, e allo stesso tempo ci propone un utilizzo del termine clinico quale sinonimo di anormale.

Introduciamo brevemente il significato legato al termine clinico. Clinico deriva dal vocabolo greco *kliné*, traducibile con la parola letto; con questo termine si indicava la relazione tra il medico e l'ammalato: relazione caratterizzata, nello specifico, dalla posizione del malato steso sul letto e dal medico che si piegava verso il paziente per visitarlo⁵. Altri significati del termine clinico rimandano, comunque, all'ottica relazionale e all'apprendimento per esperienza diretta⁶. L'aspetto relazionale, che possiamo considerare quale elemento fondamentale all'interno della psicologia clinica, sembra scomparire del tutto nel testo in esame, e far posto al concetto di anormale: di qualcosa, cioè, che devia dalla norma. Possiamo, inoltre, ricordare che la medicina ha intrapreso questa strada, dando meno importanza all'aspetto relazionale e focalizzandosi maggiormente sulle cause eziopatogenetiche delle malattie. La medicina, tuttavia, può fare riferimento ad un funzionamento normale dell'organismo e alla deviazione da tale normalità, perché ha individuato il funzionamento normale dell'organismo (la Fisiologia) e l'eziologia di molti disturbi organici (la Patologia). In questo modo il medico, attraverso la diagnosi, può tracciare un rapporto lineare tra il sintomo, la malattia e la causa della malattia stessa: individuando, così, anche una terapia adeguata. In questo senso, l'eliminazione del sintomo fisico porta alla guarigione e ripristina lo stato di salute: i concetti di salute e di guarigione sono, dunque, sinonimi all'interno del modello medico; la guarigione, quindi, è considerata l'obiettivo dell'intervento medico (Lombardo, 2005). Purtroppo, lo stesso modello medico, non ha individuato l'eziologia di tutte le malattie esistenti; ad ogni modo, la medicina è maggiormente orientata all'individuazione delle cause dei disturbi e non sembra interessata, invece, agli aspetti relazionali.

L'utilizzo del concetto di normalità, all'interno del modello medico, comporta peraltro le implicazioni che abbiamo individuato parlando del binomio normale-aberrante: il riferimento alla norma, infatti, spinge gli individui a conformarsi al funzionamento considerato normale.

⁵ Cfr. Imbasciati (2006) e Lombardo (2005).

⁶ Pensiamo, ad esempio, alla pratica che si diffuse tra la fine del Medio Evo e l'inizio del Rinascimento: in alcune scuole mediche venivano impartiti, ai medici in formazione, insegnamenti al letto dei malati. Il primo ad utilizzare un insegnamento medico basato sull'osservazione clinica fu, verso la fine del XVI secolo, a Padova, Giovanni Battista da Monte, detto anche Montanus. Nasceranno, da quel momento in poi, le prime "cliniche", affidate a docenti universitari, dove vengono raggruppati malati con patologie simili e dove è pratica istituzionalizzata l'insegnamento delle conoscenze mediche presso il letto dei malati (Lombardo, 2005).

L'obbligo a curarsi ne è un esempio, ma anche la logica della prescrizione risulta interessante: l'utente, infatti, non svolge un ruolo attivo nel processo di cura, ma si attiene a quanto dice il medico. In questo senso, come abbiamo visto, chi viene definito anormale (o, se vogliamo, malato) dipende da chi lo definisce tale. L'efficacia dell'intervento medico e la necessità di curarsi rivolgendosi al medico, tuttavia, fanno sì che l'iter terapeutico inizi "senza analizzare la richiesta «implicita» sottesa alla domanda «esplicita» di consulenza medica" (Lombardo, 2005, p. 99).

All'interno della psicologia clinica, l'utilizzo del concetto di normalità esprime in modo ancora più evidente il riferimento al consenso sociale: in quest'ambito, infatti, non è possibile stabilire una relazione di causa - effetto tra il disturbo psichico e la sua origine. La Psicopatologia, infatti, "prevede l'esistenza di una plurifattorialità nell'istaurarsi delle dinamiche psicopatologiche che non è riconducibile ad un procedimento lineare tra la causa e l'effetto, così come avviene in ambito medico" (Lombardo, 2005, p. 101). Ciò, dunque, ci porta a pensare che non esista, in quest'ambito, una normalità da utilizzare quale parametro di riferimento e che, quando il concetto di normalità viene utilizzato, esso nasconde l'influenza del senso comune e l'intenzione, quindi, di semplificare ciò che è sconosciuto riconducendolo a qualcosa di familiare. Abbiamo visto come in questa azione sia fondamentale l'utilizzo dell'ancoraggio (Moscovici, 2005) e quanto questo meccanismo contenga in sé un desiderio di definire l'altro come normale o aberrante, sulla base di un consenso sociale. In questo senso, possiamo considerare i concetti di normalità e conformismo strettamente legati tra loro.

Torniamo dunque al testo in esame: Psicologia clinica. In esso non c'è alcun riferimento esplicito alla psicologia clinica: essa non viene definita in alcun modo, per quanto gli autori si definiscono psicologi clinici; anzi, sembra che non ci sia bisogno di una tale definizione. In questo senso, possiamo parlare di una psicologia clinica data, nella quale non occorre esplicitare i presupposti dai quali si parte e, proprio per questo, l'influenza del senso comune sembra maggiormente attiva.

Proviamo a seguire le parole degli stessi Autori:

Tutti ci sforziamo di capire gli altri. Ma a volte non è facile comprendere perché le persone facciano certe cose o provino certi sentimenti. Neppure di noi stessi siamo sempre in grado di capire sentimenti e comportamenti. Comprendere perché le persone si comportano in modo atteso, normale, è già abbastanza difficile; ancora più difficile è comprendere il comportamento umano che esula dalla normalità (p. 4).

Questo è l'incipit del testo. È nota l'importanza della fase istitutiva negli interventi psicologico clinici: allo stesso modo, le prime righe di un libro possono dirci quale sia la proposta collusiva che gli autori fanno a chi legge il testo. In questo caso gli Autori partono da un'osservazione di senso comune (Tutti ci sforziamo di capire gli altri) che, come tale, è totalizzante (tutti!). Verrebbe, ad esempio, da chiedersi perché tutti ci sforziamo di capire gli altri e l'importanza che sembra avere, in questo, il desiderio di acquisire modelli di predizione del comportamento altrui. Questo desiderio, inoltre, sembra essere legato alla fantasia di possedere l'altro e di poterlo controllare. Ciò, ancora una volta, è in contrasto con la categoria di estraneità che risulta essere, al contrario, una importante risorsa per utilizzare l'ambiguità propria della relazione con il cliente; nel nostro caso sembra che l'estraneità sia negata, riducendo l'altro a modelli comportamentali preesistenti.

La categoria clinica dell'estraneità, in sintesi, sembra non interessare gli Autori; i quali, infatti, continuano il loro discorso sottolineando la difficoltà insita nel comprendere l'altro e, anche, noi stessi: sembrano, qui, utilizzare una modalità seduttiva nei confronti del lettore che è portato, così, a rimpiangere la propria difficoltà a comprendere il proprio e l'altrui comportamento, convincendosi che tali capacità sono, invece, possedute dagli Autori. Infine, si afferma chiaramente che esiste un comportamento normale, che è atteso (ritorna il desiderio di predire e controllare il comportamento altrui), e un comportamento anormale ed aberrante. Quest'ultimo sembra assolutamente non comprensibile: gli Autori ci suggeriscono la stranezza e l'irrazionalità del comportamento anormale.

La dichiarazione successiva è la seguente: “Questo libro si propone di indagare l’anormalità” (p. 4). Chiarito questo, e, quindi, definiti i presupposti dai quali partono gli Autori (che non riguardano, dunque, la psicologia clinica ma l’anormalità), affermano: “Un’altra sfida che continuamente si impone nello studio della psicologia clinica sta nel conservare l’obiettività di giudizio. L’oggetto di questo studio, il comportamento umano, ci coinvolge a livello personale e chiama in causa le nostre emozioni, rendendo difficile mantenerci obiettivi” (p. 4). Sembra quasi superfluo ricordare tutti i dibattiti e le teorie che ci hanno consentito di superare le concezioni positivistiche; anche le rappresentazioni sociali che sembrano tramontate sono costantemente vive e possono, ancora oggi, organizzare posizioni culturali e scientifiche. Inoltre, due elementi fondamentali del Positivismo sono proprio l’obiettività, con la quale si considera l’osservatore separato (diremmo scisso) da ciò che osserva; l’oggetto di studio, che è considerato esistere a prescindere da chi lo studia. L’oggetto di studio ha, dunque, caratteristiche intrinseche che non vengono influenzate da (o che non sono in relazione con) colui che osserva tale oggetto; inoltre, l’oggetto di studio deve essere misurabile.

In linea con le concezioni positivistiche, dunque, gli Autori individuano, quale oggetto di studio, il comportamento umano. Nessun riferimento, dunque, agli aspetti inconsci e alle dinamiche relazionali: sembrerebbe che questi aspetti vengano completamente eliminati. Viene, tuttavia, affermato che il comportamento umano ci coinvolge e chiama in causa le nostre emozioni: ciò, però, è visto come un limite per l’obiettività di chi vuole studiare il comportamento, invece di cogliere che, proprio questo coinvolgimento, può essere una risorsa fondamentale per la comprensione del funzionamento umano: pensiamo, ad esempio, ai processi di transfert e controtransfert, nella loro accezione più ampia. Grasso (2004), a tal proposito, propone una ridefinizione di transfert come “fantasia relazionale prevalente” suggerendoci che:

tale fantasia contiene non solo gli elementi comportamentali caratteristici con cui quella persona tende a manipolare ed a utilizzare gli altri ai propri scopi “patologici”, ma anche le aspettative più o meno realistiche che sono state attivate dalla decisione di richiedere un intervento psicologico ad un “esperto” e all’istituzione di cui questi fa parte: lo psicologo dovrà dunque considerare attentamente le proprie modalità di interazione (e i relativi aspetti controtransferali) sia nei confronti del richiedente che nei confronti dell’istituzione in cui opera, per comprendere i diversi livelli del messaggio formulato come richiesta della sua prestazione (p. 144).

Quest’ultima proposta teorica, dunque, oltre ad un’attenzione particolare al contesto nel quale si sviluppa l’intervento psicologico, sottolinea l’importanza di comprendere ed utilizzare, quale risorsa per l’intervento stesso, quel coinvolgimento dato dalla relazione con il cliente che, nell’affermazione di Kring, Davison, Neale e Johnson, sembra, invece, un ostacolo.

Tornando, a questo punto, alla differenziazione tra le due anime della psicologia che interviene, possiamo definire gli Autori quali esponenti di una psicologia che corregge deficit. La loro azione, pertanto, è rivolta a modificare i comportamenti che non consentono l’adattamento all’ambiente, considerando l’ambiente come qualcosa che fa da sfondo, ma che non entra in relazione con gli individui. L’attenzione, quindi, è rivolta ai comportamenti individuali; non c’è spazio, come dicevamo, per i vissuti e per le dinamiche relazionali. Questa componente della psicologia caratterizzata da obiettivi conformistici, visti il continuo riferimento degli Autori al comportamento anormale, sembra fortemente influenzata dall’azione del senso comune. Se, come detto, non è possibile parlare di normalità ed anormalità in psicologia, evidentemente la posizione proposta dagli Autori del testo “*Psicologia clinica*” rischia di rafforzare quelle rappresentazioni culturali, basate sul senso comune, che vedono la società divisa in individui normali ed individui anormali, con il conseguente tentativo di “normalizzare gli anormali”. Questi meccanismi che, come abbiamo visto, sono molto diffusi nel senso comune, possono portare a rilevanti problematiche di convivenza all’interno di una società: si possono così istituire processi collusivi volti al

possesso ed al controllo⁷ sociale che esitano in relazioni asimmetriche, prive di obiettivi produttivi.

Un altro aspetto interessante sottolineato dagli Autori è la nozione di paradigma proposta da Kuhn: questo può essere definito come il quadro di riferimento nell'ambito del quale opera uno scienziato; esso influenza il modo di considerare i problemi ma, anche, la scelta dei problemi da considerare. A tal proposito, dunque, gli Autori affermano che nessun paradigma, da solo, "offre una concettualizzazione "completa" della psicopatologia, piuttosto ciascuna visione porta un suo contributo" (p. 31). Descrivono, così, i paradigmi che vengono utilizzati per lo studio della psicopatologia: il paradigma genetico (che sottolinea, soprattutto, la relazione tra geni e comportamento, anche se, attualmente, si dà ampio spazio all'influenza tra geni e ambiente); il paradigma delle neuroscienze (il quale afferma che i disturbi mentali si associano a processi cerebrali aberranti); il paradigma psicoanalitico (che considera la psicopatologia quale prodotto di conflitti inconsci) e il paradigma cognitivo - comportamentale (che affonda le proprie radici nelle scienze cognitive e nella terapia comportamentale). Per quanto, dunque, i vari paradigmi siano ampiamente descritti e per quanto gli Autori sottolineino il fondamentale apporto che ogni paradigma può dare alla comprensione della psicopatologia, nell'esposizione dei disturbi psicologici, come vedremo, sembrerebbero preferire alcuni paradigmi piuttosto che altri.

Inoltre, grosse critiche vengono mosse alla classificazione dei disturbi, in quanto possono produrre un effetto stigmatizzante e possono dare luogo a perdite d'informazione sull'unicità dell'individuo (la persona viene ancorata ad una categoria diagnostica specifica e, pertanto, acquista tutte le caratteristiche di quella categoria, perdendo gli aspetti unici che la caratterizzano). Tuttavia gli Autori, utilizzando ancora una volta una forma totalizzante, affermano che esiste "una verità fondamentale: la tendenza a classificare tutto ciò a cui si applica il nostro pensiero, fa parte della natura umana. Perciò [...], visto che ci serviamo di categorie, la cosa migliore è svilupparle e organizzarle in maniera sistematica" (p. 74); come dire che, visto che siamo influenzati dal senso comune, tanto vale utilizzarlo anche nella relazione professionale con i clienti.

Non stiamo affermando l'inutilità delle classificazioni, che pure possono essere utilizzate entro il rapporto con il cliente; tuttavia, il riferimento a tale metodologia, senza una considerazione degli aspetti relazionali e senza un'attenzione ai vissuti del cliente, fa sì che la classificazione diventi una tecnica forte nei confronti di un utente debole. Si crea così la dipendenza e la delega dell'utente nei confronti dello psicologo che detiene il sapere. Inoltre, come abbiamo visto, la tendenza a classificare e a semplificare è propria del senso comune: il suo utilizzo, dunque, non consente una riflessione sulla relazione e comporta la perdita di una risorsa fondamentale per lo sviluppo del cliente. È possibile, pertanto, affermare, seguendo Di Ninni, che:

se il problema è "vedere e cogliere", per una maggiore condivisibilità all'interno di una comunità scientifica, ci si prepara ad individuare e misurare; se c'è l'interesse ad intervenire con una committenza entro un rapporto, forse può essere utile convenire su quello che sta avvenendo, compresi gli strumenti messi in campo (Di Ninni, 2004, Ed., p. 118).

Un approfondimento di tutte le problematiche psichiche esula da questo lavoro, tuttavia, può risultare interessante, a questo punto, una breve esplorazione su come Kring, Davison, Neale e Johnson trattano i disturbi d'ansia e le fobie in particolare. Proviamo, dunque, a seguire quanto dicono gli Autori rispetto ai disturbi d'ansia: "una caratteristica comune a tutti i disturbi d'ansia sono livelli di ansia abnormi per intensità o frequenza. I disturbi di panico e le fobie si distinguono per l'intensa paura, oltre che per l'ansia" (2008, p. 124). Potremmo chiederci chi decida se i livelli d'ansia siano fuori dalla norma, ammesso che esista un'ansia normale. Chi valuta se la paura è intensa oppure no? Per rispondere a queste domande

⁷ Il possesso ed il controllo rientrano in quelle che Carli e Paniccia (2002) hanno definito come neoemozioni.

seguiamo gli Autori che, facendo riferimento al DSM-IV-TR, affermano che “per ogni disturbo esistono criteri che precisano in che termini l’ansia o la paura devono interferire col funzionamento della persona, o causare disagio, perché si possa trarre la diagnosi di un particolare disturbo” (p. 124). Stabilire l’esistenza di livelli d’ansia o di paura abnormi, quindi, sembrerebbe utile soltanto al professionista che fa la diagnosi: l’interesse di chi utilizza questi sistemi di classificazione è, infatti, quello di individuare in che termini l’ansia o la paura *devono* interferire, o causare disagio, per poter fare una diagnosi. Ancora una volta, si ricerca l’obiettività del professionista⁸, piuttosto che considerare la soggettività del cliente e l’unicità del rapporto con lo psicologo. Anche il disagio, quale vissuto soggettivo, è considerato soltanto quale parametro per consentire la formulazione di una diagnosi.

È evidente, inoltre, che, se pensiamo ad un livello di ansia o di paura normale, cercheremo di ricondurre alla norma chiunque devia da questi standard. È qui riscontrabile, dunque, la ricerca di conformismo che il riferimento alla normalità propone. Ci può essere utile, a tal proposito, l’accostamento di due elementi che Buruma e Margalit (2004) individuano negli occidentalisti, nella loro visione dell’Occidente: l’Occidente, infatti, viene visto come caratterizzato dal conformismo e dal confortismo. Confortare deriva dal latino *cōnfortāre* cioè rinforzare, confortare ed è un derivato di *fortis*: forte. Il richiamo alla normalità, dunque, oltre a produrre conformismo sociale, consente anche di rinforzare la posizione di chi utilizza la normalità come parametro di riferimento: è, pertanto, confortante. In questo senso, dunque, chi propone la diagnosi, senza convenire con la committenza su quanto sta avvenendo, istituisce una relazione asimmetrica nella quale la tecnica forte prevale sull’utente debole. Questa, evidentemente, è una funzione posseduta anche dal senso comune: oltre al riferimento alla cultura dominante e, quindi, al conformismo sociale, il senso comune rafforza e dà potere a chi lo utilizza e alla stessa cultura dominante. Il potere ricevuto deriva dalla possibilità di controllare il mondo esterno, potendo ricondurre anche le situazioni nuove a categorie conosciute. Ciò, come abbiamo visto, è un potere superficiale e fine a se stesso, non potendo essere utilizzato entro la relazione con l’altro.

Per definire le fobie Kring, Davison, Neale e Johnson fanno ancora riferimento al DSM-IV-TR:

il DSM-IV-TR definisce fobia la paura marcata e persistente di un oggetto o di una situazione particolare, paura decisamente sproporzionata al pericolo che tale oggetto – o situazione – può comportare. Il soggetto riconosce che la sua paura è eccessiva, e tuttavia è disposto a fare notevoli sforzi pur di evitare ciò che la provoca (p. 124).

Innanzitutto, colpiscono gli aggettivi che vengono utilizzati per parlare della paura: marcata, persistente e (decisamente) sproporzionata. Questi aggettivi fanno pensare che ci sia anche una paura leggera, di breve durata e proporzionata allo stimolo: questo, infatti, sembra il modello di paura normale, che può essere tollerata e che viene, anche, giustificata; non c’è spazio per altre forme di paura: le altre forme vengono, infatti, classificate come psicopatologie. Anche il “soggetto”, inoltre, sembra colludere con il professionista sulla anormalità della sua paura, eppure continua a comportarsi come se essa fosse “normale”: continua, cioè, a mettere in atto sforzi per evitare l’oggetto o la situazione che suscitano la sua paura. Forse, il riferimento alla paura anormale non è ciò che ci consente di cogliere l’origine (o meglio le origini) dell’utilizzo di comportamenti fobici da parte del cliente. Marcelli (1999), ad esempio, rileva come sia “artificiale e troppo didattico distinguere <paure e fobie

⁸ Gli Autori, tuttavia, sottolineano che, per quanto i criteri diagnostici del DSM siano stati migliorati, “resta comunque ampio spazio per il disaccordo” (p. 73). Facendo, infatti, riferimento ai sintomi per la diagnosi di episodio maniacale gli Autori si chiedono: “che cosa significa affermare che l’umore è elevato in modo abnorme? Questi giudizi creano le condizioni per il verificarsi di errori sistematici, oltre che per l’insinuarsi nella valutazione delle idee soggettive del clinico, su quale sia il comportamento corretto per la persona “media” in una certa fase dell’esistenza. Poiché clinici diversi possono adottare definizioni diverse di sintomi quali “umore elevato” il conseguimento di un’alta affidabilità si presenta come un obiettivo problematico (Kring, Davidson, Neale e Johnson, 2008, p. 73).

normali> e <paure e fobie patologiche>. Soltanto la valutazione economica e dinamica può dare elementi di risposta e non un semplice riferimento semiologico” (p. 318).

Vediamo quali sono i trattamenti che gli Autori propongono per i disturbi d’ansia e le fobie in particolare: “i trattamenti efficaci contro i disturbi d’ansia condividono una tecnica cruciale: l’esposizione; il soggetto viene sollecitato ad affrontare proprio la cosa di cui ha più paura” (p. 137); giustificano questa affermazione facendo riferimento ad un antico proverbio cinese “Vai dritto al cuore del pericolo, perché lì troverai la salvezza”. È evidente quanto i proverbi siano prodotti del senso comune e quanto quelli cinesi, in particolare, rimandino ad un’idea di saggezza; tuttavia, come abbiamo visto, proprio l’accessibilità, la leggerezza e la naturalità dei principi del senso comune devono metterci in guardia contro i processi di semplificazione insiti nel senso comune stesso.

L’esposizione, all’interno della desensibilizzazione sistematica, si basa “sull’addestramento del paziente ad acquisire la capacità di rilassarsi”, per poi passare ad immaginare “una gerarchia di situazioni sempre più spaventose, che mette a punto insieme al terapeuta” (p. 143). L’esposizione dunque, viene utilizzata sia per la fobia specifica, definita come “paura intensa ed immotivata, causata dalla presenza di un particolare oggetto (o situazione)” (p. 124), sia per la fobia sociale, definita come “la paura irrazionale e persistente di situazioni che potrebbero implicare l’essere sottoposti al giudizio di persone sconosciute, o anche soltanto esposti alla loro presenza” (p. 126).

L’esposizione, in quanto trattamento, ma anche la spiegazione dell’eziologia della fobia tramite il modello bi fattoriale di Mowerer⁹, fanno riferimento al paradigma cognitivo - comportamentale. L’approccio cognitivo è presente soprattutto in quegli interventi nei quali si mettono in discussione “le credenze del paziente riguardo alla probabilità che il confronto con l’oggetto, o la situazione, che provoca la sua ansia porti sempre ad esiti negativi” (p. 137). Attraverso il paradigma delle neuroscienze, inoltre, gli Autori prendono in considerazione il “ruolo cruciale” dell’amigdala nei disturbi d’ansia e l’utilizzo dei farmaci per il trattamento di tali disturbi. Anche il paradigma genetico viene preso in considerazione: “gli studi gemellari suggeriscono un’ereditabilità del 20-40% per le fobie” (p. 135). Ciò che sembra completamente mancare, invece, è ciò che gli Autori stessi hanno definito come paradigma psicoanalitico. Possiamo collegare questa assenza con un’affermazione che gli Autori fanno nei confronti della psicoanalisi freudiana: “in quanto basate su evidenze aneddotiche raccolte durante le sedute di terapia, le teorie psicoanalitiche contemporanee sono accusate di non avere grossi fondamenti oggettivi e quindi di mancare di scientificità” (p. 48). In questa affermazione ritroviamo l’orientamento positivistic degli stessi; ma, soprattutto, è possibile affermare come queste convinzioni facciano perdere proprio quelle risorse fondamentali che la psicologia clinica, attraverso il paradigma indiziaro, può utilizzare per favorire una revisione dei processi di simbolizzazione della realtà interna ed esterna, consentendo l’utilizzo di diverse modalità relazionali.

Gli stessi Autori sottolineano che “tutti gli ansiolitici danno effetti collaterali”; “inoltre, le benzodiazepine provocano assuefazione e gravi sintomi di astinenza, per cui può risultare difficile sospenderne l’uso; si tratta cioè di sostanze che danno dipendenza”; infine, “nella maggioranza dei casi, quando il paziente cessa di assumere i farmaci, il disturbo ricidiva. I farmaci si rilevano efficaci soltanto nel periodo della loro assunzione” (p. 138). Per quanto riguarda gli approcci cognitivi “è emerso spesso che, per il trattamento delle fobie specifiche, questi metodi sono meno utili dell’esposizione” (p. 144). Infine, dell’esposizione stessa gli Autori affermano che “molti studi indicano che gli effetti della terapia durano almeno un anno, tuttavia uno studio ha trovato che molti soggetti hanno poi sperimentato una ricaduta, almeno parziale, nei 12 anni successivi al trattamento” (p. 143). Queste affermazioni ci portano a pensare che il paradigma psicoanalitico, o meglio indiziaro, che è

⁹ Tale modello ipotizza che le fobie si basino su processi di condizionamento: attraverso un processo di condizionamento classico una persona apprende a temere uno stimolo neutro (SC, stimolo condizionato), in quanto abbinato ad uno stimolo intrinsecamente minaccioso (SI, stimolo incondizionato); attraverso un processo di condizionamento operante la persona apprende a ridurre questa paura condizionata tramite l’evitamento dello SC. La risposta di evitamento si mantiene perché la paura funge da rinforzo (cfr. Kring, Davison, Neale & Johnson, 2008).

stato messo da parte nella descrizione di questi disturbi psichici, può risultare molto utile, quantomeno attraverso un'integrazione con gli altri paradigmi.

Gabbard (2007), ad esempio, ricorda che Freud considerava, nelle sue ultime elaborazioni, l'ansia come un segnale della presenza di un pericolo nell'inconscio: quando pensieri proibiti sessuali o aggressivi, che potrebbero portare ad una ritorsione punitiva, minacciano di emergere dall'inconscio viene attivato un segnale d'ansia; nei confronti di questo segnale d'ansia vengono utilizzati tre meccanismi difensivi (spostamento, proiezione ed evitamento) per impedire che i pensieri e i sentimenti inconsci giungano alla consapevolezza cosciente. Il segnale d'ansia, tuttavia, può non essere annullato completamente dai meccanismi difensivi e dà luogo a sintomi nevrotici tra i quali la nevrosi fobica. Il caso del piccolo Hans (Freud, 1909), in questo senso, è esemplare: Hans, verso i 5 anni, inizia ad aver paura di uscire di casa perché teme di essere morso da un cavallo. Il cavallo rappresenta uno spostamento¹⁰ della paura nei confronti del padre e della punizione che questo gli potrebbe infliggere a causa dei desideri teneri che prova per la madre. La paura di essere morso da un cavallo si trasforma, successivamente, in paura di vedere cadere i cavalli, e ciò rimanda anche alla aggressività contro il padre: gli impulsi aggressivi, tuttavia, vengono proiettati sui cavalli. Infine, Hans mette in atto comportamenti di evitamento nei confronti dell'oggetto della sua fobia: gli stessi cavalli; ciò, allo stesso tempo, impedisce ad Hans di uscire in strada; possiamo quindi affermare che la fobia offre anche un beneficio secondario: quello, cioè, di consentire al piccolo Hans di restare in casa con la madre che ama tanto.

Questo breve riferimento al caso del piccolo Hans ci consente di cogliere la complessità di una problematica quale è la fobia. Ci interessa sottolineare, all'interno del nostro discorso, l'aspetto relazionale della fobia che, come è possibile vedere nel caso di Hans, ha grosse influenze nel rapporto individuo-contesto del piccolo Hans. Nel lavoro di Kring, Davison, Neale e Johnson, le fobie, ma anche gli altri disturbi psichici, vengono considerati soltanto quali caratteristiche individuali; in questi casi, il riferimento al senso comune risulta essere immediato e massiccio. Ciò produce immobilità entro il sistema sociale, rafforzando i pregiudizi nei confronti degli individui che si rivolgono agli psicologi per far fronte a problematiche psichiche: l'intervento psicologico che si fonda sul senso comune, infatti, annulla ogni possibilità di creare sviluppo individuale e collettivo ed utilizza, quali parametri di riferimento, il consenso ed il controllo sociale: rinnovando, così, quegli stessi processi collusivi che hanno portato il cliente a rivolgersi al professionista.

Risulta limitante, a mio modo di vedere, il solo riferimento a criteri diagnostici ed a una presunta normalità, quando la complessità della domanda ci confronta con aspetti che vanno, invece, attentamente approfonditi con il cliente.

Conclusioni

Nel presente lavoro abbiamo approfondito l'azione del senso comune e il rapporto che intercorre tra esso e la psicologia clinica. L'aspetto rilevante che abbiamo voluto sottolineare è che il riferimento alla normalità, e al senso comune, nell'ambito della professione psicologica clinica, è controproducente e fuorviante. Il senso comune, infatti, reifica le categorie psicologiche ed esprime il punto di vista della cultura dominante; così facendo, favorisce l'instaurarsi di processi collusivi familistici¹¹ che non consentono l'individuazione di

¹⁰ È interessante, a tal proposito, quanto suggerisce Matte Blanco nel 1981 ne *“L'inconscio come insieme infiniti: saggio sulla bilogica”*. Matte Blanco, infatti, ci dice che nello spostamento nulla si sposta: il modo di essere simmetrico, attraverso il principio di simmetria, tratta due elementi come se fossero identici; dunque entrambi avranno le stesse caratteristiche. “Possiamo parlare (logicamente) di spostamento soltanto se osserviamo le operazioni della «logica simmetrica» da un punto di vista «asimmetrico»” (p. 50).

¹¹ Il familismo può essere considerato una modalità di organizzare la convivenza ed è fondata su dinamiche affiliative e di possesso: in esso non c'è posto per l'individuazione di obiettivi produttivi (cfr. Carli & Paniccia, 2003)

obiettivi produttivi né la creazione di sviluppo. In tal senso, pertanto, il senso comune propone obiettivi opposti a quelli della psicologia clinica e la sua azione risulta essere in contrasto con gli interventi professionali di quest'ambito disciplinare. Per questo motivo, la conoscenza del funzionamento del senso comune pare un elemento fondamentale nella formazione e nella pratica psicologica clinica.

Bibliografia

- Buruma, I., & Margalit, A. (2004). *Occidentalismo*. Torino: Einaudi.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi Emozionale del Testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (Ed.) (1997). *Formarsi in psicologia clinica*. Roma: Kappa.
- 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.
- Di Ninni, A. (Ed.) (2004). *L'intervento per la salute mentale dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per psicologi*. Roma: Kappa.
- Gabbard, G.O. (2007). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Geertz, C. (1988). *Antropologia interpretativa*. Bologna: Il Mulino.
- Grasso, M. (2004). *Psicologia clinica e psicoterapia. Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*. Roma: Kappa.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica. Fondamenti teorici*. Roma: Carocci.
- Grasso, M., Lombardo, G.P., & Pinkus, L. (1988). *Psicologia clinica. Teoria, metodi e applicazioni della psicodinamica*. Roma: NIS.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons, Inc (trad. it. *Psicologia delle relazioni interpersonali*. Il Mulino, Bologna, 1972).
- Imbasciati, A. (2006). Psicologia clinica: presente e futuro, *Rivista di psicologia clinica*, 1. Consultato il 16 giugno 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Imbasciati.htm>.
- Kelley, H.H. (1992). Common-sense psychology and scientific psychology. *Annual Reviews Inc*.
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2007). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc (trad. it. *Psicologia Clinica*. Bologna: Zanichelli, 2008).
- Lombardo, G.P. (2005). *Storia e critica della psicologia clinica*. Roma: Kappa.
- Marcelli, D. (1999). *Psicopatologia del bambino*. Milano: Masson.
- Montesarchio, G., Grassi, R., Marzella, E., & Venuleo, C. (2004). *Indizi di colloquio*. Milano: FrancoAngeli.
- Moscoviti, S. (2005). *Le rappresentazioni sociali*. Bologna: Il Mulino.
- 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. Consultato il 22 luglio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_08/Paniccia_Giovagnoli_Giuliano.htm.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato l'11 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm.

Valutare la comunità per minori: un'esperienza di focus group con giovani dimessi

di Paola Bastianoni*, Alessandro Taurino**, Federico Zullo *

Introduzione

In questo articolo cercheremo di delineare come valutano l'esperienza di comunità alcuni tra i giovani più *resilienti* che vi hanno vissuto, che hanno formulato un pensiero attorno a questo tema e che hanno aderito alla richiesta di partecipare ad alcuni focus group sull'esperienza di comunità realizzati nei primi mesi dell'anno presso l'Università di Ferrara. Come abbiamo già discusso in un nostro precedente lavoro (Bastianoni, Rubino, Taurino, Palareti & Berti, 2006), la *customer satisfaction* è un parametro molto complesso da definire quando parliamo dei servizi alla persona e tanto più quanto la voce del cliente è quella di giovani ragazzi che valutano l'esperienza di accoglienza in un servizio residenziale dopo essere stati allontanati dalla loro famiglia, con tutta l'ambivalenza affettiva che ciò comporta! Il giudizio dell'utente, infatti è un criterio centrale nella valutazione dei servizi alla persona e, anche se da punto di vista teorico ed operativo è difficile definire i rapporti che regolano la qualità percepita, quella 'certificata' (ovvero l'insieme dei requisiti definiti dall'accreditamento) e quella 'oggettiva' concernente il livello tecnico professionale delle prestazioni e la loro appropriatezza sul piano scientifico-tecnico (Canali, Maluccio & Vecchiato, 2003), un servizio che si organizza intorno alla *soddisfazione del cliente* non può che considerare l'efficacia finale del suo intervento, non più rispetto ad un modo ottimale di gestire l'intervento, ma rispetto al divario che potrà esserci tra la *qualità attesa* e la *qualità percepita dal cliente* (Foglietta, 1995; 2001). Obiettivo raggiungibile potenziando la competenza del servizio a utilizzare come informazione per lo sviluppo della propria efficacia la domanda del proprio utente. Quanto premesso applicato al contesto delle comunità per minori apre alcuni interrogativi indispensabili per comprendere come vada coniugato il concetto di centralità dell'utenza con i processi di cambiamento necessari per ridurre le criticità del servizio stesso per meglio soddisfare le aspettative dell'utenza. In particolare modo quando l'utenza è costituita da persone molto giovani, quali sono i ragazzi delle comunità, occorre inoltre precisare quale sia il significato del concetto di qualità condiviso dai giovani utenti.

Per valutare la qualità di un servizio infatti è importante ragionare sulle differenze chiave o sugli scostamenti che, a diversi livelli, si possono verificare nel processo di simbolizzazione di un servizio da parte di chi lo eroga e di chi lo riceve, così come molti modelli classici propongono (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985).

Nello specifico, in questo lavoro abbiamo voluto analizzare il punto di vista dei giovani dimessi dalle comunità, discutendo con loro attraverso incontri di gruppo e metodologie attive quali i focus group, su alcuni *scarti* o distanze rilevate tra le loro attese e ciò che hanno ricevuto nella loro esperienza in comunità, approfondendo la riflessione tra gli *scarti* presenti tra la progettualità dichiarata dalle comunità e quella erogata rilevabile nelle narrazioni e nelle discussioni effettuate con i giovani interlocutori. In questo senso le informazioni e le criticità discusse con i giovani che hanno vissuto in comunità non vanno intese esclusivamente come disfunzioni da ridurre per ottenere un incremento della qualità nel servizio offerto, quanto più che altro come informazioni utili a comprendere e ad individuare azioni capaci di gestire un cambiamento possibile e processuale.

Vale la pena a questo punto sottolineare la diversa natura degli *scarti* a cui facciamo riferimento. Se da una parte, infatti, non si può prescindere dalla necessaria riduzione di

* Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi di Ferrara.

** Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bari.

quelli legati a caratteristiche strutturali e relazionali disfunzionali (che come si avrà modo di rilevare meglio più avanti, possono essere regole inappropriate, spazi fisici inadeguati, carenze di cure, l'eccessivo caos quotidiano, l'assenza di un controllo sicuro e rassicurante, l'eccessivo turn over degli educatori, la loro incapacità di farsi rispettare, la scarsa empatia etc) dall'altra non si può minimizzare la necessità di comprendere e governare gli *scarti* o gli scostamenti che sono invece l'espressione culturale dei differenti modi (modelli culturali) di stare in un'organizzazione agiti dai diversi attori. Riteniamo che sia proprio una lettura articolata di questa molteplicità e complessità di posizioni soggettive a meglio favorire la comprensione della domanda di cui l'utente è portatore.

Sulla base di questa finalità sono stati effettuati quattro *focus group* con giovani che avevano vissuto per un periodo consistente della loro vita in comunità e con una sufficiente capacità riflessiva e comunicativa per discutere la loro personale opinione sul valore e sul significato dell'esperienza in comunità rispetto alla loro vita, con particolare riferimento alla vita attuale e ai rapporti con la famiglia d'origine, rilevando punti di forza e criticità dell'intervento di comunità come risposta ai bisogni evolutivi dei ragazzi "fuori famiglia". I giovani sono stati convocati in sede universitaria alcuni mesi prima della realizzazione di un convegno dal titolo "*Interventi di rete a sostegno delle genitorialità complesse: il rapporto tra comunità per minori e famiglie*" realizzato a Ferrara il 1 aprile 2009 con lo scopo dichiarato e condiviso di apportare il loro specifico contributo sul tema centrale del convegno, proprio a partire dalla loro personale esperienza e dal ruolo svolto dalla comunità, secondo la loro opinione, nei propri percorsi di vita con particolare riferimento alle considerazioni maturate sulla loro famiglia d'origine. Tutti i giovani hanno aderito con estremo interesse, partecipazione e responsabilità alla proposta e hanno contribuito con generosità di tempo ed energia alla realizzazione dei 4 incontri.

I soggetti

Sei ragazzi (5 maschi e una femmina) di età compresa tra i 18 e i 21 anni, di nazionalità italiana, tranne un ragazzo afghano che è venuto in Italia da solo (MSNA), con una lunga esperienza di comunità (dai 2 ai 10 anni, permanenza media: 4 anni). Tutti i giovani parlano la lingua italiana con sufficiente competenza e padronanza del linguaggio e hanno buone capacità riflessive e di mentalizzazione. La maggior parte dei giovani hanno avuto esperienze plurime di affidamento familiare e di affidamento a comunità. Le riflessioni che hanno condiviso maggiormente sono riferite alla loro esperienza globale e in particolare all'esperienza vissuta in due comunità del ferrarese dove hanno completato il loro percorso di affidamento.

Metodologia

Sono stati realizzati quattro *focus group*, condotti in un luogo neutro, una piccola auletta universitaria, alla presenza del conduttore e di un osservatore che ha registrato e trascritto fedelmente la conversazione in atto. Ogni focus ha avuto una durata media di 90 minuti.

Dal punto di vista metodologico i focus sono stati svolti in maniera non direttiva, ossia lasciando liberi i soggetti partecipanti di organizzare la propria produzione discorsiva in relazione agli input posti dal moderatore. Rispetto alla formulazione delle domande è stato utilizzato inizialmente il metodo del *topic guide* (Krueger, 1998a), ossia una scaletta di punti/argomenti per aprire la fase esplorativa del lavoro. Dopo tale fase il metodo utilizzato è stato quello del *questioning route* (Krueger, 1994; 1998b), vale a dire un percorso più strutturato di domande, tutte centrate sul filo conduttore dell'esplorazione dei diversi modi di pensare l'esperienza in comunità rispetto alla propria vita attuale e al rapporto con la propria famiglia d'origine.

I focus sono stati audio registrati, trascritti fedelmente. Una sintesi di ciascun focus è stata inviata a ciascun partecipante prima dell'incontro successivo in modo che ciascuno potesse

apportare modifiche o aggiunte. Tutti i giovani hanno riletto e riflettuto sulla sintesi loro inviata e solo un ragazzo che nel primo focus aveva partecipato con un numero minore di interventi rispetto agli altri, ha aggiunto al report considerazioni personali che non aveva espresso in gruppo e che sono state inserite nel corpus narrativo considerato.

I testi interamente trascritti dei quattro *focus* sono stati sottoposti a due successive analisi del testo con software specifici NUD*IST (Non numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing) e Alceste (Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Enoncès Simple d'un texte).

In questa sede ci occuperemo solo della seconda, limitandoci a riportare che l'analisi effettuata tramite NUD*IST (analisi centrata a rilevare la categorizzazione operativa, nel senso di rappresentazione razionale/cosciente del contesto/oggetto sociale: funzione e valutazione della comunità rispetto al proprio percorso di vita con specifico riferimento al rapporto con la propria famiglia d'origine) ha consentito di rilevare le seguenti macrocategorie impiegate dai partecipanti per discutere e confrontarsi sul tema proposto. Le elenchiamo in ordine di frequenza: profilo dell'educatore (120 unità di testo su 340 totali codificate), profilo della comunità (120), profilo del gruppo dei ragazzi (80), vissuti sulla famiglia d'origine (10), criteri di valutazione dell'intervento (10). E' a questo punto interessante osservare come la macrocategoria più impiegata e più ricca di sottocategorie sia stata quella rappresentata dal profilo dell'educatore che segnala proprio l'orientamento relazionale e la grande importanza attribuita dai giovani alla figura dell'operatore di comunità. Il profilo dell'educatore viene delineato attraverso un confronto tra il *buon educatore*, l'*educatore incapace* e il *debole*. Il *buon educatore*, nella descrizione dei partecipanti alla ricerca è colui che ha *fegato* e *polso*, non si spaventa, sa dare le regole ma è elastico e comprensivo, non si mostra debole e arrendevole ma è *capace di chiudere un occhio quando è necessario*. E' una persona che comprende i ragazzi *perché ha vissuto le stesse sofferenze e proviene da esperienze familiari analoghe* oppure ha una forte passione per le ingiustizie e per i ragazzi e *ama il suo lavoro*. E' coerente, non fa finta di niente e non è interessato soltanto allo stipendio e ai turni ma *si fa sentire anche quando non è in comunità perché è veramente interessato alla vita dei ragazzi, non permette ai ragazzi di rovinarsi e di finire male senza regole*. L'*educatore incapace* non sa tenere testa, non sa mantenere il suo ruolo, è ingiusto e manifesta di preferire/favorire alcuni ragazzi rispetto ad altri, è *nervoso e ha paura*. Non è coerente ed è disinteressato alla vita e ai sentimenti dei ragazzi. E' incapace anche l'*educatore debole* ma non è disinteressato ai ragazzi e non è neppure ostile semplicemente *non ce la fa* e deve essere sostenuto e protetto dagli stessi ragazzi contro coloro che ne fanno bersaglio di derisione e provocazione.

Metodologia di analisi dei dati: L'analisi emozionale dei testi tramite il software Alceste

Ci soffermeremo in questo paragrafo su alcune informazioni relative al funzionamento del software Alceste perché possa essere meglio compresa dal lettore la descrizione e la discussione dei risultati ottenuti tramite l'analisi emozionale testuale condotta sulle trascrizioni dei quattro focus.

La ragione per cui è stato utilizzato un software è legata agli obiettivi che è possibile perseguire attraverso il suo utilizzo; esso infatti è volto a determinare come sono organizzati gli elementi che costituiscono un corpus (un insieme di testi), allo stesso modo consente di ridurre l'arbitrarietà di descrizione e interpretazione di un corpus mettendo in evidenza le regolarità con cui gruppi di parole tendono a comparire insieme, le somiglianze e dissomiglianze dei vocabolari, consentendo una modellizzazione di tali raggruppamenti. È bene sottolineare però che tali modelli, nel momento in cui vengono generati, sono squisitamente statistici; solo nella fase interpretativa (che pur si avvale della costruzione statistica) attraverso uno specifico modello abduttivo di lettura sarà costruito il senso di tali legami.

Il programma, infatti, stabilisce una classificazione statistica delle forme lessicali del corpus in funzione della loro distribuzione entro l'insieme dei testi.

D'altra parte possiamo affermare che un enunciato può essere inteso come espressione di uno stato emotivo, entro un certo contesto e in relazione ad un oggetto narrato.

Ci danno ragione di questa affermazione le differenti teorie che a vario livello si sono occupate della relazione tra testo ed emozione, o più in generale testo e significazione (la psicologia culturale, la social cognition, il punto di vista semiotico che propone un certo filone della psicologia clinica ecc.).

Disponendo con Alceste dei gruppi di parole utilizzate per narrare un evento, diventa più semplice comprendere quale tipo di relazione intercorre tra un vocabolario in uso in un contesto e l'emozione di cui è espressione (Bastianoni, Rubino, Taurino, Palareti & Berti, op.cit.).

Lo studio degli usi del vocabolario delle parole fortemente connotate emotivamente, ci consente di ricavare una "teoria" dell'emozione, in uso in una particolare cultura in un determinato momento.

Per analizzare un vocabolario, col fine appena enunciato, dobbiamo impostare delle regole esplicite sull'utilizzo delle espressioni di un certo vocabolario, in questo caso la regola esplicita è la rinuncia a considerare il livello semantico-referenziale come l'unico capace di dare informazioni trattabili. Il vocabolario diventa allora il significante di una cultura intesa invece come simbolo, cioè di una costruzione inconscia capace di generare, organizzare, orientare azioni entro un contesto.

Tale approccio semiotico degli affetti si fonda sul riconoscere a quanto accade socialmente (azioni, discorsi ecc.) una valenza simbolica, ove lo stesso evento può essere letto sia secondo la logica di una classificazione operativa, oppure come una categorizzazione simbolica inconscia (Matte Blanco, 1975).

Questo ci permette di comprendere le modalità con cui le persone in una particolare cultura locale (Carli & Paniccia, 1999), identificano, classificano e riconoscono le emozioni. È necessario allora scoprire, attraverso specifici modelli interpretativi abduitivi, le regole d'uso del vocabolario locale inerente un determinato oggetto.

I livelli di conoscenza a cui è possibile accedere tramite l'analisi sono diversi. Il primo, quello che appartiene al soggetto parlante, è narrativo (livello semantico referenziale).

Per accedere ai livelli successivi (simbolico relazionale) di comprensione, sono però necessari appropriati strumenti di analisi e modelli di lettura. Infatti possiamo dire che le espressioni, gli enunciati hanno una duplice funzione discorsiva: enunciare la sensazione che si prova (livello descrittivo) e la messa in scena dell'espressione emotiva (l'agito enunciativo emozionato), in tutti e due i casi è possibile definire le regole d'uso del vocabolario e trattarli dal punto di vista dell'osservatore come un agito, in quanto l'atto enunciativo è comunque un'azione.

Quindi in qualche modo per poter ricostruire il significato simbolico del sistema di rappresentazione del narrante dobbiamo decostruire le sue etichette verbali, entro le quali il suo particolare processo emotivo rischia di essere congelato in forma stereotipale, per ricostruirne il senso ad un livello meta. Si ricorre alla metodologia proposta da Carli e Paniccia (2002), ove gli autori propongono di selezionare le parole dense presenti nel testo da analizzare e di procedere all'Analisi Emozionale del Testo (AET) individuando i raggruppamenti di parole dense che organizzano la dinamica emozionale entro il testo stesso. A tal fine, l'elenco delle forme verbali prodotta da Alceste in A2 DICO viene ridotta dal ricercatore al solo elenco delle parole dense. Per il criterio utilizzato nell'individuazione delle parole dense, si veda il lavoro citato di Carli e Paniccia.

Il processo di abduzione è l'unico capace di ricondurre i segni polisemici/*parole dense* di una narrazione ad un sistema che li renda comprensibili ad un livello utile per tutti.

Per poter utilizzare Alcéste bisogna osservare alcune regole di base che sono la lunghezza dell'insieme degli "enunciati naturali" e di una punteggiatura non eccessiva.

Il software lavora sul testo procedendo attraverso una serie di elaborazioni, una successiva all'altra, con l'obiettivo di ottenere una classificazione di "mondi lessicali", parole, enunciati, frequenze, parametri di significatività statistica concorrono a questa classificazione.

Per costruire un piano di analisi personalizzato l'operatore può intervenire, entro parametri stabiliti dal programma, in varie fasi e a vari livelli, questo in virtù di eventuali elaborazioni a sostegno di ipotesi che possono scaturire dai primi risultati.

L'elaborazione di Alcéste si svolge in quattro fasi, di cui ognuna prevede una serie di sottofasi intermedie e propedeutiche alle successive.

Preparato il testo secondo i criteri strutturali imposti dal programma, il software al termine della prima fase o fase A avrà fornito il vocabolario di tutte le parole, comprese quelle delle forme ridotte a radicale, che formano il corpo in analisi.

Nella fase B il corpo testuale viene scomposto in unità di contesto, vale a dire in brevi frasi sulla base di specifici criteri di organizzazione del testo: uno di questi è rappresentato dalla punteggiatura, che in una certa sequenza di priorità stabilisce la minima frase che viene considerata ai fini dell'analisi.

Ogni segmento del testo così prodotto viene confrontato con l'insieme di parole contenute nel vocabolario ed è in base alla rilevazione o meno della presenza di ogni singola parola che il testo unitario comincia a separarsi significativamente.

A questo punto sarà prodotta, come accennato, una classificazione gerarchica discendente (è questa la fase C) basata sul criterio delle co-occorrenze lessicali. Secondo la stessa logica, successivamente, si raggruppano le frasi in funzione della loro somiglianza, definita in rapporto alle parole utilizzate. Il testo viene riorganizzato attraverso quei "frammenti di discorso" che mostrano un comportamento comune¹. Secondo l'ottica psicologica che orienta l'analisi, questi *frammenti di discorso* si ritrovano insieme in quanto sono espressione di un determinato modello simbolico. Ossia, quando trasformiamo un processo in una narrazione, un'esperienza psicologica in una serie di parole, utilizziamo la stessa logica con cui abbiamo costruito l'esperienza psicologica stessa.

In altri termini il modo in cui le persone, parlando, agiscono un'emozione è un prodotto dei concetti disponibili all'interno del loro discorso. Ma è vero anche l'opposto e cioè che il modo con cui uno parla finisce per diventare il modo con cui rappresenta e costruisce ciò di cui parla.

Di conseguenza, attraverso il lavoro interpretativo, è possibile risalire dal frammento di discorso al modello simbolico che lo ha generato.

Nell'ultima fase, la fase D, il software effettua un'analisi fattoriale delle corrispondenze.

Questa fase è legata ai dati ottenuti dalla fase precedente, rappresentandone un naturale prosieguo se l'obiettivo è quello di raggiungere livelli superiori di elaborazione dei dati.

Basandosi sui criteri dell'analisi dei dati, dai vari cluster ottenuti vengono estratti i fattori che ne determinano la loro differenziazione.

Su queste elaborazioni si basa la successiva interpretazione dei dati.

I Risultati

Vediamo ora come si sono organizzati i cluster dando forma ai diversi modi di simbolizzare la comunità per minori da parte dei ragazzi che vi hanno vissuto.

Il primo modello di simbolizzazione emerso può essere definito "*la comunità come rischio*". Questo cluster che ricopre il 18.80% del prodotto discorsivo totale è costituito da lemmi che fanno riferimento alla *comunità* come luogo rischioso (*rischio*) soprattutto per i ragazzi più giovani (*piccoli, subire*). In relazione all'oggetto della nostra indagine (cioè la qualità dell'intervento di comunità rispetto alla propria vita), in questo cluster il riferimento principale è proprio al *pericolo* rappresentato dalla *comunità*. È possibile ipotizzare che in questo raggruppamento, la valutazione della comunità abbia a che fare proprio con le condizioni rischiose che i giovani identificano nella comunità. Alcuni elementi sembrano emergere in maniera significativa: assenza di sicurezza e di controllo (*sicurezza, controllo, educatori,*

¹. La comunanza delle parole, lo ribadiamo, non sarà ricercata all'interno dei legami sintattici o di stile, ma attraverso la ricerca di una fonte ulteriore di organizzazione del discorso, diversa da quella strettamente linguistica e semantica, è questa la specificità del criterio di analisi che stiamo proponendo.

gruppo) che evidenzia una simbolizzazione del contesto di comunità come un luogo pericoloso quando sia assente una partecipazione attiva e accurata da parte degli educatori e un loro costante controllo sul gruppo dei ragazzi. Ma dove viene identificato il pericolo? Il gruppo dei ragazzi riveste un ruolo centrale. Al *gruppo* è attribuita la *possibilità* di *manifestare*, modalità distruttive verso i più piccoli (*nemico, scherni, agnellino, lupo*) attraverso azioni offensive e prevaricatrici (*pressioni, offese, catena, insulti ai genitori, pagare*) che non vengono contenute dagli educatori (*educatori, debole, no- controllo*). In questa simbolizzazione della comunità la sicurezza è un derivato dell'omogeneità dell'età nei gruppi, della preparazione preventiva da effettuare ai nuovi arrivati (*nuovi, rispetto, comprendere, gruppo, pagare, nemico*), in modo che sappiano come comportarsi nei confronti del gruppo già costituito evitando di incorrere in pesanti azioni di "vittimizzazione" (*scherzi, punizioni, sottomissione, ferite*). Ne deriva una simbolizzazione della comunità come luogo a carattere fortemente istituzionale/istituzionalizzante e potenzialmente veicolante ulteriori rischi evolutivi per i minori che vi sono accolti, soprattutto se la loro età li espone ai soprusi dei più grandi. Simmetricamente il costrutto di protezione viene impiegato per declinare la protezione dei ragazzi più piccoli dall'esposizione a una vita sotteranea di gruppo che impone le sue regole, la sua gerarchia di potere e le sue modalità di esercizio del potere attraverso criteri strutturali (evitare i gruppi misti per età) e preventivi (informare/preparare i nuovi arrivati sulle caratteristiche del gruppo, i comportamenti consigliati per non essere vittime di nonnismo) e attraverso le caratteristiche personali degli educatori che distinguono coloro che sanno proteggere (*polso, elasticità, tener testa, no paura, regole*) da quelli che abbandonano i ragazzi in balia di loro stessi (*deboli, caos, paura, bersaglio, lasciar correre, tirarsi indietro*).

All'opposto, nel modello di simbolizzazione corrispondente al 2° cluster che, ricoprendo il 32,06% del prodotto discorsivo totale è il cluster predominante, la valutazione della comunità viene riferita alla dimensione funzionale/residenziale. Potremmo definire questo cluster come "*il quotidiano istruttivo*". Questa rappresentazione è centrata sul ruolo istruttivo svolto dalla comunità nel preparare i ragazzi alla vita futura (*autonomia, futuro, capacità, casa, bollette*) con particolare riferimento alla quotidianità esperita in comunità (*insegnamenti, lavatrice, soldi, spesa, vita quotidiana*). È interessante notare come in questo modello, da un lato si pone l'accento sulla dimensione organizzativa (*quotidiano, tempo, utilizzare, pomeriggio, imparare*) dove è presente la rappresentazione di una funzionalità delle routine della vita quotidiana dedicate ai compiti domestici (*spesa, lavare, utilizzare tempo*) dall'altra parte, le azioni previste entro questo raggruppamento sono legate agli aspetti di soddisfazione personale connessi all'autonomia raggiunta (*capacità, soldi gestione, casa*) e soprattutto alle cure ricevute (*cura, ordine, pulizia, vestiti stirati, cibo, colazione*) e interiorizzate (*ordinare, pulire, cucinare, amare, figli*).

Questo cluster si contrappone nettamente al precedente, in quanto, mentre nel primo modello simbolico la centralità della rappresentazione è rappresentata dal pericolo che la comunità rappresenta per i più piccoli e per i più sprovveduti socialmente, in questo modello, invece, il pericolo cede il passo alla *competenza nella gestione di ogni autonomia personale e ambientale* che la comunità riesce a garantire, laddove la vita quotidiana sia improntata alla condivisione di ciò che serve per vivere (*cucinare, spesa, soldi insegnamento, fare assieme*). L'immagine che emerge in questo cluster è dunque ancorata ad una logica educativa finalizzata a favorire l'autonomia e la competenza personale del minore.

Passiamo ora a descrivere il modello espresso dal cluster 3 (22, 08%) che potremmo denominare "*regolazione/regolarità*". Questo raggruppamento, infatti rimanda ad una qualità tutta focalizzata sul clima relazionale e quotidiano della comunità (*clima, regolare, no-caos, no-disordine*). I lemmi (*difficoltà, parlare, rumore, disordine, difficile, cambiamento*) rimandano ad una criticità dell'ambiente di comunità laddove non vengano garantite quelle condizioni di regolare svolgimento pacifico delle routine della vita quotidiana (*pace, caotico, rumore*).

Il cluster 4 (12,16%) definisce un modello culturale che abbiamo scelto di denominare “*il fattore psicologico*” utilizzando una definizione della comunità fornita da un partecipante al focus.

In questo modello il valore della comunità per la vita dei ragazzi che vi vivono è rappresentata dalla disposizione personale a riflettere sulla propria esperienza (*riflettere*) ad assumere un atteggiamento riflessivo e pacato (*pazienza*) che riesce a comunicare agli altri (*esprimere*) chi si è (*rivelarsi, aprirsi*). In primo luogo è utile sottolineare come tale operazione non sia esente da *fatica* richiedendo una competenza comunicativa (*imparare, comunicare, provare, aspettare*) supportata dal proprio impegno e volontà (*impegno*) e dalla capacità degli educatori di essere empatici, sensibili, competenti (*interesse, cuore, simile, sofferenza, comprendere*) e di effettuare una corretta analisi della domanda (*lettura*).

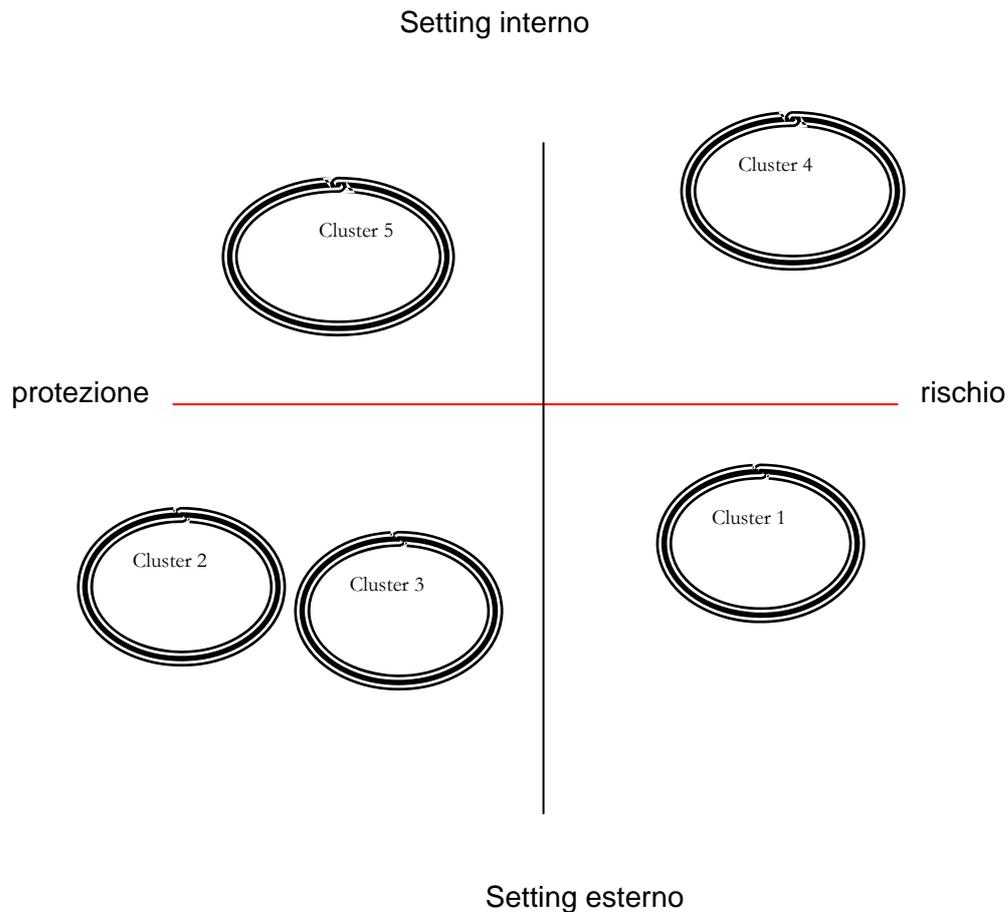
L'ultimo raggruppamento da noi denominato “*la fatica dei vissuti familiari*” ricopre il 24.92% del prodotto discorsivo totale e definisce una rappresentazione dell'intervento di comunità riferito ai propri vissuti sulla famiglia d'origine come scenario per una personale e raccolta riflessione (*solo, pace, pensare, tregua, distanza*) riconoscendo però la capacità degli educatori di offrirsi come mediatori nei confronti della famiglia d'origine (*mediare, impulsività, incontri, protezione, parlare, genitore, aiuto*). E' interessante rilevare che i lemmi riconoscibili in questo cluster rimandano a caratteristiche personali che riguardano adulti e figli in un intreccio emotivo caratterizzato prevalentemente dalla distanza dagli affetti (*pausa, tempo, calma, accettare*). Sembra delinearsi in questo cluster una qualità che fonda i presupposti nella *protezione dall'incontro/scontro* con una realtà familiare dura/ostile che però si vuole conservare e accettare con la necessaria distanza dagli affetti negativi che inevitabilmente suscita (*rabbia, pazienza, attutire*).

Lo spazio fattoriale (cfr. figura 1) organizza i modelli descritti dando senso all'insieme dei repertori linguistici e simbolici fin qui esplorati. Entrando nello specifico dell'analisi, lo spazio appare strutturato da processi di simbolizzazione (gli assi fattoriali) relativi a due dimensioni:

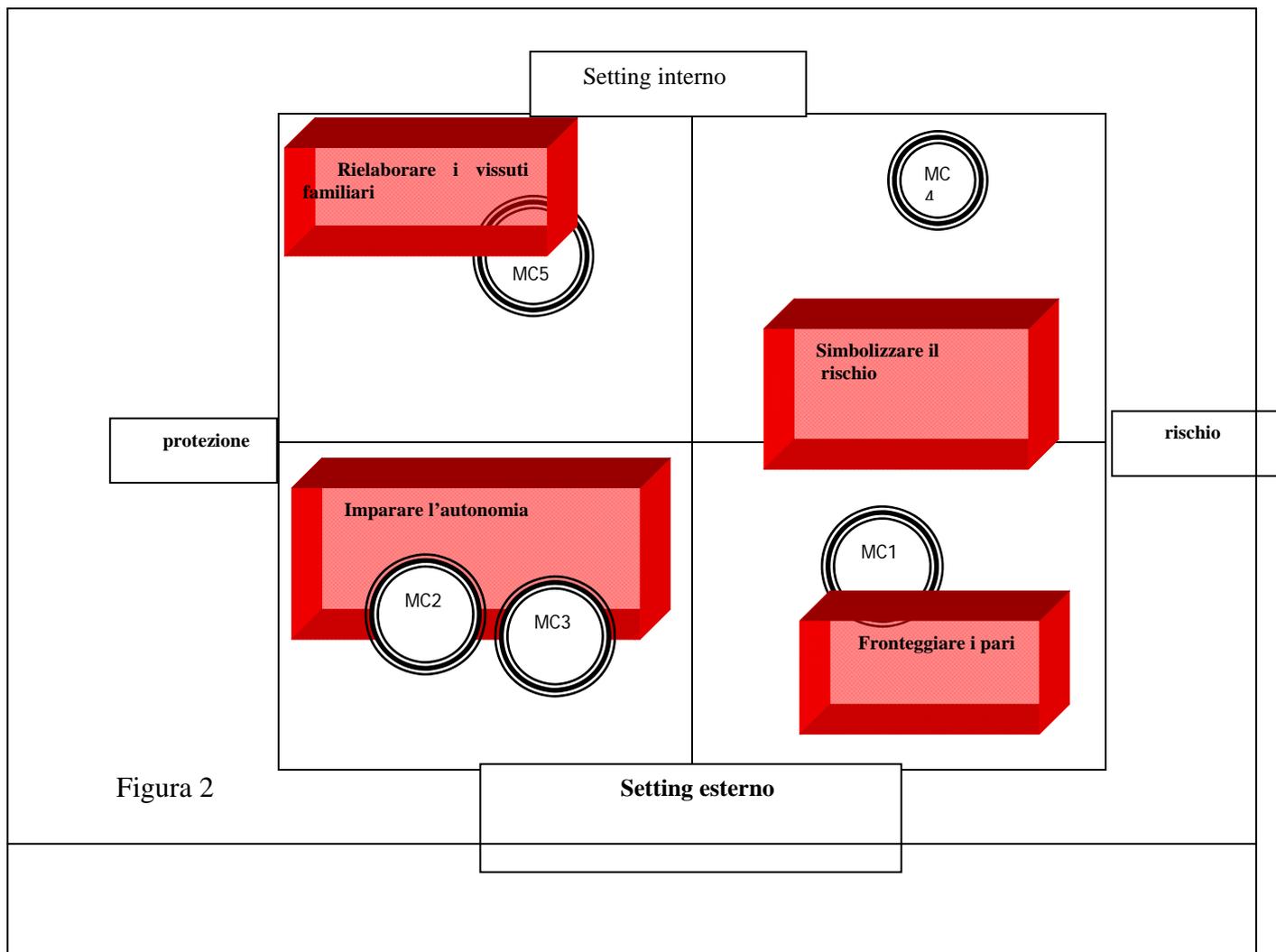
1) la rappresentazione/simbolizzazione del ruolo della comunità rispetto al proprio percorso di vita e al rapporto con le proprie famiglie d'origine come “contesto ambivalente” (I fattore, asse orizzontale) che si snoda lungo un continuum tra le due opposte polarità del *rischio* e della *protezione*;

2) la rappresentazione/simbolizzazione della comunità nella sua duplicità di setting *educativo/terapeutico* (II fattore, asse verticale) lungo un continuum tra le due categorie che definiscono un *setting interno* (polarità positiva, in alto) che sottende il ruolo della comunità nel favorire processi di comprensione e di rielaborazione dei vissuti connessi alla propria storia personale contrapposto a una dimensione esterna rappresentata dal contenimento e dalla strutturazione fornita dalla vita quotidiana attraverso al regolazione di tempi e spazi e la regolamentazione del lecito e del non lecito.

Figura 1



Passando ad un ulteriore livello di analisi del piano fattoriale attraverso l'applicazione del modello geometrico/strutturale (Bolasco & Coppi, 1983) per l'interpretazione dei dati a nostra disposizione, è possibile rilevare che l'intersezione degli assi ortogonali genera uno spazio a quattro quadranti che costituiscono delle specifiche aree culturali (cfr. fig. 2). Il quadrante 1 (in basso a destra) determinato dall'intersezione tra rischio/setting esterno rappresenta l'area in cui si manifesta maggiormente *la fatica di fronteggiare il gruppo dei pari* vittimizzante. Il quadrante II (in alto a destra), determinato dall'intersezione tra rischio/setting interno si connota meglio come l'area *della capacità di simbolizzare il rischio*. Il quadrante III (in alto a sinistra), determinato dall'intersezione tra setting interno/protezione delimita l'area della *rielaborazione dei propri vissuti familiari*. Il quadrante IV (in basso a sinistra), determinato dall'intersezione tra setting esterno/protezione definisce l'area del sostegno all'*autonomia personale*.



Conclusioni

La ricerca ha messo in evidenza l'esistenza di uno spazio fattoriale al cui interno si articolano cinque differenti modelli culturali, da considerarsi come altrettante modalità legate alla simbolizzazione del ruolo/funzione svolta dalla comunità rispetto alla propria vita e ai rapporti con la propria famiglia d'origine così come vengono simbolizzate da giovani che vi hanno vissuto una parte consistente della propria giovane esistenza. La coesistenza nello stesso spazio di cinque modelli culturali esplicita, dunque, la pluralità delle rappresentazioni condivise dai soggetti coinvolti nell'esperienza di focus.

Considerando i due fattori che rappresentano i processi di simbolizzazione alla base dei differenti modelli culturali individuati, è pertanto possibile rilevare che gli elementi su cui sembrano ancorarsi le definizioni di *ruolo/funzione* della comunità riguardano la rappresentazione del suo funzionamento tra rischio e protezione da una parte e la simbolizzazione dei due principali contesti d'intervento (setting interno ed esterno). Ciò consente di evidenziare quanto i giovani dimessi dalle comunità sappiano riconoscere il valore dell'esperienza di comunità in quanto luogo dove potersi "riprendere" dalla faticosa quotidianità familiare per poter riflettere su ciò che è successo alla luce della nuova esperienza. La funzione di protezione della comunità viene fortemente interconnessa alla capacità empatica, di comprensione di sostegno e di assicurazione svolta dagli educatori

che si “*prendono a cuore*” la nostra vita, che “*sono simili a noi*” o che sono “*molto interessati al loro lavoro e non lo fanno solo per soldi*” ed è riconosciuta dai giovani che hanno partecipato ai focus come l’aspetto più significativo e rilevante dell’esperienza di comunità rispetto ai significati attribuiti alla propria vita passata e ai progetti futuri. Simmetricamente il rischio dell’esperienza in comunità è simbolizzato come strettamente associato alla solitudine in cui educatori non interessati al proprio lavoro, paurosi, dipendenti e incapaci di farsi rispettare e di ordinare e organizzare il quotidiano, abbandonano i ragazzi, soprattutto i più piccoli, in balia di una contaminante esposizione ai processi di vittimizzazione e di violenza reiteratamente messi in atto dal gruppo dei giovani arrabbiati e delusi dalla vita che la comunità fa convivere assieme.

La simbolizzazione della comunità come setting interno (spazio riflessivo e simbolico) ed esterno (organizzazione della vita quotidiana) esprime, invece, una forte dialettica tra la rappresentazione del sostegno ricevuto dalla comunità sia nei processi di simbolizzazione/mentalizzazione della realtà che comportano l’incremento della capacità riflessiva e della consapevolezza sia nell’acquisizione di competenze quotidiane connesse alla capacità di gestione della propria autonomia personale.

Da quanto fin qui esposto, si può pertanto dedurre la complessità del tema trattato entro uno scenario che designa una pluralità di dimensioni e di orientamenti, ma dove, tuttavia, risulta predominante una concezione della funzione della comunità come fortemente ancorata a modelli relazionali che riconoscono la centralità del minore, dei suoi bisogni di regolazione/regolamentazione, accoglienza e conforto, ascolto e aiuto nella riflessione e nella rielaborazione sui ciò che è avvenuto e che può ritornare se non si è sufficientemente sostenuti a modificare le traiettorie interne ed esterne della propria vita.

Nello specifico se consideriamo il contenuto rappresentazionale del cluster più *pesante* (MC2: *il quotidiano istruttivo*) si deduce una rappresentazione della comunità come fortemente centrata sul sostegno all’apprendistato di una vita quotidiana che consenta al giovane di muoversi verso l’autonomia e la competenza attraverso il benessere esperito (*cura, pulizia, ordine*) e la cura personale ricevuta (*accudimento, vestiti, cose*). La qualità dell’intervento di comunità evocata da tale modello rimanda ad una rappresentazione fortemente definita da un orientamento relazionale che rimanda all’immagine di un minore rievocato nel suo bisogno primario di accudimento in un ambiente ordinato e piacevole che veicola attenzione, preoccupazione e cura.

Lo stesso minore è fatto oggetto di incontro quotidiano e di un processo di riconoscimento reciproco che ben esplicita la dimensione relazionale sintetizzata nel lemma *condividere*.

In fase conclusiva, non resta che tentare di rispondere a due quesiti cruciali che ci hanno accompagnato in questa esposizione: quali sono le criticità presenti nelle comunità così come sono nella realtà italiana e quali possibili cambiamenti è necessario apportare perché si riducano gli scarti tra ciò che i ragazzi si attendono e ciò che invece ricevono? E quali sono le dimensioni che possono essere implementate per sviluppare la riduzione di questi scarti?

Un tentativo di risposta alla prima domanda include anche la seconda. Se trattiamo, come abbiamo anticipato nell’introduzione, i modelli culturali sull’intervento di comunità emersi dal confronto tra i giovani che hanno partecipato all’esperienza di focus come una variabilità da gestire e non come scarti o scostamenti da un modello di qualità ideale (quella centrata sulla protezione del minore, sul suo accudimento e sull’assunzione di responsabilità rispetto al suo futuro) ne deduciamo che il lavoro di restituzione agli educatori e ai professionisti che organizzano e gestiscono le comunità sia da effettuare sull’esplicitazione di quanto sia necessario orientare il proprio intervento nella direzione di un approccio relazionale che sappia coniugare esigenze organizzative a istanze educative e sappia riconoscere la centralità di una relazione significativa, affidabile e coerente come condizione indispensabile perché si possano modificare, attraverso esperienze reali con adulti sui quali poter contare, i modelli relazionali interiorizzati nelle esperienze passate che veicolano continuità al rischio e alla violenza e non consentono di pensare né tantomeno programmare una vita diversa da

quella alla quale ci si sente inevitabilmente destinati. I ragazzi *resilienti*, quelli che ce la stanno facendo, come testimoniano le loro parole, non prescindono da un forte orientamento relazionale. Credono nella capacità eversiva della relazione. Sicuramente non possiamo deluderli.

Bibliografia

Bastianoni, P., Rubino, F., Taurino, A., Palareti, L., & Berti, C. (2006). Rappresentazioni della qualità nei servizi di comunità per minori: un'esperienza di focus group, *Psicologia scolastica*, vol. 4, 2.

Canali, C., Maluccio, A.N., & Vecchiato, T. (Eds) (2003), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*. Padova: Fondazione Zancan.

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

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

Foglietta, F. (1995). La soddisfazione dell'utente come obiettivo di qualità nei progetti di incentivazione, *Sevizi Sociali*. 3. Padova: Fondazione Zancan.

Foglietta, F. (2001). La difficile valutazione della qualità nei servizi sociosanitari. *Politiche e servizi*. 5-6. Padova: Studi Zancan.

Krueger, R.A. (1994). *Focus group: a practical guide for applied research*. London: Sage.

Krueger, R.A. (1998a), *Developing questions for focus group*. In Morgan, D.L., Krueger, R.A., & King, J.A. (Eds). *Focus group kit*. Vol. III. London: Sage.

Krueger, R.A. (1998b). *Moderating focus group*. In Morgan, D.L., Krueger, R.A., & King, J.A. (Eds), *Focus group kit*. Vol. IV. London: Sage.

Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets. An essay in bi-logic*. London: Gerald Duckworth & Company LTD (trad. it. *L'incoscio come insiem infiniti*. Torino: Einaudi, 1981).

Normann, R. (1984). *The definition of quality and approaches to its management*. Ann Arbor MI: Health Administration Press (trad. it. *La gestione strategica dei servizi*., Milano: ETAS libri, 1985).

Normann, R. (2001). *Reframing business: when the map changes the landscapes*. New York: John Wiley Sons (trad. it. *Ridisegnare l'impresa: quando la mappa cambia il paesaggio*. Milano: ETAS libri, 2002).

Parasuraman, A., Berry, L.L., & Zeithalm, V.A. (1985.) A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4) 41-50.

Ripensare l'alleanza terapeutica attraverso lo studio del processo terapeutico nella cura del panico. Due terapie ad orientamento psicodinamico

di Maria Teresa Gargano^{*}, Vittorio Lenzo^{**}, Francesca Giannone^{***}, Girolamo Lo Verso^{****}

Cenni clinici e dati epidemiologici

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) è, sul piano clinico, una sindrome acuta e cronica, ad alta incidenza epidemiologica, che costituisce, insieme alla fobia sociale e alla depressione, una delle tre maggiori cause d'invalidità della popolazione e, conseguentemente, una delle maggiori fonti di costi sociali, medici e psichiatrici (DSM-IV-TR, 2000).

Il disturbo si presenta come un quadro psicopatologico a repentina insorgenza, che evidenzia un notevole potere disorganizzante sulla personalità, sulla vita di relazione e sociale (Infrasca, 2000, Ghezzi, 2007, Pozzetti, 2008). Quando si verifica il primo episodio di panico, il soggetto frequentemente giunge in una struttura di Pronto Soccorso dove è importante la prima valutazione diagnostica effettuata, poiché la predominanza e l'irruenza dei sintomi somatici possono condurre ad una diagnosi errata¹ (Allen Frances & Ruth Ross, 2004)².

A livello epidemiologico, le stime che riguardano l'incidenza del disturbo di panico sono attualmente discordi, a causa della mancanza di un'indagine nazionale recente. Le ultime rilevazioni mostrano, tuttavia, che il disturbo è in continua ascesa (Guaraldi & Gatti, 1989) attestandosi intorno al 33% dei soggetti di età compresa tra i 18 e i 25 anni (Alonso et al., 2004)³.

Uno studio da poco pubblicato di Hollander e Simeon (2008) riporta una prevalenza del disturbo di panico del 2-4% su un campione americano con un rapporto 2:1 tra maschi e femmine. Sono indicate, inoltre, nello studio, forti condizioni di comorbilità con il disturbo depressivo oltre che con altri disturbi d'ansia. Per quanto riguarda l'esito della malattia, circa il 33% riporta una guarigione, il 50% ha un peggioramento limitato e il 20% ha un forte peggioramento.

^{*} Psicologo. Psicoterapeuta di gruppo. Dottore di ricerca in psicologia. Università di Palermo.

^{**} Dottorando di ricerca in Scienze Psicologiche. Università di Messina.

^{***} Professore associato di Psicologia Dinamica. Università di Palermo.

^{****} Professore Ordinario di Psicoterapia. Università di Palermo.

E-Mail: mteresa.gargano@libero.it, vittoriolenzo@hotmail.it, frgiann@unipa.it, girolamoloverso@tin.it

¹ Con l'esclusione, ovviamente, dei casi in cui una condizione medica sia la causa diretta degli attacchi di panico ed in questo caso la diagnosi è "Disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica generale".

² Quando si verifica il primo attacco di panico, con l'aumento della frequenza cardiaca, spesso i soggetti colpiti credono che si tratti di un attacco di cuore recandosi immediatamente al primo pronto soccorso dove gli accertamenti andranno poi ad escludere una patologia medica. In seguito sono spesso somministrate benzodiazepine quando si inizia ad intuire la matrice psicologica di questi sintomi.

³ Anche se le manifestazioni sintomatiche proprie di ciò che oggi definiamo come Attacco di panico siano già state descritte molto prima dell'introduzione dei criteri nel DSM-III (Angst, 1998; APA, 1980)

Alcune note preliminari

Il carattere quasi di pandemia che il DAP ha acquisito nella società attuale ci spinge a compiere alcune considerazioni più generali sul rapporto che lega la cultura nel suo insieme e le malattie mentali. Problematiche di questo tipo erano del resto già presenti negli scritti di Tacito, Plinio il Vecchio e Ippocrate (Coppo, 2003). Oggi è ormai condivisa l'idea che l'epidemiologia della malattia mentale (e anche medica) varia, quantitativamente e qualitativamente da una società all'altra, e in una stessa società che cambia nel tempo (Gaddini, 1984)⁴. In questa prospettiva, le patologie mentali non possono essere considerate né universali né racchiuse all'interno di un singolo individuo ma sono in relazione a ciò che in termini molto generali si può definire come "sociale", espressione della "cultura"⁵.

Rivolgendo uno sguardo alla complessa società attuale è evidente come, per molti versi, si presenti come momento di rottura storica e soprattutto epistemologica rispetto al passato. L'estrema complessità e poliedricità di cambiamenti in atto è rintracciabile in fenomeni come la globalizzazione dei mercati, i mass media, la rete Internet, la crescita dell'individualismo, il consumismo di massa, la recessione economica, la confusione identitaria che stanno dando vita ad una mutazione sociale senza precedenti e con effetti ancora non del tutto chiari. Pertanto, pur non potendo essere valutata come una causa patogenetica, l'attuale società esercita di certo un ruolo di primo piano nell'incidenza e nella prevalenza di diversi disturbi mentali, come nel caso delle depressioni, di alcuni disturbi di personalità e del DAP (Infrasca, 2005, Zuccardi Merlo, 2005; Francesetti, 2005).

I trattamenti psicoterapeutici nello scenario attuale

Il DAP è stato, negli ultimi venti anni, una delle patologie più studiate dal punto di vista etio-fisio-patogenico, fenomenologico, clinico e psicologico (Favarelli et al., 2000). Da un esame della letteratura disponibile però molti studi hanno sostenuto e continuano a sostenere una derivazione prevalentemente biologica dell'attacco di panico (Ascher, 1978; Redmond et al., 1979; Elam et al., 1981; Perna et al., 2001).

Al tempo stesso, allargando lo sguardo, da più parti si sottolineano i legami che intercorrono tra *psiche* e *corpo* e come le distinzioni siano in gran parte solo teoriche superando così il riduttivismo dell'individuo visto come una monade isolata (Lo Verso & Federico, 1994; Damasio, 1995; Kandell, 1999; Siegel, 1999; Le Doux, 2002; Imbasciati, 2005; Giorni & Lo Verso, 2008). Si è ormai dimostrato a partire dalle ricerche nel campo delle neuroscienze, come lo sviluppo del sistema nervoso dell'uomo sia, infatti, imprescindibilmente legato all'esperienza relazionale che compie (Giorni & Lo Verso, 2008). Trascurare queste acquisizioni sui processi psichici comporta il rischio di rimanere ancorati ad un'ottica di causalità lineare o comunque di singole interazioni tra variabili, ignorando l'intreccio complesso che attualmente lega epistemologia e psicoterapia (Ceruti & Lo Verso, 1998).

⁴ Rimandiamo ad altri lavori un'analisi che si basi sulla storicizzazione di un'epoca e di un contesto sociale per individuare le strutture alla base che ne reggono il concetto (Foucault, 1961; 1978).

⁵ In questo senso l'etnopsicoanalisi (Nathan, 1993; Nathan et al., 1998; Nathan, 2003) ha già dimostrato come il termine *psiche* più che un dato di natura, si possa considerare un dato di cultura appartenente in particolare alla cultura occidentale (Nathan et al., 1998).

Inoltre, una riflessione su queste tematiche appare necessaria se si considerano le conseguenze non solo in termini teorici e di ricerca, ma anche a livello di trattamento dei disturbi psichici. Nel caso del DAP, il focalizzarsi esclusivamente su un piano medico-biologico comporta il rischio, in un trattamento terapeutico, di tralasciare tutto ciò che non ha a che fare con gli aspetti sintomatici del disturbo. La cura, in Psicologia Clinica, non può mutuare dall'ambito medico ciò che è definito come modello "ortopedico" (Carli, 2006), poiché ciò impedisce di indagare la valenza relazionale di un sintomo o, comunque, confinarlo all'interno di un singolo individuo. In questa prospettiva, la cura in psicologia clinica non è rivolta alla ricerca di leggi per costruire una visione nosografico-istruttiva del disturbo psichico, ma è legata in primo luogo all'incontro tra persone (Cigoli & Margola, 2006).

In realtà nello specifico campo dei trattamenti psicoterapeutici, la situazione appare più complessa. Sospendendo in questo contesto una disamina sul vasto panorama delle forme di trattamento oggi disponibili, sono due i principali movimenti, diametralmente opposti, che cercano di rispondere al quesito sull'efficacia e il funzionamento delle psicoterapie. Entrambi nascono negli USA in risposta alle esigenze delle compagnie assicurative, di provvedere solo a quei trattamenti (prevalentemente farmacologici e di breve durata) di cui è stata dimostrata la efficacia empirica (Gazzillo & Lingiardi, 2007).

Il primo filone fa riferimento ad un movimento all'interno dell'APA confluito nel volume di Nathan e Gorman (1998). L'approccio ai disturbi psichici è basato sulla trasposizione dei metodi *evidence-based* utilizzati in ambito medico-farmacologico nel campo dei trattamenti psicoterapeutici. Pur rimandando al lavoro sopraccitato per ulteriori approfondimenti, è da sottolineare come fin da subito si affronta il problema di quale *tecnica* sia efficace per un determinato disturbo, equiparando l'azione di un trattamento psicoterapeutico a quella di un trattamento farmacologico.

L'altro movimento fa capo ad un'altra divisione dell'APA e afferma il primato della relazione terapeutica e del terapeuta. Il volume uscito quattro anni dopo e curato da Norcross (2002) raccoglie una *task force* composta da autori che sostengono il principio che ad essere curative non siano tanto le tecniche di trattamento, ma la qualità della *relazione* che si instaura tra paziente/i e terapeuta.

Sulle base di queste considerazioni⁶ vorremmo sottolineare, da un punto di vista epistemologico, la problematicità e i rischi di trasporre nell'ambito della psicoterapia, un paradigma di ricerca pensato per altri campi di osservazione scientifica. Difatti, utilizzare il metodo sperimentale nel campo dei trattamenti psicoterapeutici comporta il rischio di ignorare ciò che caratterizza l'ambito psicologico, ovvero lo psichismo umano da un punto di vista relazionale (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi & Giannone, 1998; Lo Coco & Lo Verso, 2006). Allo stesso tempo, con l'abbandono dell'idea di una realtà "oggettiva" (Morin, 1984), "gli scienziati diventano i responsabili della loro scienza" (Von Foester, 1986) cosicché l'etica di chi fa ricerca si lega indissolubilmente ai presupposti epistemologici della ricerca stessa.

A nostro parere questi temi, oltre che legare ambiti di indagine scientifica diversi, annodano, nel campo stesso della psicologia, la pratica clinica e la ricerca.

⁶ Rimandiamo ad altri lavori per una trattazione più articolata: Barron, 1998; Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006; Gazzillo & Lingiardi, 2007.

Nonostante già da anni si sostenga l'importanza di avvicinare il lavoro clinico a quello della ricerca⁷, rimangono tuttavia alcuni nodi problematici di tipo teorico-metodologico, che portano spesso a risultati di ricerca controversi, come nel caso del DAP.

Se si rivolge lo sguardo in ambito empirico e restringendo il campo alla cura del disturbo di panico, da un lato le metanalisi e i *single-case* effettuati prevalentemente con campioni anglosassoni e nordamericani, hanno avuto il merito di confrontare l'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) con le diverse cure farmacologiche che in questi anni si sono succedute (Barlow & Cerny, 1988; Clum, 1989; Klosko et al. 1990; Clark & Salkovskis, 1991; Barlow & Lehman, 1996; Beck et al., 1992; Cox et al., 1996; Borkovec & Costello, 1993; Clum et al., 1993; Gould et al., 1995; Clark & Fairburn, 1997; Teusch et al., 1997; van Balkom et al., 1997; APA, 1998; Barlow et al., 2000). D'altra parte hanno trascurato l'analisi del processo attraverso cui il cambiamento sintomatico è avvenuto e quali sono stati i fattori terapeutici. Quasi tutti gli studi, infatti, si sono limitati a verificare la riduzione sintomatica, utilizzando strumenti *self-report* che non approfondivano e chiarivano il ruolo che la relazione terapeutica ha avuto nel contribuire al miglioramento del paziente.

I pochi studi sul processo fino ad oggi compiuti (Hollon, Evans & DeRubeis, 1990) hanno, per esempio, rivelato che la psicoterapia cognitiva nella cura del DAP è più efficace dei farmaci nel modificare lo stile attribuzionale (cioè la lettura cognitiva della realtà), e che il cambiamento dello stile attribuzionale ha un effetto preventivo sulle ricadute (op. cit.).

Tra le variabili del processo quelle che sembrano essere state approfondite sono state l'alleanza terapeutica (Casey et al., 2005; Ramnero & Ost, 2007) e i meccanismi di difesa (Perry, 1999; Kipper et al., 2005, 2007; Blaya et al., 2006; Heldt et al., 2007), valutati attraverso strumenti *sel-report*. Ancora poca attenzione è stata rivolta, in ambito empirico, alle capacità metacognitive, agli stili interpersonali, ai modelli relazionali interni e agli stili di attaccamento. Sono aumentati, inoltre, nel corso degli anni gli studi di *follow-up* (Stuart, Wade e & Treat, 2000; Kenardy et al., 2003; Addis et al., 2004, 2006).

Considerando che è ancora poco chiaro come avvenga il processo di cambiamento sia nelle terapie TCC (Casey et al., 2005), che psicodinamiche (Milrod et al., 1997) la ricerca ha iniziato a concentrarsi sulle possibili variabili moderatrici di uno scarso *outcome* (Brown & Barlow, 1995). Tra le variabili considerate spicca la presenza di una condizione di comorbidità, che potrebbe spiegare l'alta percentuale di pazienti che continuano al *follow-up* ad avere un basso livello di funzionamento (il 30% per Brown & Barlow, 1995).

Una recente ricerca di Ozkan e Altindag (2005) ha, infatti, riportato che questo disturbo presenta una comorbidità pari all'80,3% con i Disturbi di Asse I e al 33,9% con i Disturbi di Personalità Asse II. La presenza di una comorbidità in Asse I e II influenza gli esiti della terapia farmacologica (Marchesi et al., 2004). La comorbidità riguarda i disturbi dell'umore (Klerman, 1990; Lesser et al., 1988, 1989; Albus et al., 1995; Baldwin, 1998), i disturbi d'ansia (Schneir et al., 1990), i disturbi di personalità (Mavissakalian, Hamann, 1987; Reich, 1988), uso di sostanze (DuPont, 1997), e condizioni mediche generali (Rosenbaum et al., 1996; Maina et al., 2004).

⁷ Ne sono espressione i lavori presentati al IV Congresso Nazionale della SPR-Italia (2003) dal titolo: "La ricerca fa bene alla Clinica".

La presenza di una comorbidità in Asse I o II interferisce anche sull'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale rivolto al disturbo di panico. Sono studi single-case, ma anche metanalitici (Roth e Fonagy, 1997; Craske et al., 2007; Mennin, Heimberg, 2000; Chambless, Ollendick, 2000; Chambless et al., 2000; Hedley et al., 2001; Prasko et al., 2005; Craske et al., 2005; Ozkan, Altindag, 2005; Hicks et al., 2005; Marchesi et al., 2006).

Dall'analisi di questi risultati rimangono, tuttavia, da approfondire sia il ruolo che le variabili del processo hanno nel favorire la riduzione sintomatica, sia gli effetti della comorbidità soprattutto in asse II sull'efficacia della psicoterapia cognitiva.

Per quanto riguarda il trattamento psicodinamico, osserviamo la presenza di un solo studio, che ha dimostrato come la gravità clinica del DAP e la sua cronicità sembrano essere influenzati dalla presenza di una comorbidità in Asse II (Milrod et al., 2007b). Più in generale, mancano studi di efficacia sulla psicoterapia psicodinamica, soprattutto a lungo termine (Gabbard, 2002), anche a causa delle difficoltà metodologiche insite nelle strutture un appropriato disegno di ricerca (Gabbard, 2005). Un po' più numerosi sono gli studi che hanno valutato l'efficacia delle terapie psicodinamiche a breve termine (Anderson & Lambert, 1995; Wilborg & Dahl, 1996; Nosedà et al., 2001) anche se uno solo prevedeva un campione di controllo (Milrod et al., 2007).

Molto limitati gli studi sul processo delle terapie psicodinamiche, considerando anche i limiti che presentano gli strumenti *self-report* nel rilevare gli aspetti più dinamici che caratterizzano la relazione terapeutica. Tra le variabili di processo, come si è detto, l'alleanza terapeutica è una di quelle più approfondite, soprattutto nella sua relazione con gli esiti della terapia. Sebbene la letteratura abbia dimostrato la presenza di una relazione predittiva tra l'alleanza e l'esito della terapia (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002), non riscontriamo studi empirici che esplorino questa relazione nella terapia psicodinamica del disturbo DAP.

Il costrutto di alleanza terapeutica: tra interazione e relazione

Dalle prime sistematizzazioni di Freud rispetto alle componenti del transfert (1912) molte concettualizzazioni si sono succedute nel corso degli anni (Sterba, 1934; Rogers, 1951, 1954; Greenson, 1965; Bordin, 1975; Safran & Muran, 2000)⁸, con effetti, in seguito, anche dal punto di vista della ricerca empirica poiché l'alleanza è stata intesa e quindi valutata, in modi molto diversi (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Per questa ragione, rispondere definitivamente al quesito della definizione dell'alleanza terapeutica appare oggi problematico poiché si rischierebbe di giungere a quanto detto da Boring (1923) a proposito dell'intelligenza ovvero che l'alleanza è ciò che è misurato dai rispettivi strumenti (Hentschel et al., 2005). Oggi il concetto empirico di alleanza non può essere visto come qualcosa di a sé stante, ma è da considerare in relazione alla teoria sottostante e di conseguenza al metodo e alle tecniche adottate nella relazione di cura.

A cominciare dagli studi di Zetzel (1958), l'alleanza terapeutica diviene un elemento su cui si concentra il dibattito, all'interno del modello psicoanalitico, senza, tuttavia, giungere ad una visione condivisa del costrutto stesso. Benché oggi il dibattito teorico in psicoanalisi sia giunto ad una posizione che sembra supportare gli aspetti

⁸ Per una trattazione più sistematica rimandiamo a Lingiardi (2002); De Bei (2006).

relazionali del trattamento, compresi quelli relativi all'alleanza (Stolorow & Atwood, 1996; Mitchell, 2002; Aron, 2004, Stern, 2005), diverso è stato il percorso che ha seguito la ricerca empirica.

A fronte di questi cambiamenti, che riguardano sia i paradigmi epistemologici, sia i metodi di trattamento, la ricerca sembra, infatti, essere in ritardo. Gli strumenti di indagine empirica del processo terapeutico si basano, infatti, su teorie della mente individuali (come i meccanismi di difesa, il transfert, i modelli relazionali interni).

Anche gli strumenti che oggi si propongono di indagare il costrutto di alleanza terapeutica (per citarne alcuni, WAI, CALPAS, TBS), sono di tipo *self-report*, e considerano l'alleanza come un concetto statico ed individuale. Rispetto all'assunzione del concetto di alleanza, come una caratteristica statica della relazione, ci sembra utile citare la considerazione di Horvath (2005): "il progressivo arricchimento nel corso del tempo e la complessità sono caratteristiche di tutte le relazioni intime, perché dovremmo assumere che questo non avviene in terapia? (p. 5)". In questa direzione dell'abbandono del "mito dell'omogeneità (Horvath, 2005)" si inserisce questo lavoro che, adottando un livello di indagine microprocessuale, può aiutarci a ricostruire e comprendere cosa accade nella relazione tra paziente e terapeuta. In questi termini, ricollegandosi al concetto di alleanza da un punto di vista empirico, pensiamo che non sono tanto le definizioni dell'alleanza a far comprendere meglio cosa accade nel processo terapeutico, quanto l'attenzione sulle componenti relazionali dell'incontro terapeutico. A tale proposito si rivela coerente il modello elaborato da Safran e Muran (2000), in cui si sottolinea il carattere negoziativo dell'alleanza e come questo processo, continuamente all'opera, vada incontro a fratture e riparazioni nel corso delle sedute e su cui il terapeuta lavora insieme al paziente. Inoltre questa continua opera di riflessione metacomunicativa del terapeuta non è basilare solo per l'alleanza terapeutica, ma rappresenta l'essenza stessa del cambiamento. Attraverso l'esplorazione nel qui e ora di una frattura nell'alleanza si può esplorare lo schema relazionale o, in altri termini, la configurazione sé-altro (Mitchell, 2000) del paziente e da qui, agire per modificarla.

D'altra parte, se il costrutto di alleanza terapeutica è considerato, dagli autori, come risultato di un processo di negoziazione tra paziente e terapeuta, che si modifica nel corso del tempo, rimane, tuttavia, all'interno di un modello interazionista. Riteniamo infatti, in accordo con quanto affermato recentemente da Carli e collaboratori (2009) che, la tassonomia degli interventi elaborata da Safran e Muran (2000), esclude l'analisi della dinamica inconscia della relazione psicoterapeutica.

Dal punto di vista della ricerca empirica, le teorizzazioni di Safran e Muran (2000), rivisitate dal gruppo di ricerca coordinato da Vittorio Lingiardi sono state operazionalizzate attraverso l'utilizzo dell'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica- versione *revised* (IVAT-R) (Colli & Lingiardi, 2007). A partire dai trascritti di sedute, lo strumento, se consente una valutazione sia quantitativa che qualitativa dell'alleanza terapeutica (da parte del paziente e del terapeuta), e allo stesso tempo permette di seguire l'andamento della costruzione e delle rotture dell'alleanza, rimane, tuttavia, fondato su dimensioni individuali.

La prospettiva di ricerca descritta, si inserisce, più in generale, nell'ambito dell'indagine sulle dinamiche cliniche e dei costrutti associati all'alleanza (De Bei, 2006). Tra le diverse conseguenze di tali posizioni vi è l'importante dato per cui il rinnovato interesse per la relazione tra paziente e terapeuta non solo ha riavvicinato clinica e ricerca, ma ha anche portato alla consapevolezza dei ricercatori che l'alleanza in sé è un costrutto complesso che può, e deve, essere studiato congiuntamente ad altre variabili del processo, e in cui elementi tecnici e

relazionali vanno pensati come aspetti del processo che operano in maniera sinergica (De Bei, Colli & Lingiard, 2007).

La possibilità di tracciare ipotesi esplicative dall'analisi dei due casi clinici presentati in questo lavoro è stata, senza dubbio, favorita dal monitorare l'andamento dell'alleanza terapeutica attraverso il parametro *tempo* (Valsiner, 2001) insieme ad altre variabili di processo⁹. In altre parole si tratta di "decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla" (De Bei, Colli & Lingiard, 2007), focalizzandosi sulla natura di una serie di elementi micro-processuali concomitanti, che contribuiscono all'andamento della relazione terapeutica e al suo esito.

Da queste premesse, appare allo stesso tempo necessario verificare l'efficacia del trattamento psicodinamico rivolto al paziente DAP.

In questo articolo, assumendo il concetto di relazione come elemento caratterizzante il trattamento terapeutico, si cercherà di connettere la manifestazione fenomenologica del panico alle modalità relazionali del soggetto e al loro significato. A tale scopo si cercherà di adottare questo "sguardo" anche in una prospettiva di ricerca attraverso la "lente" dell'alleanza terapeutica. Inoltre si proverà, sulla base dei risultati di ricerca ottenuti attraverso uno studio di tipo osservazionale-descrittivo, a formulare alcune ipotesi sulle modalità attraverso cui la sintomatologia panica può influenzare la costruzione e lo sviluppo dell'alleanza terapeutica con il paziente, nel corso del trattamento psicodinamico a lungo termine.

La ricerca

I due casi clinici

La ricerca ha preso in considerazione due pazienti affetti da Disturbo da Attacchi di Panico (DSM-IV, APA, 1994), trattati con una psicoterapia gruppoanaliticamente orientata e a lungo termine¹⁰.

Presentiamo brevemente al lettore i due casi presi in esame:

1. La paziente A (che chiameremo Paola) è una giovane donna di 24 anni, che si rivolge al servizio di dipartimento assistenziale di neurologia e psichiatria, U.O. di riabilitazione psichiatrica e psicologia clinica, presso l'azienda ospedaliera universitaria policlinico "P. Giaccone" di Palermo. Manifesta nelle prime sedute un disagio espresso da somatizzazioni e da attacchi di panico sempre più frequenti, accompagnati dal consueto corredo sintomatologico che caratterizza il Disturbo da Attacchi di Panico: instabilità, palpitazioni, nausea (spesso con vomito) e paura di morire. La diagnosi effettuata è quella di DAP, senza agorafobia.

Paola è una ragazza iscritta alla facoltà di Giurisprudenza, scelta strettamente collegata al "desiderio" del padre, noto avvocato e morto circa 4 anni addietro, in seguito ad un carcinoma. Paola cresce come una ragazza "adulmorfata", precocemente responsabilizzata, e investita da forti

⁹ Questo articolo rientra in un progetto di ricerca più ampio (Gargano et al., 2007; 2008a, 2008b) che prevedeva anche il confronto con altre variabili di processo come i meccanismi di difesa e la meta cognizione. Gargano M.T., Pavia L., Giannone F., Inzerillo F. & Oliveri A.M. (2007), Gargano M.T., Giannone F., Inzerillo F. & Oliveri A.M. (2008a), Gargano M.T., Giannone F., Ferraro A.M., Amato L., & Salvatore S. (2008b),

¹⁰ È stata effettuata una valutazione multi strumentale con strumenti sia di esito che di processo. In particolare per l'esito si è utilizzato l'Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2) (Lambert et al., 1996; Lo Coco, Prestano, Gullo, Di Stefano & Lambert, 2006); la SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingiard, 2003) per la valutazione della personalità. Per gli aspetti di processo è stata utilizzata l'IVAT-R (Colli & Lingiard, 2007); la SVaM (Semerari, Carcione & Di Maggio, 2003) per la valutazione della meta cognizione e la DMRS (Perry, 1990, Lingiard, 2002) per i meccanismi di difesa.

aspettative familiari di successo per il suo futuro, tanto da descriversi nel corso delle sedute come “un trofeo da esibire”.

La morte del padre, la crescente ansia ed ipocondriasi della madre, l'appartenenza ad una comunità “chiusa”, come quella di un piccolo paese della Provincia di Palermo, sembrano contribuire ad una “rottura” di questa immagine quasi “perfetta” che Paola ha dovuto modellare sulla base dei vincoli familiari e sociali.

Al momento della richiesta di cura, è trattata con benzodiazepine. La paziente è attualmente seguita dallo stesso psicoterapeuta, che ha concluso il suo percorso formativo presso la scuola di specializzazione in psicoterapia gruppoanalitica.

Attraverso la SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingiardi, 2003), da una valutazione categoriale¹¹ della personalità, la paziente non presenta alcun disturbo di personalità, mentre, da una valutazione dimensionale e descrittiva della personalità, presenta forti tratti di personalità disforico-depressivo ad alto funzionamento¹². Raggiunge, altresì, un punteggio vicino ad una deviazione standard sopra la media la categoria Ossessivo¹³.

2. Il paziente B (Paolo) è un giovane uomo di 22 anni, che fa una richiesta di psicoterapia in ambito privato. L'invio viene fatto proprio dal datore di lavoro. Durante una prima fase di valutazione, il terapeuta formulava una diagnosi clinica di Disturbo da Attacchi di Panico con Agorafobia, sulla base delle categorie diagnostiche del DSM-IV-TR (APA, 2000). Dopo la somministrazione della SWAP-200 (Westen, Shedler & Lingiardi, 2003), lo psicoterapeuta (ancora in formazione) associa al DAP la diagnosi di Disturbo di Personalità Dipendente¹⁴. Anche questo paziente verrà trattato con benzodiazepine e sarà seguito da un'altra psicoterapeuta, anche lei specializzata presso la stessa scuola di specializzazione.

Il paziente proviene da uno dei quartieri di Palermo definiti a “rischio” per l'alto tasso di microcriminalità e per il controllo dell'organizzazione criminale mafiosa sul territorio. Paolo riesce a stento a conseguire il diploma di scuola secondaria superiore frequentando “saltuariamente” un istituto tecnico privato di Palermo e occasionalmente lavora come idraulico. Precocemente adultizzato e responsabilizzato, Paolo cresce educato ai valori propri della cultura mafiosa, l'omertà, la fedeltà e l'adesione incondizionata alle regole trasmesse e ai ruoli stabiliti, l'esibizione e l'ostentazione della forza e del coraggio maschile, la negazione di sentimenti legati alla fragilità dell'animo umano, ritenuti esclusivo appannaggio dell'universo femminile. Assieme alle crisi d'ansia Paolo, manifesta subito, nella sua richiesta di una psicoterapia, una sofferenza legata al conflitto con questi valori e codici, da cui si sente oppresso.

Metodologia

Lo studio adotta un disegno naturalistico del tipo *single-case*, centrato sull'osservazione longitudinale di due trattamenti. Tutte le sedute prese in esame sono state audio registrate, trascritte e valutate indipendentemente da due giudici. Infine è stato effettuato un campionamento.

¹¹ Risultato del conteggio del numero di sintomi / criteri presenti in un paziente e vedere se è sufficiente a stabilire una diagnosi di disturbo di personalità da DSM.

¹² Il punteggio è infatti oltre una deviazione standard sopra la media: Q-T Depressivo ad Alto Funzionamento: 61,28.

¹³ Raggiunge, altresì, un punteggio vicino ad una deviazione standard sopra la media la categoria Ossessivo (punteggi Q-T: 57,88).

¹⁴ Il paziente, da una valutazione categoriale della personalità da DSM, presenta un disturbo di personalità Dipendente (Punteggi PD); il punteggio è infatti oltre una deviazione standard sopra la media:

- Punteggi PD-T Dipendente: 61,51

- Alto anche il punteggio nella categoria Istrionico, vicino ad una deviazione standard sopra la media: PD-T Istrionico: 56,79

- Da osservare anche il punteggio alto nella categoria Borderline: PD-T Borderline: 53,86

Per la paziente A sono stati presi in esame i primi 6 mesi di terapia al termine dei quali la paziente interrompe per un arco di tempo di circa un mese il trattamento, ripreso successivamente. Il percorso terapeutico è stato suddiviso in 4 fasi, prendendo in considerazione le principali vicende terapeutiche ed extra terapeutiche occorsi in tale periodo.

Ogni fase, si distanzia l'una dall'altra da un intervallo di 1 mese circa. Di ciascuna fase sono state prese in considerazione le trascrizioni di tre sedute contigue.

Anche per quanto riguarda il paziente B, sono stati presi in esame i primi 6 mesi di terapia. Il percorso terapeutico è stato suddiviso in 3 fasi, prendendo in considerazione le principali vicende terapeutiche ed extra terapeutiche. Anche in questo caso tutte le sedute prese in esame sono state audioregistrate e trascritte e due giudici hanno valutato indipendentemente i trascritti; è stato infine effettuato un campionamento prendendo in esame un totale di 9 sedute.

L'alleanza terapeutica nei due casi: riflessioni cliniche e di ricerca

Un aspetto da tenere in considerazione nel trattamento sia psicoterapeutico che farmacologico di un soggetto con DAP è la sintomatologia stessa. Il "panico" in tutte le sue varianti sintomatologiche tende, infatti, ad occupare l'intero spazio terapeutico soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento. All'interno di un trattamento psicoterapeutico il rischio è di restringere il *focus* esclusivamente sul panico del paziente, trascurando la valenza relazionale che può assumere per un determinato soggetto e che "sostiene" la sintomatologia. A tal proposito, spesso è palese come il paziente porti in terapia (anche fisicamente) l'intera "figura" familiare e le relative modalità relazionali tanto che diviene difficile scindere poi questo livello da quello relativo al singolo individuo. In termini Gruppoanalitici Soggettuali (Lo Verso, 1989, 1994; Pontalti, 1998; Fasolo, 2002; Lo Coco & Lo Verso, 2006; Lo Verso & Di Blasi, *in press*) tutto questo si traduce nella necessità di prendere in considerazione l'intera matrice familiare¹⁵ dell'individuo e che significato assume in essa il panico.

Al contempo, l'alleanza terapeutica è da considerare una categoria non limitata alla relazione duale tra paziente e terapeuta, ma che riguarda una relazionalità multipersonale e multicontestuale difficilmente confinabile al setting terapeutico (Pontalti, 2006).

All'interno di tali prospettive il focus non si riduce al livello diagnostico o di mondo interno della persona, ma alla interazione che si instaura, come in questi due casi presi in esame, tra paziente e terapeuta.

In questo modo l'alleanza terapeutica diviene un importante costrutto "ponte" non solo tra dimensioni diverse della relazione terapeutica ma soprattutto tra l'ambito clinico e quello di ricerca. Nonostante i limiti relativi al tipo di disegno sperimentale utilizzato e agli strumenti oggi in nostro possesso, assume in questo senso un'importanza notevole, la possibilità di poter rivolgere uno sguardo sulla relazione terapeutica da un punto di vista empirico.

Caso A

¹⁵ Per matrice familiare intendiamo il "campo di relazioni tra nodi di condensazione del pensiero (Giannone & Lo Verso, 1994, p.110) che per Pontalti & Menarini (1986) ha il compito di "fondare l'omnizzazione dell'apparato psichico su una trama di relazioni significative-significato biunivoche, con nodi della rete a significazione aperta, cioè come significanti fluttuanti atti a molteplici significazioni su piani logici diversi" (cit. in Giannone & Lo Verso, 1994).

Come già detto il sintomo dei soggetti DAP tende di frequente, per le sue stesse caratteristiche, a “saturare” lo spazio terapeutico creando delle difficoltà per il terapeuta ad indagarne la valenza relazionale. Questi aspetti possono rilevarsi, molto chiaramente, anche nei due casi presi in considerazione, accomunati dal fatto che il terapeuta è ancora in formazione. Difatti un elemento rintracciabile a partire dai dati è la modalità attraverso cui la sintomatologia degli attacchi di panico sembra ostacolare ai due terapeuti l’analisi della simbolizzazione affettiva del contesto di cura, e l’esplorazione delle dinamiche emozionali in atto nella relazione.

Soffermandoci sull’analisi del primo caso, benché i risultati ottenuti attraverso l’IVAT-R non consentano di identificare le motivazioni inconscie, che caratterizzano una possibile dinamica collusiva in atto, segnalano, tuttavia, una interazione, in cui la modalità d’intervento del terapeuta è sbilanciata verso il polo espressivo e presta minore attenzione agli interventi supportivi. Più specificatamente sembra che nel corso della relazione con la paziente, il terapeuta si sia focalizzato troppo sull’esplorazione del sintomo, perdendo così progressivamente di vista i segnali della paziente di rottura dell’alleanza.

All’interno di tale interazione, potrebbero assumere significato i molti interventi di chiarificazione da parte del terapeuta¹⁶ (fino a punte del 58% rispetto al totale dei suoi interventi) e quelli in cui il terapeuta cerca di differenziare tra stati d’animo del paziente per esplorarli separatamente¹⁷, che addirittura aumentano nel tempo.

Da aggiungere che ad alterare il clima di collaborazione tra paziente e terapeuta sembra essere stato non solo il ricorso eccessivo ad interventi di tipo riformulativo, ma anche la precocità con la quale sono stati fatti.

Se nelle prime fasi della terapia, dunque, il terapeuta compie precocemente e in modo intensivo interventi di tipo riformulativo, la paziente esprime il suo disagio in due modi:

a) con interventi che si riferiscono a delle modalità di raccontare accadimenti, esperienze e quant’altro, accomunate dal tentativo di mantenersi ad un livello di analisi molto superficiale, tanto da rendere difficile anche la siglatura differenziale con gli interventi di rottura dell’alleanza.

b) con interventi che implicano il tentativo di sottrarsi alle richieste esplorative del terapeuta. Spesso queste modalità implicite di rottura dell’alleanza terapeutica si concretizzano nello specifico in vari modi come, ad esempio, il fornire una risposta tangenziale ad un intervento preciso del terapeuta¹⁸. Esemplicativa la prima seduta in cui si prova a ricostruire le relazioni della paziente nel periodo in cui si sono manifestati i primi sintomi. Nello specifico, nel seguente fraseggio, si parla del rapporto tra la paziente ed il partner:

T: *hai detto bene, rappresenta nel senso che però sei tu che gliel’hai dai tutte queste rappresentazioni, cioè sei tu che lo insinui, come dire, di significati importanti (RM7)*

P: *sì, e comunque spero che cioè la nostra relazione per ora non è assolutamente stabile o solida, io infatti vorrei, appunto, per ora rappresenta... però vorrei che pian piano, giorno dopo giorno, stando insieme così proprio plasmandoci l’uno sull’altro, si possa costruire qualcosa di più e comunque essere proprio... (MI2)*

Molto utilizzate dalla paziente anche le modalità di rottura dell’alleanza come il rispondere brevemente rispetto una domanda ad ampio raggio del terapeuta (MI3)

¹⁶ Siglati nell’IVAT-R come *Resolution Marker 7 (RM7): Il terapeuta chiarifica e/o confronta una comunicazione incongruente del paziente.*

¹⁷ Siglati nell’IVAT-R come *Resolution Marker 2 (RM2): Il terapeuta cerca di differenziare diversi stati del paziente e li esplora separatamente.*

¹⁸ Siglati nell’IVAT-R come *Marker di Rottura Indiretto 2 (MI2): Il paziente fornisce una risposta tangenziale ad un intervento diretto del terapeuta o cambia visibilmente discorso.*

che, come nel caso precedente, danno sempre la sensazione fin dall'ascolto della registrazione di impedire lo sviluppo di uno spazio analitico, a prescindere se la paziente risponda solo con un'esitazione o articoli un breve periodo. Spesso questi due tipi di interventi quasi si alternano, mentre di pari passo il terapeuta attua comunicazioni rivolte all'esplorazione del sintomo. Ciò sembra confermare come siano delle modalità che hanno molto in comune e che all'inizio del trattamento identificano un *pattern* dinamico nella relazione tra paziente e terapeuta.

Nelle prime sedute si comincia ad osservare anche una modalità molto particolare di rottura dell'alleanza, quasi a metà strada tra l'esplicito e l'implicito che riguarda l'alludere, da parte della paziente, a problemi presenti nella relazione terapeutica esclusivamente facendo riferimento ad altre relazioni tematicamente simili (MI6). Data la notevole inferenza che implica la siglatura di questo *marker*, abbiamo ritenuto necessario l'ascolto della seduta per collocarla nel più ampio clima emotivo in cui è inserita la verbalizzazione. Integrando queste opzioni si sono individuati alcuni elementi molto interessanti, come l'aumento di questo tipo di comunicazioni fino a poco prima dell'utilizzo di interventi molto più espliciti e diretti di rottura nell'alleanza.

La valenza che assume questo *marker* è davvero chiara nella seconda seduta in cui vi è un notevole utilizzo del terapeuta sia di interventi esplorativi sia di interventi in cui sembra "non seguire" la paziente fino all'essere a tratti anche brusco¹⁹. D'altro canto la paziente, oltre ai *marker* descritti in precedenza, ad un certo punto della seduta inizia ad attuare comunicazioni siglabili in questa categoria. Più specificatamente ci riferiamo ad un episodio riferito alla zia che andava troppo "veloce" in autostrada:

P: *quando guido e sono sola, sono molto più tranquilla perché la vedo con /*

T: *con il tuo ritmo*

P: *con il mio ritmo esatto. Invece ora praticamente domenica siamo andati a T. con mia zia perché avevamo un convegno della /, perché noi siamo membri della /*

T: *che cos'è?*

P: *praticamente è un'associazione che ricerca i fondi contro il cancro, fanno la pubblicità /*

T: *sì sì sì*

P: *e niente... noi per la ricerca, insomma, questa attività e c'era un convegno, insomma dove ci aggiornavano sulla nuova ricerca. Insomma una cosa molto di base... niente allora /// siamo andati e poi il ritorno da T. a qua sono tre ore di strada e niente quindi io mi sono stressata parecchio*

T: *ma eravate solo voi due?*

P: *sì al ritorno ho guidato io, però per metà, perché mi sono stressata veramente tanto perché cioè siccome mia zia andava... la verità è questa mia zia andava a centosessanta all'andata ed io volevo eguagliare la sua velocità (p:00:00:02), stupidamente ovviamente e quindi io cercavo di andare veloce, però chiaramente andando più veloce...*

T: *con che macchina eravate?*

P: *una punto, insomma non è comunque un modello proprio nuovo. Quindi cercavo di eguagliare un po' la sua velocità e chiaramente più veloce vai, più devi stare attenta. Mia zia mi diceva "vai più piano" ed io "tu andavi così veloce ed io pure" così stupidamente. Chiaramente io poi mi sono stressata...*

T: *ecco*

P: *poi c'era un incolonnamento, quando sono sola invece me ne frego vado secondo quello che mi va*

¹⁹ Oltre agli RM2 e RM7 di cui si è parlato in precedenza, ci riferiamo agli NI5: *Il terapeuta sembra "non seguire" il paziente, sposta eccessivamente il focus della narrazione*, e agli NI10: *Il terapeuta sembra eccessivamente confrontativo, sembra troppo brusco nella comunicazione*. Entrambe le modalità rientrano nella categoria, nell'IVAT-R, dei *Negative Interventions* ovvero interventi del terapeuta che sembrano contribuire in termini negativi al processo terapeutico.

T: ed è esattamente questo diciamo quello che tu ricalchi attraverso dico questo modello della guida no?

P: uh uh

T: cioè quello che ti è sempre capitato questo dover andare al ritmo di un altro, cioè assecondare a tutti i costi il ritmo che un altro ti richiede, dove per ritmo si possono intendere le aspettative (...) Io penso che ci sia una parte di Paola che ha delle aspettative esagerate

Dall'ascolto di questo brano e da una siglatura integrata con altri aspetti che connotano il processo terapeutico rispetto al parametro tempo, noi ipotizziamo che la paziente stia manifestando il suo disagio rispetto alle "accelerazioni" mosse dal terapeuta nella relazione e alle sue difficoltà ad accedere così precocemente ad un livello analitico profondo. D'altro canto riteniamo che per il terapeuta sia stato difficile cogliere, in quel momento, questi segnali della paziente, ed utilizzarli in modo tale da essere più contenitivo e costruire un'alleanza più "robusta".

Nel frattempo, col procedere della terapia e con una situazione clinica che per la paziente appare sostanzialmente invariata (anche se la frequenza degli attacchi di panico diminuisce), il terapeuta inizia ad essere più "direttivo" nel senso che sembra quasi voler educare la paziente attraverso l'instaurazione di una dinamica maestro/scolaro. Nelle prime tre fasi prese in considerazione nel campionamento delle sedute, aumenta, infatti, la percentuale di questa modalità di intervento che è siglabile, nell'IVAT-R, attraverso uno specifico *marker*²⁰.

Per illustrare questo tipo di comunicazione riportiamo uno stralcio della seduta che risale al terzo mese di terapia in cui queste modalità di comunicazioni sono molto frequenti:

T: ma riesci a resistere per qualche giorno? Cioè riesci ad esistere senza un'appendice maschile in questo momento? (NI10)

P: non lo so (PC 0)

T: ci devi provare P.! P. non è che esiste solo in funzione di questa / che la illumina, ma quando mai! Che poi / P. questo genere di lampadina però resta fulminati o per troppo avvicinamento o per troppo allontanamento. Tu ti stai fulminando e non va bene, non va bene... in più, tra l'altro, ti infili in una situazione di gioco perverso col tuo corpo, cioè facendo delle cose che è vero che ti piacciono, ma non ti piacciono perché in realtà non ti vedo ancora pronta anche per un certo tipo di attività sessuale così disinibita, parliamoci chiaramente io non ti ci vedo pronta (NI8)

P: infatti non è da me proprio (PC 0)

T: io non lo so... può essere pure che sarà da te, ma in questo momento sicuramente no! Allora tu te la giochi su un altro livello e non va bene! Tu te la giochi come arma per o far venire il senso di colpa a una, o fartelo venire tu, o per scatenarlo ad altri! Ma che senso ha? Ti impoverisci, ti impoverisci molto, ti rimane ancora di più un vuoto interno e non va bene. Tu devi per un poco provare a sentirti di nuovo tu... l'unico modo per ricontattare te stessa e quella di non avere appendici maschili, devi stare da sola con te stessa ventiquattro ore al giorno con te stessa. Non significa che non devi vedere nessuno, non dico questo. Però vedi le amiche, studia, fai la tua vita e prova a tenerli lontani. Esci se devi uscire, divertiti, conosci persone ma sei sempre tu l'artefice della tua vita in questo momento (NI8)

La comparsa di questa modalità che contribuisce in termini negativi all'alleanza terapeutica sembra legata al fatto che, in una fase del trattamento, vi è una differenza di prospettive tra il terapeuta e la paziente circa gli obiettivi della terapia. Difatti mentre la frequenza degli attacchi di panico diminuisce, aumentano gli

²⁰ Queste comunicazioni sono siglate nell'IVAT-R come *Negative Intervention 8 (NI8): Il terapeuta sembra voler educare il paziente, sembra proporre una dinamica maestro/scolaro.*

aspetti di dipendenza della paziente e l'impossibilità di creare una relazione gratificante con un partner stabile. D'altro canto il terapeuta continua a rimanere molto concentrato sugli aspetti sintomatologici, prescrivendo, a tratti, il proprio punto di vista.

Tali dinamiche, dunque, paiono essere in relazione all'aumento dei segnali di rottura che attua la paziente rispetto al non sentirsi compresa e sono in accordo con le nostre ipotesi rispetto alla necessità di approfondire il significato relazionale che per un determinato soggetto assume il panico come sintomo.

Il ricorso del terapeuta a questo tipo di interventi segnala, nel caso in esame, la difficoltà ad empatizzare con la sofferenza, intralciando il processo di cura sia sul versante espressivo che supportivo. Ecco in tal senso un altro esempio, nell'ottava seduta, di questo tipo di comunicazione in cui il terapeuta "forza" il processo terapeutico:

T: ce l'hai chiaro? Allora che tipo di operazione anche cognitiva, devi cercare di usare anche per arginare questo mare, cioè questo straripamento di angoscia cosa devi fare che pensieri devi produrre Paola? (NI8)

P: pensieri positivi (PC=0)

Questi elementi sembrano confermare quanto detto in precedenza circa i molti interventi del terapeuta volti ad esplorare la sfera emozionale del paziente ma che ottengono solo risposte che "sfiorano" le conflittualità sottostanti, senza che sia possibile un'esplorazione diretta. Probabilmente il versante espressivo della relazione terapeutica si è innestato su un rapporto terapeutico, a livello emotivo, ancora superficiale e quindi poco solido e che avrebbe necessitato, invece, di un maggiore lavoro sulla costruzione di una buona alleanza tra paziente e terapeuta.

Ecco, come esempio, un fraseggio in cui la paziente parla del rapporto con la madre:

P: beh... insomma, abbiamo fatto pace però lei è sempre un po' nervosa per questo discorso. Insomma, chiaramente mi vede mi vede lontana (tossisce) e comunque (PC=1)

T: ti vede lontana, ma ti vede? (NS)

P: sì mi vede. Ieri sono stata a casa, ho stirato, insomma, poi lei mi ha accompagnato a P. che dovevo andare a teatro, e... (PC=1)

T: ma io ho la sensazione che non sia un problema di aiuto materiale che lei voglia da te, lei vuole altro (00:00:04), può essere? (RM7)

P: (00:00:03) non lo so. Principalmente lei chiede l'aiuto materiale (MI2)

Se, nel corso del trattamento, il terapeuta diventa più direttivo in seduta, osserviamo negli interventi della paziente un aumento della rabbia espressa più esplicitamente nei confronti della terapia. Aumenta, infatti, gradualmente, la percentuale di interventi di rottura diretti ed espliciti rispetto alle prime fasi prese in considerazione nel campionamento. Dunque nelle ultime sedute prese in considerazione, vi è una maggiore presenza di segnali espliciti di rottura (come ad es., il disaccordo rispetto a degli interventi del terapeuta) rispetto alle prime. Riportiamo a tal proposito uno stralcio, dalla decima seduta, in cui il terapeuta prova ad ipotizzare che la gelosia provata dalla paziente per la lontananza del partner sia legata ad una dinamica relazionale di dipendenza e la paziente è irritata da queste ipotesi:

T: (...) non è una gelosia normale, però se ci pensi cioè è come un voler dire, non volere ammettere che questa persona ha una storia...(RM7)

P: no! Io ne sono consapevole e lo ammetto però mi secca sentirne parlare (MD3)

In effetti l'unica modalità di rottura che rimane costantemente in percentuale elevata si riferisce alle molte comunicazioni in cui la paziente rifiuta energicamente un intervento del terapeuta e/o è irritata dalle sue domande (MD3). Ciò traspare anche dall'ascolto delle sedute caratterizzate in molti punti da un atteggiamento inconsolabile che la paziente manifesta nei confronti del terapeuta, rifiutando ogni suo suggerimento o consiglio. Probabilmente la presenza così elevata di questo *marker* che testimonia una rottura esplicita nell'alleanza con il terapeuta, potrebbe essere legata, da una parte, alla percezione un pò brusca che a volte la paziente sembra avere degli interventi del terapeuta e, dall'altra, alle difficoltà proprie della paziente a nominare emozioni e sensazioni, soprattutto di rabbia.

Inoltre nelle sedute immediatamente precedenti all'interruzione della terapia e che vedono la situazione familiare sostanzialmente invariata, vi è la comparsa di nuove modalità di rottura dell'alleanza dirette ed esplicite. La paziente comincia, infatti, ad esprimere sentimenti negativi nei confronti del terapeuta per mezzo del sarcasmo (MD10) e attacca esplicitamente la persona e/o la competenza del terapeuta (MD2).

Ad esempio in una delle ultime sedute prese in esame, la paziente lascia intendere come non si senta compresa dal terapeuta rispetto al proprio disagio:

P: (...) certo, credo che comunque questo malessere... lei l'altra volta mi ha detto una cosa che un po' mi ha turbato, lei mi ha detto "neanche io ho capito perché tu sei stata male". Lei mi ha detto questa frase in un momento... me lo ha detto una sola volta però a me è rimasta impressa (MD2)

T: quando? (NS)

P: l'altra volta parlavamo non mi ricordo di che... parlavamo e lei mi ha detto "io non ho capito nemmeno perché tu sei stata male ancora non mi sono data una spiegazione del perché tu sei stata male questa estate"

L'osservazione di questo aumento, sia qualitativo che quantitativo, della presenza di modalità dirette di rottura dell'alleanza lungo il processo terapeutico pare quasi presagire l'interruzione successiva della terapia da parte della paziente.

Caso B

Il paziente B, Paolo, a differenza del caso appena descritto, presenta un DAP in comorbilità con agorafobia e con Disturbo dipendente di personalità. Come detto in precedenza, dalla letteratura emerge che una condizione di comorbilità con un disturbo di Asse II rende più difficile l'instaurazione di una buona alleanza terapeutica. Questo dato trova riscontro nei risultati, ottenuti attraverso l'applicazione dell'IVAT-R poiché si nota, fin dalle prime sedute, che la frequenza delle modalità di rottura dell'alleanza nel paziente in comorbilità è più elevata. Mentre nella paziente A il ricorso a modalità di rottura dell'alleanza diminuisce nel tempo, nel paziente B si mantiene costante nei 6 mesi di trattamento presi in considerazione²¹. Inoltre, questo risultato sembra confermato anche dal fatto che Paolo salti diverse sedute nel corso del trattamento.

Dunque è plausibile ritenere che, con il paziente DAP in comorbilità con un Disturbo di personalità dipendente, il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica si sviluppi in modo più impervio e necessiti di una maggiore presenza empatica del terapeuta, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento. Il paziente, infatti, esprime subito il proprio disagio nella relazione, attraverso comunicazioni dirette ed esplicite. Particolarmente significativi i valori dell'alleanza, osservati nella terza seduta, in cui sono state individuate sette tipologie di rotture esplicite dell'alleanza. Il paziente dichiara palesemente un disaccordo con il terapeuta sugli

²¹ La ricerca è ancora in corso e si estenderà a periodi di tempo più ampi.

scopi e i compiti della terapia, e manifesta dubbi sulla prosecuzione stessa del trattamento²². Tali aspetti evidenziano una costante modalità di attacco alla possibilità di instaurare con il terapeuta una “robusta” alleanza e ciò continua anche nel decorso del disturbo.

Ritornando alla seduta citata, è stato utile, ancora una volta, non limitarsi alle trascrizioni *verbatim*, ma ascoltarne la registrazione. In questa seduta, infatti, il paziente, in preda ad una forte agitazione psicomotoria, rimane in piedi per i primi 10 minuti continuando a camminare per la stanza. Anche il tono di voce risulta affaticato, e la costruzione dei periodi appesantita da continue pause. Ecco un fraseggio di questa seduta che facilita al lettore la sintonizzazione con il clima “emotivo” della relazione. In questo brano, dinanzi al malessere fisico del paziente, il terapeuta propone di darsi del “tempo” per provare a capire insieme il significato della sua sofferenza:

P: *tempo, questa parola mi fa un'impressione che lei nemmeno può capire* (MD3)

T: *perché?* (RM1)

P: *è un'eternità! Trascorrerà così tanto tempo che dovrò ritornare con i miei figli. (00:00:12) mi devo impegnare, mi sto abbandonando, mi sta dando troppo fastidio, mi sento sopraffatto di gran lunga. Dobbiamo reagire, dobbiamo fermare in tempo questo processo. Non c'è una spiegazione ma devo reagire, mi sto abbandonando nella maniera più assoluta (00:00:05) ma devo rimettermi in sesto. Abbiamo finito?* (MD8)

T: *se ne vuole andare?* (RM1)

Nel corso del trattamento le sette modalità di rottura dirette da parte del paziente prima citate si restringono, e il paziente comunica prevalentemente un rifiuto per gli interventi del terapeuta o mostra irritazione per sue domande. Per fronteggiare a questi attacchi diretti, il terapeuta, contrariamente al caso precedente, è fin dalle prime sedute impegnato nella costruzione dell'alleanza con il paziente. Ciò trova riscontro nella elevata frequenza, nella prima fase del trattamento, di modalità di intervento che focalizzano l'attenzione sul qui ed ora (RM1) della relazione che di solito rappresentano il primo passo verso l'analisi dell'alleanza con il paziente.

In questo fraseggio, ad esempio, il paziente parla del “fastidio” provato rispetto ad alcune abitudini dei suoi familiari e il terapeuta cerca di costruire uno spazio di riflessione nella relazione terapeutica in atto:

T: *perché le dà fastidio?* (RM2)

P: *no, non lo so* (MI3)

T: *Cerchiamo di riflettere?* (RM1)

Il terapeuta cerca parallelamente di differenziare tra stati d'animo diversi del paziente (RM2), come in questo brano della seconda seduta in cui il paziente parla della madre e della sua ragazza che lo accompagnano in terapia, e il terapeuta riporta il focus della discussione sul tema della dipendenza dalle figure familiari:

T: *quindi questo è uno dei pochi momenti in cui sua madre può parlare con S.?* (RM7)

P: *sì. Non è che lo faccio apposta, assolutamente no* (MI1)

T: *che significa “apposta”?* (NS=0)

²² Nello specifico sono state siglate 7 diverse tipologie di *Marker di rottura diretti*: MD3: *Il paziente rifiuta energicamente un intervento del terapeuta e/o è irritato da domande del terapeuta*; MD4: *Il paziente lamenta la mancanza di progressi significativi in terapia*; MD5: *Il paziente manifesta dubbi circa la seduta in corso*; MD6: *Il paziente manifesta dubbi sulla prosecuzione della terapia*; MD7: *Il paziente esprime seri dubbi sulle sue possibilità di cambiamento*; MD8: *Il paziente mostra insofferenza nei confronti di costi, tempi, ecc. della terapia*; MD11: *Il paziente si lamenta delle modalità di intervento del terapeuta e/o richiede un tipo di terapia differente.*

P: cioè... magari che io organizzo di fare venire a mia madre per farle stare assieme, no assolutamente. Lei pensa di sì? (PC=0)

T: io penso che innanzitutto lei soffra (RM3)

P: Ma assai (PC=0)

T: Soffre, soffre anche del fatto che ha difficoltà a venire qua da solo. E mi chiedevo cosa appunto la spingesse a come dire fare chiedere alla sua ragazza di venire qua no? Perché prima diceva è per fare compagnia a sua madre allora mi chiedevo quando sua madre veniva da sola lei come si sentiva? Sapendo che c'era sua madre lì che l'aspettava? (RM2)

P: vabbè certo mi dava fastidio sapere che c'era mia madre là dentro (MI3)

T: perché? (RM2)

P: perché era sola, volevo capire magari... ma non lo so ma come fa lei a mettermi con le spalle al muro quando parliamo? Cioè proprio non lo so, sto male (...) (PC=1)

T: (00:00:07) in che senso la metto con le spalle al muro? (NI3)

P: come adesso! (00:00:05) Come i bambini! ...e perché? ...e perché? E che ne so il perché!? Ti posso dire quello che so, poi non lo so(00:00:05). Perché non so dare una spiegazione più dettagliata non ci riesco, non lo so (MI3)

Alta è anche la frequenza iniziale degli interventi in cui sostiene in modo empatico il paziente per facilitarlo nell'espressione di sentimenti negativi (RM6), come in questo stralcio dalla terza seduta in cui si parla del difficile rapporto con il padre:

T: è importante quello che lei dice, nel senso che è lei che ci sta male, lei sta male. Lei oggi sta portando sofferenza allo stato puro, allora di fronte a questa sofferenza, forse quello che si può fare è provare veramente ad ascoltarsi (RM6)

Osserviamo nell'ultima fase campionata un cambiamento di queste modalità relazionali. Infatti vi è, da parte del paziente, un aumento delle rotture dell'alleanza che si esprimono, da un lato, attraverso l'attacco alla competenza del terapeuta (MD2) e dall'altro, con la richiesta di una terapia differente (MD11).

Di fronte a questi attacchi del paziente, il terapeuta compie degli interventi che cercano di riformulare quanto detto dal paziente per lavorare sulle incongruenze (RM7), ed esplicitare e ridefinire gli scopi e le modalità della terapia (RM12). Parallelamente diminuisce però la percentuale di interventi di tipo supportivo da parte del terapeuta che erano stati molto frequenti nelle prime fasi (RM6). Quindi il terapeuta, pur essendo consapevole delle difficoltà presenti in terapia, rimane sbilanciato sul versante espressivo piuttosto che sostenere empaticamente il paziente.

Riportiamo questo stralcio in cui, a tentativi di comprensione psicodinamica del sintomo, insieme all'esplicitazione dei compiti della terapia, segue un intervento in cui il paziente attacca la competenza del terapeuta:

T: lei mi sta chiedendo se funziona bene...io penso che proverei veramente ad uscire fuori da questa cosa che non funziona bene per cui, prima, Paolo perfetto, figlio perfetto, grande adulto a figlio immaturo, figlio che non riesce a fare le cose, figlio pazzo. Possiamo andare a recuperare veramente quello che c'è stato prima e io proverei a fare una cosa, perché non provare ad avvicinarsi a questa mamma, provando a chiederle proprio che cosa è successo quando lei è nato, visto che comunque c'è anche questo rapporto con la sorella che avrà messo in moto tutta una serie di ricordi. Che cosa succede quando si nasce, come si vive questa nascita, come è cresciuto nei primissimi anni della sua vita? (RM12)

P: io ho bisogno di saperle queste cose? A me non interessa non è una cosa che mi va di saperlo! (MD2)

È probabile che, nell'ultima fase, le difficoltà del terapeuta a sintonizzarsi a livello empatico con il paziente e ad accogliere le sue richieste di contenimento sfocino in una sorta di "sfida" che nasce nella relazione. Mentre il paziente rifiuta le modalità di intervento del terapeuta e richiede un tipo di terapia differente (MD11), il

terapeuta ribadisce ed esplicita gli scopi e i compiti della terapia (RM12) diminuendo, al contempo, gli interventi supportivi (RM6).

Pur tralasciando in questa sede la questione più generale tra il sostenere il paziente o l'esplorare ed interpretare le sue modalità relazionali, riteniamo che, in questo caso, sia necessario prestare un'attenzione continua agli aspetti supportivi e di contenimento empatico nella cura di soggetti che presentano un Disturbo di personalità.

In questo esempio, tratto dall'ultima fase presa in considerazione, si nota come rispetto ad un disagio espresso dal paziente, il terapeuta resti sbilanciato sul versante esplorativo del qui ed ora, non utilizzando l'empatia per favorirlo nell'espressione di questi sentimenti negativi:

P: e quello che voglio dire io, quello che voglio dire io in parole povere... questo è uno di quei problemi che veramente a fine mese, il debito ti fa stare in ansia veramente, per non cadere in depressione. È veramente forte, dottoressa nemmeno può capire lei, non può capire. È così quando una persona le prova in prima persona... è un cosa (MD2)

T: no stiamo tentando di capire il perché lei non si sente compreso da me (RM1)

In alcuni casi, rispetto a modalità del paziente di manifestare disagio, il terapeuta sembra intellettualizzare troppo non concentrandosi, invece, sull'esperienza concreta del paziente, come in questo brano della stessa seduta:

P: allora lei vuole risolvere il mio problema, no? Dobbiamo risolvere il mio problema leggendo dalla prima pagina, mettiamo caso che è un libro, giusto? Facciamo un esempio perché lei vuole risolvere... se lei vede le ultime pagine di questo libro non ne capisce niente! Perfetto! Quindi lei tenta, sta tentando di aiutarmi a leggere questo libro dall'inizio, perfetto! Io invece no! Ho bisogno, ho bisogno di leggere questo libro al contrario, dalla fine all'inizio (MD11)

T: Ulisse ha fatto il suo viaggio partendo dalla prima pagina con ritorno ad Itaca, allora è più importante il viaggio che noi facciamo o il fatto di arrivare subito a destinazione? (N16)

In questi casi pare che il terapeuta perda di vista le difficoltà cognitive ed emotive del paziente ad accedere un livello astratto e metaforico di comunicazione. A tal proposito riportiamo questo fraseggio in cui il paziente quasi violentemente manifesta il suo malessere e il terapeuta pare non cogliere questa necessità di contenimento emotivo:

P: ho paura e ho provato di nuovo quella angoscia di quando stavo con C. (PC=2)

T: questa si chiama autonomia l'autonomia fa paura. Il rischio fa paura. Ulisse quando lasciò la sua terra per andare ad esplorare le altre terre aveva un sacco di paure. È normale. Dico e poi si chiede Ulisse mia moglie e la mia famiglia mi accoglieranno ugualmente se io torno da questo viaggio senza quello che io cerco? (N16)

P: mi sta scoppiando la testa una cosa scioccante (MD5)

Quindi nel caso B, anche se fin da subito il terapeuta lavori molto sulla costruzione dell'alleanza terapeutica, vi è un aumento, nell'ultima fase, delle modalità dirette ed esplicite di attacco all'alleanza. A nostro parere l'aumento della oppositività e dell'aggressività nel paziente, nell'ultimo periodo di trattamento, è riconducibile a:

a) variabili del paziente, come l'alta frequenza degli attacchi di panico, la caduta dell'idealizzazione paterna, la rabbia ad essa associata e la sopraggiunta crisi d'identità con le molte difficoltà a riconoscere di potere avere desideri, interessi propri e fare le scelte in autonomia.

b) variabili del terapeuta. Il terapeuta spesso ha frustrato eccessivamente il paziente, assumendosi poco la funzione di lo-ausiliario, ovvero aiutandolo nell'integrazione degli aspetti contraddittori di sé. Il terapeuta, nei primi sei mesi di trattamento, pur rimanendo particolarmente consapevole dei sentimenti negativi e di paura del paziente rispetto alla terapia ed esplorando ciò che accadeva nella

relazione nel qui ed ora, non sembra essersi sufficientemente sintonizzato emotivamente rispetto agli indicatori di rotture dell'alleanza, rimanendo sbilanciato su un polo espressivo.

Difatti la concomitante presenza di un Disturbo di personalità, rende più difficile il lavoro di elaborazione psicodinamica lungo il trattamento, anche per la presenza di un forte deficit metacognitivo valutato nel paziente attraverso la SVaM²³. Nonostante le difficoltà del paziente ad integrare aspetti contraddittori di sé e degli altri significativi e ad avere una rappresentazione stabile della mente dell'altro, spesso il terapeuta contribuisce in termini negativi all'alleanza insistendo eccessivamente su un argomento o rilanciando troppo sull'esplorazione della relazione tra variabili, non radicandosi nella storia del paziente, e lavorando precocemente su alcune parti difensive del paziente. Spesso, di fronte ad un evidente deficit di integrazione, il terapeuta attua un intervento che non contiene emotivamente il paziente.

Conclusioni

Anche se non è possibile compiere inferenze causali per i limiti del disegno di ricerca utilizzato, i nostri risultati sembrano mostrare che:

- Il trattamento psicodinamico con i pazienti DAP è efficace²⁴. Gli strumenti utilizzati hanno mostrato una notevole riduzione sintomatica in entrambi i pazienti nei sei mesi presi in considerazione.
- Alla riduzione sintomatica riscontrata non corrisponde un cambiamento nella struttura di personalità²⁵.
- L'alleanza del paziente presenta valori iniziali bassi e peggiora durante il trattamento.
- L'alleanza del terapeuta è positiva in entrambi i casi²⁶.

²³Attraverso la SVaM si è riscontrato, a differenza dell'altro caso preso in considerazione, un deficit della sottofunzione *Integrazione*. Ciò comporta delle difficoltà ad integrare rappresentazioni contraddittorie di sé e delle persone più significative che, come si può intuire, rappresentano un ostacolo in un trattamento psicoterapeutico di tipo psicodinamico. Inoltre è stato rilevato dai dati SVaM anche un deficit nella sottofunzione *Decentramento* che riguarda una difficoltà, da parte del soggetto, a descrivere lo stato mentale altrui fornendo ipotesi indipendenti dall'identità con il proprio funzionamento mentale e dal proprio coinvolgimento nella relazione.

²⁴ Per la paziente A si è passati da un punteggio di 109 a 66 per quanto riguarda l'OQ 45.2 (Lambert et al., 1996; Lo Coco, Prestano, Gullo, Di Stefano & Lambert, 2006) e da un GSI del valore di 1,30 a 0,90 nell'SCL 90-R (Derogatis, 1983, 1991). Per il paziente B si è passati da un GSI di 1.66 circa a 1.11 nell'SCL 90-R (cit.)

²⁵ Rispetto ai risultati ottenuti attraverso la SWAP-200 osserviamo che:

Nel caso A i punteggi Q-T della categoria Disforico-Depressivo ad Alto Funzionamento rimangono sostanzialmente invariati, e si mantengono oltre una deviazione standard sopra la media; da sottolineare anche un aumento dei valori relativi alla categoria Istrionico, che raggiunge un punteggio pari a una deviazione standard dalla media (60,4).

Nel caso B i punteggi P-D della categoria Dipendente rimangono sostanzialmente invariati, e si mantengono oltre una deviazione standard sopra la media; da sottolineare anche un aumento dei valori relativi alla categoria Istrionico, che raggiungono un punteggio vicino a una deviazione standard dalla media (passa da 56,79 a 59,64), e Borderline (che passa da 53,86 a 56,13).

²⁶ Dai dati IVAT-R emerge un indice medio di alleanza del terapeuta pari 0,02 nel caso A e 1,07 nel caso B.

Proveremo ora ad articolare alcuni spunti di riflessione sulla base dei risultati emersi. Come si è accennato, il trattamento psicodinamico si è dimostrato efficace nella riduzione degli attacchi di panico, sebbene a ciò non corrisponda una trasformazione profonda della struttura di personalità dei due pazienti. Sembra ragionevole ritenere che l'arco di tempo di sei mesi preso in considerazione in questo studio, non sia stato sufficiente per incidere ad un livello più profondo rispetto a quello sintomatico.

Se ci rivolgiamo all'analisi dell'alleanza, notiamo che le misurazioni ad intervalli di tempo discreti non riescono ad informare sulle dinamiche processuali avvenute nel corso della relazione terapeutica. In questa ricerca, infatti, la conoscenza dell'indice positivo dell'alleanza terapeutica allontana il ricercatore dalla comprensione dinamica del processo.

In accordo con alcuni attuali sviluppi di ricerca (Horvath, 2005; Lingiardi & De Bei, 2007), riteniamo che non sia possibile considerare l'alleanza come una componente statica ed unitaria del processo terapeutico ma che in realtà rappresenti il risultato dell'intreccio tra diverse componenti della relazione terapeutica.

Spostandosi ad un livello di indagine microprocessuale, l'alleanza terapeutica rappresenta un punto di vista strategico per seguire cosa accade nella relazione tra paziente e terapeuta. In un'ottica di ricerca l'utilizzo dell'IVAT-R, attraverso il modello delle fratture e riparazioni che sottolinea il carattere negoziativo e continuo dell'alleanza (Safran & Muran, 2000), ha consentito un monitoraggio continuo di ciò che avveniva nel corso del trattamento preso in esame.

Inoltre, nella comprensione di ciò che accade nella relazione, si dimostra altrettanto importante procedere ad lettura integrata dei risultati ottenuti dai diversi strumenti impiegati. Da questo punto di vista, il miglioramento sintomatico, seppur importante, ci dice poco su come va e cosa accade nella relazione nel corso della psicoterapia.

Fermandosi a questo livello di osservazione sarebbe stato difficile, infatti, comprendere il motivo per cui la paziente A interrompe la terapia, nonostante la scomparsa degli attacchi di panico. In realtà attraverso l'IVAT-R emerge come il terapeuta non sia stato in grado di cogliere i segnali di rottura dell'alleanza da parte della paziente, ma sia rimasto troppo sbilanciato sul versante espressivo di esplorazione del sintomo.

Nel caso del paziente B abbiamo visto come, sebbene il terapeuta lavori fin da subito per la costruzione dell'alleanza, e manifesta notevoli difficoltà nel contenere la sua ansia e rispondere in modo efficace alle sue richieste di rassicurazione.

Riteniamo che la presenza di un forte deficit metacognitivo nel paziente abbia reso difficile tale compito. La difficoltà nel comprendere e integrare gli stati mentali degli altri impediva la formazione di una rappresentazione stabile della mente dell'altro, ed esasperava il bisogno di continui consigli e rassicurazioni.

L'adozione di un disegno di ricerca di tipo osservazionale cerca di avvicinare il ricercatore alla complessità del mondo clinico, lasciando alcuni quesiti aperti. A tal proposito auspichiamo che ricerche future approfondiscano empiricamente il rapporto predittivo tra il tipo di interventi del terapeuta e la qualità dell'alleanza nel trattamento psicodinamico ricolto a pazienti DAP, con o senza comorbidità.

D'altra parte lo sforzo di individuare la direzionalità tra alcune variabili del paziente, come il quadro sintomatologico, le funzioni metacognitive o i meccanismi di difesa e variabili più legate al processo dinamico, come l'alleanza terapeutica, rischia di produrre inevitabilmente risultati contraddittori e giustapposti, come è stato dimostrato dall'ultimo ventennio di ricerche in questo ambito.

La letteratura attribuisce la contraddittorietà di questi risultati al tentativo di isolare le variabili dalla relazione, utilizzando diversi strumenti di indagine e mutuando metodologie statistiche nate all'interno di altri paradigmi di ricerca.

Ci sembra importante, tuttavia, sottolineare come una particolare direzione di ricerca, di tipo micro-processuale e multi-strumentale, possa aiutarci nel trovare un punto di incontro, per quanto non definitivo, tra le concezioni che vedono la psicoterapia come un atto autoreferenziale e "artistico" e quelle che considerano il trattamento psicoterapeutico l'applicazione rigida di una tecnica.

Bibliografia

Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2003). A Review of Therapist Characteristics and Techniques Positively Impacting the Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Addis, M.E., Hatgis, C., Cardemil, E., & Jacob, K. (2004). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder Versus Treatment as Usual in a Managed Care Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 625-633.

Addis, M.E., Hatgis, C., Cardemil, E., & Jacob, K. (2006). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder Versus Treatment as Usual in a Managed Care Setting: 2-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 373-383.

Albus, M., Scheibe, G., & Scherer, J. (1995). Panic disorder with or without concomitant depression 5 years after treatment: a prospective follow-up. *Journal of affective disorders*, 34, 109-115.

Allen Frances, M.D. & Ruth Ross, M.A. (2001). DSM-IV-TR Case Studies: A Clinical Guide to Differential Diagnosis. American Psychiatric Pub. (Trad. it. DSM-IV-TR Case Studies - Guida clinica alla diagnosi differenziale, Masson, Milano, 2004).

Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T.S., et al. (2003). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.

American Psychiatric Association (1980). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-III). Trad.it. Masson, Milano 1984.

American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text revision (DSM-IV-TR)*. Trad. it. Masson, Milano 2002.

Anderson, E., & Lambert, M. (1995). Short-Term Dynamically Oriented Psychotherapy: A Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.

Angst, J., & Vollrath, M. (1998). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 446-452.

Aron, L. (2004). *Menti che si incontrano*. Trad. it. Milano: Raffaele Cortina.

Ascher, B.H. (1978). Maternal anxiety in pregnancy and fetal hormones. *Journal of Obstetric and Gynecological Nursing*, 7, 3, 18-21.

Baldwin, D.S. (1998). Depression and panic: comorbidity. *European Psychiatry*, 13, 65-70.

- Barlow, D.H. & Cerny, J.A. (1988). *Psychological Treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., & Craske, M.G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3). Client workbook for anxiety and panic* (3th ed.). Graywind/Psychological Corporation: San Antonio.
- Barlow, D.H., & Lehman, C.L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Barron, J.W. (1998) (Eds). *Making diagnosis meaningful*. American Psychological Association: Washington (Trad. it. Dare un senso alla diagnosi. Raffaello Cortina, Milano, 2005).
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark., D.A. et al. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Blaya, C., Dornelles M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., et al. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 179-83.
- Bordin, E., S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Borgna, E. (2005). *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli.
- Boring, E.G. (1923). Intelligence as the tests test it. *New Republic*, 6, 35-37.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1995). Long-term out come in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Carli, R. (2006). Psicologia clinica: Professione e ricerca. *Rivista Di Psicologia Clinica*, 1, 48-60. From <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Carli.htm>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R, Paniccia, R.M., Bonavita V., Terenzi, V. & Giovagnoli F. (2009). Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica. *Rivista Di Psicologia Clinica*, 1, 36-49. From http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_09/Carli_Paniccia_Bonavita_Terenzi_Giovagnoli.htm
- Casey, L.M., Oei, T.P.S., & Newcombe, P.A. (2005). Looking Beyond the negative: A time period analysis of positive cognition, negative cognition and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15, 1-2, 55-68.
- Ceruti, M., & Lo Verso, G. (1998) (Eds). *Epistemologia e psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Chambless, D.L., Renneberg, B., Gracely, E.J., Goldstein, A.J., & Fydrich, T. (2000). Axis I and II comorbidity in agoraphobia: prediction of psychotherapy outcome in a clinical setting. *Psychotherapy Research*, 10 (3), 279-295.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cigoli, V, & Margola, D. (2006). Per una fondazione relazionale della psicologia clinica: Il caso dell'incontro con la coppia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 24-32.

- Clark, D.M., & Fairburn, C. (1997) (Eds), *Science and Practice of Cognitive Behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M., & Salkovskis, P.M. (1991). *Cognitive therapy with panic and hypochondrias*. New York: Pergamon.
- Clum, G.A. (1989). Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429-457.
- Clum, G.A., Clum, G.A., & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317–326
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2007). Valutare l'alleanza terapeutica attraverso trascritti di sedute: l'attendibilità della IVAT-R nello studio di quattro psicoterapie. *Ricerca in Psicoterapia*, 10 (1), 75-97.
- Coppo, P. (2003). *Tra psiche e cultura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cox, B.J., Cohen, E., Drenfeld, D.M. & Swinson, R.P., (1996), "Anxiety sensitivity and panic attack symptomatology". *Behavior Research and Therapy*, 33 (7), 833-936.
- Craske, M., Farchione, T., Allen, L., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rosea, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095–1109.
- Craske, M.G., Lang, A.J., Aikins, D., & Mystkowski, J. (2005). Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. *Behavior Therapy*, 36, 43–54.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A., (2006) (Eds). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Bei, F. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A., (2006) (Eds). *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Bei, F., Colli, A., & Lingiardi, V. (2007). Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 50-69.
- Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II. *Clinical Psychometric Research*. Towson, MD.
- Derogatis, L. R. (1993). Brief symptom inventory administration scoring and procedures manual (3th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F. (1998) (Eds). *Valutare le psicoterapie: La ricerca italiana*. Milano: FrancoAngeli.
- Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio: Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- DuPont, R.L. (1997). Panic disorder and addiction: The clinical issues of comorbidity. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (2A), 54–65.
- Elam, M., Yao, T., Thoren, P., & Svensson, T.H. (1981). Hypercapnia and hypoxia: Chemoreceptor-mediated control of locus coeruleus neurons and splanchnic, sympathetic nerves. *Brain Research*, 222, 281-287.
- Fasolo, F. (2002). *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Favarelli, C., Truglia, E., & Ricca, V. (2000). Epidemiologia, esordio e decorso del Disturbo da Attacchi di Panico. *Noos: Aggiornamenti in Psichiatria*, 6, 313-314.

- Foucault, M. (1961). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: Rizzoli.
- Foucault, M. (1978). *Microfisica del potere*. Torino: Einaudi.
- Francesetti, G. (2005). *Attacchi di panico e postmodernità: La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società*. Milano: FrancoAngeli.
- Freud, S. (1922). *L'io e l'Es*. OSF, vol. 9.
- Gabbard, G.O. (2002). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Gaddini, E. (1984). Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni (pp.644-662). In E. Gaddini. *Scritti 1953-1985*. Milano: Cortina, 2002.
- Gargano, M.T., Pavia, L., Giannone, F., Inzerillo, F., & Oliveri, A.M. (2007). Il principio della triangolazione delle valutazioni: Alleanza terapeutica ed Esiti nel trattamento del DAP: Uno studio single-case. *Book of abstracts. IX Congresso Nazionale AIP (Associazione Italiana di Psicologia), della Sezione di Psicologia Clinica e dinamica, Perugia, Settembre, 28-30*.
- Gargano, M.T., Giannone, F., Inzerillo, F., & Oliveri, A.M. (2008a). Therapeutic alliance, defence mechanisms and outcome in the treatment of a patient with panic disorder: An analysis of a treatment interruption. *Book of abstracts. 39th Convegno Internazionale SPR, Barcellona, Spagna, Giugno, 18-21*.
- Gargano, M.T., Giannone, F., Ferraro, A.M., Amato, L., & Salvatore, S. (2008b). Funzioni Metacognitive e Panico: Osservazione del trattamento ad orientamento psicodinamico di paziente DAP in comorbidità con Disturbo di Personalità Dipendente. *Book of abstracts. VII Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia: "La ricerca in psicoterapia in Italia: quale sviluppo", Modena, Settembre 25-28*.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.G., & Gagnon, R. (1998). Alliance technique, and their interactions in predicting outcome of behavioural, cognitive and brief dynamic therapy. *Psychoterapy Research*, 8, 190-209.
- Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2006). Valutazione multistrumentale di processo ed esito delle psicoterapie: Qualità degli interventi di paziente e terapeuta, modifiche nell'assetto delle difese e cambiamento della personalità. *Paper presented at the national meeting nazionale AIP, sezione di psicologia clinica, Rovereto, Italy, 15-17 September 2006*.
- Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2007). Per una ricerca empirica che abbia rilievo clinico: la conferenza di Drew Westen alla Sapienza (14 giugno 2006). *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 18-32.
- Ghezzani, N. (2008). *La logica dell'ansia: Empatia, ansia e attacchi di panico*. Milano: FrancoAngeli.
- Giannone, F., & Lo Verso, G. (1994). La teoria gruppoanalitica della personalità. In Lo Verso, G., *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Giorgi, A., & Lo Verso, G. (2008). Mente-corpo-relazione: l'unitarietà del vivente. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 285-299.
- Gould, R.A., & Otto, W.O., Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15 (8), 819-844.

- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalytic Q.*, 34, 155-181.
- Guaraldi G.P., & Gatti C., *Il disturbo da attacchi di panico*. Federazione Medica, XLII, 4, 1989, 221-225.
- Hedley L., Hoffart A., & Sexton H. (2001). The Change Process in a Cognitive-Behavioral Therapy: Testing a Cognitive, a Behavioral, and an Integrated Model of Panic Disorder With Agoraphobia. *Psychotherapy Research*, 11, 401-413.
- Heldt E., Blaya C., Kipper L., Salum G., Otto M., & Manfro G. (2007). Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: One-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (6), 540-543.
- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: The best synthesizer of social influence on the therapeutic situation? On links to other construct, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 9-23.
- Hicks, T.V., Gorman J.N., Barlow, D.H., & Shear, M. (2005). Physical, Mental, and Social Catastrophic Cognition as Prognostic Factor in Cognitive-Behavioral and Pharmacological Treatment for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 506-514.
- Hollander E., & Simeon D. (2008). Anxiety Disorder. In Hales, R.E., Yudofsky S.C., Gabbard G.O., & Schatzberg A.F., *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing – 2008.
- Hollon, S.D., Evans, M.D., & DeRubeis, R.J. (1990), Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In Ingram, R.E. *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment*. New York: Plenum Press.
- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38 (4), 365-372.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In Norcross, J. (Eds), *Psychotherapy Relations That Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Horvath A.O., & Symonds B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis". *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Imbasciati, A. (2005), *Psicoanalisi e cognitivismo: Una nuova teoria per la psicoanalisi*. Roma: Armando Editore.
- Infrasca R. (2000). *Il disturbo da attacchi di panico: Dalla comprensione alla psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Kandell, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 4.
- Kenardy, J.A., Dow, M., Johnston, D., Newman, M., Thomson, A., & Barr Taylor, C. (2003). A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: An international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 1068-1075.
- Kipper L., Blaya C., Teruchkin B., Heldt E., Isolani L., Mezzono K., et al. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (9), 619-24.

Kipper, L., Blaya, C., Wachleski, C., Dornelles, M., Salum, G., Heldt, E., et al. (2007). Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients. *European Psychiatry*, 22 (2), 87-91.

Klerman, G.L. (1990). Depression and panic anxiety: The effect of depressive co-morbidity on response to drug treatment of patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Psychiatric Research*, 24 (2), 27-41.

Klosko J.S., Barlow D.H, Tassinari R., & Cerny J.A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 77-84.

Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V.J., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G., et al. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 106-116.

Le Doux, J. (2002). *Il Sé Sinaptico: Come il nostro cervello ci fa diventare quello che siamo*. Milano: Cortina Editore.

Lesser, I.M., Rubin, R.T., Pecknold, J.C. et al. (1988). Secondary depression in panic disorder and agoraphobia, 1: frequency, severity, and response to treatment. *Archives of General Psychiatry*, 45, 430-43.

Lesser, I. M., Rubin, R. T., Rifkin, A., Swinson, R. P., Ballenger, J. C., Burrows, G. D., et al. (1989). Secondary depression in panic disorder and agoraphobia: II. Dimensions of depressive symptomatology and their response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 16, 49-58.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi, V., & De Bei, F. (2007). Una proposta di integrazione delle variabili relazionali nella ricerca empirica in psicoterapia. In S. Salvatore & G. Nicolò (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Materiali di studio e prospettive dal contesto italiano*. Roma: Carlo Amore.

Lingiardi, V., & Madeddu, F. (1994). *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica* (nuova ed). Milano: Raffaello Cortina.

Lo Coco, G., & Lo Verso, G. (2006). *La cura relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Lo Coco, G., Prestano, C., Gullo, S., Di Stefano, G., & Lambert, M. J. (2006). Un primo studio sulla validazione italiana dell'Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *Ricerca in psicoterapia*, 9, 1, 7-19.

Lo Verso, G. (1989). *Clinica della gruppoanalisi e psicologia*. Torino: Bollati Boringhieri.

Lo Verso, G. (1994), *Le relazioni soggettuali*. Torino: Boringhieri Editore.

Lo Verso, G., & Federico, T. (1994). Il rapporto mente-corpo in psicologia dinamica. In G. Lo Verso, *Le relazioni soggettuali* (pp. 61-72). Torino: Bollati Boringhieri.

Lo Verso, G., & Di Blasi, M. (in press). *La Gruppoanalisi Soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina.

Maina, G., Albert, U., Bergesio, C., La Saponara, V., & Bogetto, F. (2004). Disturbo di panico e condizioni mediche generali. *Rivista di psichiatria*, 39 (5), 349-355.

- Marchesi, C., De Panfilis, C., Cantoni, A., Fontò, S., Giannelli, M.R., & Maggini, C. (2006). Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: A 1-year naturalistic study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 1240-1245.
- Mavissakalian, M., & Hamann, M.S. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with Treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356–361.
- Mennin, D.S., & Heimberg, R.G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 339-357.
- Milrod, B., Leon, A., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 164, 2, 265-72.
- Milrod, B. Leon, Andrew, C., Barber, J., Markowitz, J., & Graf, E., (2007b). Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association practice guideline. *The Journal of clinical psychiatry*, 68, 6, 885-91.
- Mitchell, S. (2000). *Il modello relazionale: Dall'attaccamento all'intersoggettività*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Morin, E. (1984). *Scienza con coscienza*. Trad.it. Milano: . FrancoAngeli, 1987.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (1998) (Eds). *Treatments That Work*. New York: Oxford University Press.
- Nathan, T. (1993), *Principi di etnopsicoanalisi*. Trad.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Nathan, T. (2003), *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nathan, T., Blanchet, A., & Ionescu, S. (2000). *Psicoterapie*. Bologna: CLUEB.
- Norcross, J. (2002) (Eds). *Psychotherapy Relationship That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Nosedà, F., Gatta, S., Podio, C., Camarda, P., Cossa, M., Arduini, A., & Landra, S. (2001). Analisi del cambiamento mediante il metodo del CCRT in due single-casa con diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico trattati con psicoterapie psicodinamiche. *Ricerca in Psicoterapia*, 4, 194-207.
- Ozkan, M., & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 1, 20-26.
- Perna, G., Alpini, D., & Casarani, A. (2001). Panic disorder: the role of the balance system. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 279-285.
- Perry, J.C. (1990). Defense Mechanism Rating Scale (5th edition). Versione originale pubblicata in Appendice al volume Lingiardi, V., & Madeddu, F. (1994), *I meccanismi di difesa: Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Perry, J.C. (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *Journal of nervous and mental disease*, 189, 651–660.
- Pontalti, C. (1998a). Epistemologia familiare ai disturbi di personalità. *Terapia Familiare*, 52, 33-44.

- Pontalti, C. (1998b). I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico". In Ceruti, M., & Lo Verso, G., *Epistemologia e psicoterapia*, Milano: Raffaello Cortina.
- Pontalti, C. (2006). *Prospettiva multipersonale in Psicopatologia-Connessione o lacerazione dei contesti di vita*. Manoscritto inedito.
- Pontalti, C., & De Vecchis, L. (2006). Concepire il campo grupppale: Ovvero del sentirsi esistere in una psicoterapia analitica di gruppo. *Gruppi*, 2, 65-78
- Pontalti, C., & Menarini, R. (1986). La matrice familiare in gruppoanalisi. In Croce, E.B. (Ed), *Funzione analitica e formazione alla psicoterapia di gruppo*. Roma: Borla.
- Pozzetti, R. (2007), *Senza confini: Considerazioni psicoanalitiche sulle crisi di panico*. Milano: FrancoAngeli.
- Prasko, J., Houbová, P., Novák, T., Záleský, R., Espa-Cervená, K., Pasková, B., et al. (2005). Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder-comparison study. *Neuro Endocrinology Letters*, 26, 6, 667-74.
- Ramnero, J., & Ost, L. (2007). Panic avoidance in panic disorder with agoraphobia: Clinical relevance of change in different aspects of the disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 29-39.
- Reich, J.H. (1988). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149-1152.
- Redmond, D.E. (1979). New and old evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety (pp. 234-256). In Faun, W.E., Karacan, I., Pokorny, A.D., Williams, R.L, (Eds.), *Phenomenology and treatment of anxiety*. New York: S.P. Medical & Scientific Books.
- Rogers, C.R. (1951). *La terapia centrata sul cliente*. Trad. it. Firenze: Martinelli, 1970.
- Rosenbaum, J.F., Pollack, M.H., & Pollack, R.A. (1996). Clinical issues in the long-term treatment of panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 10, 44-48.
- Rosenbaum, J.F., Pollack, M.H., & Pollack, R.A. (1996). Clinical issues in the long-term treatment of panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 10, 44-48.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1997). *Psicoterapie e prove di efficacia*. Trad. it. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000), *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Trad. it. Bari: Laterza, 2003.
- Schneier F.R., Liebowitz M.R., Davies S.O., Fairbanks J., Hollander E., Campeas R., et al. (1990). Fluoxetine in panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 119-121.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., et al. (2003). The evaluation of meta cognitive functioning in psychotherapy: The metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238-261.
- Siegel, D.J. (1999). *La mente relazionale: Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Trad. it. Milano: Raffaele Cortina.
- Sterba, R. (1934). The of the ego in analytic therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 115, 117-126
- Stern, D.A. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Trad. it. Milano: Raffaele Cortina.

Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (1996). *La prospettiva intersoggettiva in psicoanalisi*. Roma: Borla.

Stuart, G.L., Treat, T.A., & Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: One-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 506-512.

Teusch, L., Bohme, H., & Gaspar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experimental approach on a panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy alone and in combination with behavioural exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 293-301.

Valsiner, J. (2001). Process structure of semiotic mediation in human development. *Human Development*, 44, 84-97.

Von Foerster, H. (1986), Prefazione a Ceruti, M., *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.

Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Wilborg, I.M., & Dahl, A.A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53 (8), 689-694.

Zuccardi Merli, U. (Ed) (2005). *Il soggetto alla deriva, Depressioni e attacchi di panico*. Milano: FrancoAngeli.

Il dolore nel parto: quale valutazione?

di Antonio Imbasciati*, Francesca Dabrassi**

La percezione del dolore

Si dice che “si percepisce” dolore, e comunemente si attribuisce tale percezione a un qualche stimolo esterno, detto appunto dolorifico. L'evento però non è semplice, come invece potrebbe essere per altre situazioni di percezione, per esempio visiva o auditiva. Come evento percettivo, il dolore dovrebbe poter essere inquadrato nei dati che la ricerca psicologica sperimentale da tempo ci ha dato a conoscere, nello studio di quell'evento mentale elementare e primario chiamato percezione. La percettologia, tuttavia, se ha dato i risultati chiari e ormai concordi per gli innumerevoli studi sulla percezione visiva, su quella auditiva e, in minor misura, su quella vestibolare e quella tattile-pressorio-proprio-cettiva, su altre sensorialità ha lasciato, per ora, interrogativi: per esempio si quella olfattiva e su quella gustativa. Ancor più su quella dolorifica.

Questa, in quanto segnale biologico di pericolo, desta allarme, anche se solo prevista, e pertanto innesca un lavoro cerebrale di portata globale, cosicché oltre che parlare di percezione in senso stretto, occorre considerare quanto possiamo chiamare “valutazione cognitiva”, sia quando una nocicezione sia in atto, sia quando sia prevista, o anche solo temuta. Tutto ciò significa coinvolgimento del cervello pressoché in toto, cosicché difficile è individuare una percezione “pura” quando si tratti di un'afferenza di stimoli nocicettivi.

Sappiamo inoltre come un'elaborazione cerebrale possa dare origine ad una percezione dolorosa somatica, anche localizzata, in assenza di qualunque stimolo, come per esempio nelle manifestazioni ipocondriache. Un risultato similpercettivo si ha dunque anche quando ci sono soltanto processi immaginativi, o anche processi comunque di tipo emotivo senza che vi sia coscienza di essi. L'ipocondriaco sente davvero dolore: e soltanto dolore e non consapevolezza di altri suoi processi mentali. Si potrebbe pertanto rianimare, per il dolore, la diatriba che negli anni '60 contrappose percettologi innatisti (gestaltisti) a percettologi empiristi (transazionalisti) circa la possibilità di separare una percezione “pura” da “processi associativi” dovuti all'esperienza (Musatti, 1958; Kanizsa, 1961). Si può dunque affermare che non è possibile isolare una percezione dolorosa da altri concomitanti e convergenti processi di pensiero che la determinano. In realtà per qualunque percezione, anche per quelle più classicamente studiate, seppur in misura minore rispetto a quella del dolore, non è possibile isolare una “percezione pura” da altri processi associati, o “associativi”, cioè da altri processi mentali (Imbasciati, 1986). La stessa percezione è un processo mentale a pieno titolo (Ancona, 1970), recante comunque un significato che riflette l'esperienza. La percezione “pura” è un artefatto di laboratorio (Musatti, 1964).

Se dunque tali indissolubilità tra pensiero e percezione è considerata anche per percezioni, per esempio quelle visive, che appaiono dipendere solo dalla fisicità di quanto percepito e dalla struttura biologica dell'apparato recettore, cioè secondo un semplice schema stimolo-risposta, a maggior ragione tutto ciò dobbiamo considerarlo

* Professore ordinario di Psicologia clinica e direttore dell'Istituto di psicologia della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia; membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. www.imbasciati.it.

** Dottore di Ricerca in Psicologia Clinica Cattedra di Psicologia Clinica Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Brescia

per il dolore. Anche nel senso comune è noto come il dolore sia percepito più o meno intensamente a seconda della soggettività di un individuo. Il coinvolgimento delle strutture elaborative centrali sulle afferenze rende il risultato percettivo, quale compare nella coscienza, soggetto a innumerevoli fattori psichici globali, strutturali, relativi all'insieme degli stimoli, circostanziali. Per le percezioni relative ai telerecettori classici (vista, udito) lo scarto tra previsione percettiva in base alla configurazione di stimoli e risultato percettivo nella coscienza del soggetto è minimo. Per altre percezioni sensoriali questo scarto aumenta, come per esempio nell'olfatto: massimamente dobbiamo dunque considerare questo scarto per la percezione dolorifica. Ciò è appunto in relazione alla progressivamente maggiore elaborazione centrale (dunque psichica) sulle afferenze. Ne consegue un'enorme difficoltà a misurare il dolore con un grado di attendibilità pari o simile a quello che si può avere per altri eventi mentali.

Il dolore e la sua misura

Il dolore è dunque evento percettivo ma con una pregnanza psichica globale di gran lunga maggiore rispetto ad altri eventi percettivi. Evento mentale a pieno titolo, dunque. La misura del dolore deve pertanto essere tarata sulla soggettività del soggetto: è dunque misura che compete squisitamente alla psicologia e di tutt'altro che facile rilievo. Una più diretta misura neurologica, sulle elaborazioni centrali, è d'altra parte per ora problematica. Per una misura psicologica occorrerebbe poter individuare e isolare i vari eventi psichici che costituiscono l'elaborazione centrale dell'afferenza e quantificare la loro influenza. La prospettiva è particolarmente complessa: non solo perché è tutt'altro che facile individuare i singoli processi psichici, e poi misurarli - processi come abbiamo visto della più ampia portata mnestico-strutturale -, ma anche perché ciò che verrebbe rilevato deve essere tarato sulla capacità di coscienza del singolo in quel momento, nonché su quanto il soggetto è in grado di comunicare questo suo risultato cosciente con un linguaggio, verbale o altro linguaggio. Sappiamo quanto i risultati di tali ultimi processi comunicativi possano essere diversi da ciò che veramente accade nella mente del soggetto e nel suo lavoro neurale. Sappiamo quanto il risultato cosciente sia un epifenomeno di un lavoro neurologico molto esteso, e pertanto sappiamo quanto debole, labile e variabile sia il collegamento tra ciò che appare alla coscienza e quanto avviene inconsapevolmente nel soggetto; sappiamo quanto il cervello destro moduli il sinistro (Schore, 2003a, b), dal cui lavoro compare qualche volta la coscienza, nonché quanto e come l'emisfero destro si sia strutturato per esperienze, più che per la genetica, e come tale strutturazione sia tutt'altro che statica. Da questi per ora ancor scarni dati neurologici discendono ancor più approssimate inferenze psicologiche: è l'emotività che modula la percezione, quella del dolore verosimilmente più di altre. Ma tale conclusione non ci illumina più di tanto: emotività è un'etichetta omnicomprensiva di una gran quantità di eventi neuro-mentali.

Si dice che il dolore sia fisiologico: la genetica ha predisposto vie nervose specifiche (fasci spinali, dispositivo del "cancello") e apparati periferici di ricezione altrettanto specifici (corpuscoli del Pacini, fibre libere). La nocicezione ha lo scopo di evitare i pericoli per la sopravvivenza. Ma quanto a tale "fisiologicità" si interseca la modulazione centrale operata dal singolo individuo in quel momento?

Difficile è dunque misurare il dolore: gli strumenti finora costruiti si basano esclusivamente su quanto il soggetto esprime, su ciò che sente coscientemente, e dipendono dalle sue capacità di comunicare ciò che sente, o che gli sembra di sentire. Per lo più ci si basa sulla sua verbalizzazione. Così abbiamo scale di misurazione che si basano soprattutto su autovalutazioni, spesso verbali, del soggetto.

Prima di parlare però di misura del dolore dobbiamo distinguere tra cosa intendiamo per “misura” (*measure*) e cosa per “valutazione” (*assessment*): con la prima ci riferiamo all’applicazione di un determinato strumento metrico ad una specifica componente del dolore, di solito la sua percezione di intensità; la seconda implica invece un approccio multidimensionale del dolore e considera tutte le diverse componenti e le diverse interazioni relative all’esperienza dolorosa (De Benedittis et al., 1993). Come si può capire, è impossibile quantizzare con precisione questi fenomeni eminentemente soggettivi, così come non si può fare affidamento sull’esclusiva descrizione verbale del soggetto, ma sarà necessario tenere conto della multidimensionalità dell’esperienza. Nella scelta dello strumento di misurazione bisogna pertanto essere consapevoli che gli aspetti indagati sono già di partenza parziali e aleatori. Come dunque si può procedere? E qual è la prassi attuale?

Le scale per la valutazione del dolore più utilizzate, soggettive e di applicazione singola, comprendono: scale numeriche, scale verbali, scale analogiche, visive e cromatiche, e infine quelle basate sulle espressioni facciali, utilizzate soprattutto nei bambini.

Le scale di rating verbali propongono descrizioni graduate dell’intensità del dolore, in cui il soggetto deve associare i propri dolori alla descrizione che meglio li caratterizza. Tra queste ricordiamo la scala di rating verbale di Gracely (Gracely et al., 1978) e quella di Tursky (1976) che hanno come scopo quello di valutare anche le componenti affettive del dolore; poi c’è la scala verbale a 4 punti VRS-4 di Downie et al. (1978), quella a 5 VRS-5 di Melzack (1975) e, infine, la scala di rating comportamentale a 6 punti BRS-6 di Budzynski et al. (1973) che valutano l’intensità soggettiva del dolore. Quest’ultima scala si basa su una codifica del dolore in base ai suoi effetti sul comportamento e le attività quotidiane del paziente. Nelle scale di rating verbale, il soggetto paragona l’intensità del dolore ai descrittori forniti scegliendo quello che sente caratterizzare maggiormente la sua patologia. La traduzione dei risultati in numeri può avvenire seguendo due metodi. Secondo il metodo del ranking si assegna lo 0 all’intensità del dolore più bassa, l’1 all’intensità maggiore più vicina e così via fino all’intensità più forte. Così facendo si parte dal presupposto che gli intervalli d’intensità tra due descrittori vicini siano costanti, sebbene sia possibile che il dolore di livello 3 sia percepito dieci volte più forte di quello di livello 2, mentre un dolore di livello 4 solo due volte più intensamente di quello di livello 3. Per questo motivo il metodo del ranking è considerato una scala ordinale, che non fornisce nessuna rappresentazione di “intervallo” circa la percezione dell’intensità del dolore (Jensen et al., 1989). Per risolvere questo problema sono state sviluppate le cosiddette tecniche di Cross-Modality, nelle quali si tiene conto di differenti intervalli tra due descrittori vicini per la traduzione in numeri. In questo modo si dovrebbe avere una sensibilità lievemente maggiore a costo di un impegno però superiore. Jensen e collaboratori (1989) danno la preferenza alle scale di rating verbale con un numero di descrittori inferiore a 5, rispetto a quelle composte da più di 5 descrittori, in quanto quest’ultime non risulterebbero comunque avere una validità maggiore.

Le scale analogiche, o lineari, sono la rappresentazione visiva dell’ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. Queste scale possono assumere diverse forme, sia come scala del dolore che come scala del sollievo del dolore. Tra questo tipo di scale abbiamo quella a 11 punti (BS-11 - Downie et al., 1978), la scala di rating numerica a 101 punti (NRS-101 - Downie et al., 1978) e la scala analogica visiva (VAS - Downie et al., 1978). Quest’ultima scala presenta lo svantaggio di richiedere al soggetto una presentazione scritta suscettibile di errori e all’esaminatore di misurare la lunghezza dei tratti segnati per ottenere una valutazione.

Infine, con i bambini spesso si usa la scala delle espressioni facciali (FPS-R – Bieri et al., 1990), che consiste generalmente in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali che rappresentano le variazioni di gravità del dolore; il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa.

Per una misurazione più attendibile dell'intensità del dolore si ricorre, oltre che agli strumenti precedentemente elencati, ad una contemporanea registrazione di informazioni relative alla durata, alla localizzazione, alla causa e agli effetti del dolore su alcuni aspetti della vita, e a dati relativi all'eventuale terapia seguita in precedenza. Lo scopo è quello di ottenere il più possibile una taratura delle valutazioni che possono essere estratte da ogni singola procedura.

Tra gli strumenti più usati nella clinica, noti sono il Questionario di valutazione del dolore di McGill (MPQ – Melzack, 1975) e la sua versione breve (Melzack, 1987). La versione standard di tale accertamento del dolore (MPQ – Melzack, 1975) comprende quattro parti. La prima serve alla localizzazione del dolore segnata sul disegno di una figura umana e alla distinzione in dolore "interno" e dolore "esterno". La seconda parte è relativa alla valutazione qualitativa del dolore attraverso l'utilizzo di descrittori suddivisi in 20 classi di differenti intensità di vari tipi di dolore. Al paziente viene chiesto di scegliere tra le categorie a lui più idonee l'aggettivo che caratterizza meglio il suo dolore. Le 20 sottoclassi possono essere ricondotte a tre classi principali che descrivono differenti qualità del dolore: qualità sensoriali, qualità affettive e qualità di valutazione. I risultati "grezzi" ottenuti possono essere trasformati secondo varie modalità in dati utilizzabili statisticamente. La terza parte del questionario si occupa della caratterizzazione del decorso dei dolori. Infine, la quarta parte valuta l'intensità attuale del dolore su una scala da 1 (equivalente a lieve) a 5 (equivalente ad atroce).

La versione breve del questionario del dolore di McGill (Melzack, 1987) contiene una scala analogica visiva (VAS) e una scala per la registrazione dell'intensità del dolore attuale (Present Pain Intensity, PPI), entrambe utili per valutare l'intensità del dolore: è composta da una scala con 15 oggetti per la valutazione della qualità sensoriale e affettiva. Lo strumento sembra aver mostrato una sufficiente validità e attendibilità e, rispetto alla versione originale, comporta molto meno tempo, anche se le informazioni sono meno dettagliate. Un limite comunque strutturale, sia nella versione originale che in quella breve, è rappresentato dallo sbilanciamento interno del questionario che tende a privilegiare una dimensione che si suppone essere sensoriale, l'esperienza dolorosa, a sfavore di componenti affettive e valutative (Chapman et al., 1985). Una versione italiana di questo strumento è stata messa a punto da Maiani e Sanavio (1985), con il limite che porta sempre una traduzione: differenze e peculiarità idiomatiche e semantiche rendono la traduzione letterale dei vocaboli inglesi in altre lingue troppo semplicistica, e quindi inaffidabile e fuorviante.

Critiche in questo senso hanno favorito lo sviluppo di un questionario semantico del dolore in lingua italiana, il Questionario Italiano del Dolore (QUID – De Benedittis et al., 1993). Il QUID è composto da una scala di intensità del "dolore presente" (PPI) in 5 punti (lieve, moderato, forte, fortissimo, atroce) e da una scala intervallare semantica costituita da 42 descrittori del dolore, suddivisi in tre classi principali (sensoriale, affettiva, valutativa e mista) e 16 sottoclassi. L'intensità dolorosa veicolata dai singoli descrittori è stata valutata col VAS (Visual Analogue Scale), un metodo che adopera una scala graduata, lunga 10 cm, ai cui estremi si ha "assenza di dolore" da una parte e "il massimo dolore possibile ed immaginabile" dall'altra. Fra questi due estremi il paziente deve localizzare con un segno l'intensità del suo dolore. Si ottiene il vantaggio di un maggior grado di precisione metrica rispetto al sistema basato solo sull'ordine di rango. Attraverso questo strumento si ritiene possibile avere "costellazioni semantiche", che descrivono in modo peculiare le differenti sindromi (De

Benedittis et al., 1990). Ad esempio, nell'ambito del dolore acuto, il dolore da parto si caratterizza come "penetrante, costrittivo, vivo, mal definibile, che mette agitazione e fa lamentare, con carattere di acuzie" (De Benedittis, 1993).

Come si evince dalla sommaria rassegna presentata, una misura (o valutazione) del dolore è, oltre che complessa, di gran lunga impegnativa e delicata quanto a somministrazione di strumenti. Non può pertanto essere applicata, a nostro avviso, da medici e/o infermieri, ma richiede una preparazione specialistica. In psicomетria note sono le variabili che si inframmezzano quando la somministrazione di un qualunque test viene effettuata da un testista non all'uopo preparato. A maggior ragione quando il grado di validità e attendibilità degli strumenti, essendo debole, impone, come nel dolore, l'impiego di più strumenti e una valutazione complessiva da parte dell'operatore. In questa intervengono massicciamente le competenze dell'operatore nello specifico campo.

La complessità e la difficoltà relativa alla misurazione del dolore emergono chiaramente anche dai requisiti che l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) elenca come "core curriculum"¹ per la formazione di quei professionisti sanitari che più sono coinvolti nella clinica con i problemi posti dal dolore. I criteri dell'AISD riprendono quelli americani (Charlton, 2005). I requisiti ritenuti indispensabili indicano un'adeguata conoscenza delle caratteristiche di soggettività e multidimensionalità del dolore (Clark et al., 2002; Kumar et al., 2002) e dei conseguenti concetti di introspezione e misurazione dell'esperienza soggettiva attraverso strumenti che per loro stessa natura non sono la misura esatta del dolore (Nakamura & Chapman, 2002). A questo proposito, forse ancor più che in altri settori, si sottolinea l'importanza di valutare la validità e l'affidabilità degli strumenti di misurazione: per il dolore si richiede un'affidabilità maggiore di .90, quando di solito per la misurazione di altri indici psicologici è considerato uno strumento accurato e sensibile se supera almeno un valore di .75. Inoltre, si raccomanda di tenere in considerazione il fatto che il problema della misurazione del dolore diventa ancor più complicato con popolazioni particolari di pazienti, quali i neonati, i bambini, gli adulti affetti da demenza o che sono stati colpiti da ictus o con malattie mentali: in questi casi l'indicazione è di non utilizzare i questionari unidimensionali o multidimensionali sopracitati ma strumenti di valutazione di tipo osservativo (Craig et al., 2001; Keefe & Williams, 2001) e, quindi, di avere competenze relative anche alla rilevazione del comportamento dovuto al dolore (Hajistavropoulos & Craig, 2002).

I requisiti richiesti come *core curriculum* per diventare "esperti" nella valutazione del dolore, e l'insistere su una formazione specifica di questi esperti, fanno emergere chiaramente, seppur indirettamente, i concetti di soggettività e multidimensionalità del dolore, di introspezione di capacità di coscienza, capacità di comunicazione e quant'altro sia implicato in una misura squisitamente soggettiva: concetti che per loro stessa natura appartengono all'ambito delle scienze psicologiche. Eppure non emerge da nessuna di queste linee guida una specifica formazione psicologico-clinica. Nonostante le ricerche abbiano sottolineato come la comprensione della soggettività del paziente, e quindi del dolore che prova, sia mediata dalla comprensione della propria soggettività, dall'operatore che va a valutare e, nel caso, intervenire sul dolore, in nessun luogo si parla di acquisizione di competenze relazionali interpersonali (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008).

Il dolore nel parto

¹ Per *core curriculum* si intende quello che è considerato il curriculum "minimo" o "essenziale", cioè il "sapere minimo necessario" per essere certificati come "conoscitori" di quella materia.

Se parlare di misurazione del dolore non è per niente semplice, proprio per la multidimensionalità degli aspetti soggettivi, la questione si presenta ancor più complessa se si parla di dolore nel parto, dove interviene una complessità psichica che concerne l'intera struttura psiconeurale della donna.

Quanto sopra sommariamente elencato per la misura del dolore costituisce un'acquisizione indispensabile per poter affrontare il problema oggi tanto dibattuto, spesso rozzamente, sulle funzioni del dolore nel parto e sull'opportunità di interventi analgesici di varia modalità e incidenza. Date le premesse di cui sopra, la dizione spesso usata di "dolore da parto" risulta erranea: non è infatti l'evento "parto" in sé che provoca un determinato dolore, quanto invece un evento estremamente complesso e ad enorme variabilità interindividuale che produce una percezione-valutazione altrettanto complessa e variabile. È dunque più corretto dire "dolore nel" parto o "per il" parto, piuttosto che "da parto": siffatta ultima dizione correlerebbe arbitrariamente l'evento esterno, cioè lo stimolo e le relative afferenze, con il risultato percettivo. Con ciò la fisiologicità di questo dolore non viene affatto diminuita: come tutte le nocicezioni, questo dolore avverte di possibili pericoli, per la donna e il suo bambino, affinché la donna prenda tutte le precauzioni a lei accessibili.

D'altra parte, la letteratura ha evidenziato come tale dolore, a parte la modalità con cui è percepito è vissuto, attivi processi neuroormonali che facilitano l'espulsione del feto. Il dolore, pertanto, non solo avrebbe funzione di allarme, ma esso stesso si configurerebbe come utile. Ma la pratica clinica mostra che in molti casi il dolore è causa di complicanze ostetriche e fetali. Si dispiegano allora una serie di interrogativi, l'un l'altro concatenati:

- Come si misura il dolore? Esistono misure obiettive, o comunque attendibili per la clinica?
- In che misura è possibile individuare eventi neuropsichici neurali e/o eventi psichici (in modo sufficientemente definito e univoco) che lo modulano?
- È possibile, e in che misura, individuare alcuni dei suddetti eventi che giuochino in maniera rilevante nel parto?
- Quando e come è possibile una valutazione che il dolore complichino invece che facilitare la fisiologia del parto?
- Si può rilevare cosa avviene neurofisiologicamente nei vari casi se in sede clinica un dolore viene valutato "troppo"?
- È possibile, e in che misura, individuare con strumenti delle scienze psicologiche processi psichici corrispondenti ai processi di cui a 2) e 3)?
- È possibile correlarli al punto 1)?
- È possibile correlarli l'un l'altro e con eventi neurologici?
- Quando è opportuno intervenire sul dolore? Quali sistemi di analgesia possono di volta in volta esser valutati come i più appropriati rispetto ai punti di cui sopra?
- Esistono, e quali sono, gli effetti sul neonato del dolore "fisiologico" quando viene sopportato dalla donna senza alcuna analgesia?
- Come variano questi effetti in relazione ai differenti interventi di analgesia?
- Quali i vantaggi e gli svantaggi dei vari tipi di analgesia sia nella donna sia sul piccolo, sia soprattutto per le loro successive relazioni? Tenuto conto che la qualità delle interazioni che costituiscono la relazione modula psicosomaticamente lo sviluppo del bimbo e la salute stessa della donna.

La scala di crescenti interrogativi come quelli da noi elencati, traccia un percorso che la ricerca attuale deve ancora in gran parte percorrere. Ben si comprende il panorama enorme, spesso contraddittorio, della letteratura sul parto: un mare di letteratura, non solo di tipo ostetrico-ginecologico, o infermieristico, o farmacologico, ma anche in

relazione all'altrettanto mare di letteratura neurofisiologica sul dolore in generale, nonché a quella non meno vasta, ancorché meno nota in ambito sanitario, condotta in quest'area dalle scienze psicologiche, antropologiche, pedagogiche.

Una risposta corrente ai suddetti quesiti, globale ma a nostro avviso semplicistica, concerne la considerazione che molte donne temono il parto e il dolore: temono di non sopportarlo, o non lo sopportano, o realmente si prevede che non lo sopporterebbero. Questi stati soggettivi possono complicare il parto, con conseguenze per entrambi i protagonisti: di qui l'opportunità di intervenire. Sulla valutazione dell'opportunità e della scelta del sistema analgesico, la letteratura non è semplice, né concorde, oltre che essere variegata e differenziata rispetto ai diversi sistemi di analgesia e spesso influenzata da ideologie, o da una totale delega alla scelta della donna.

Non poche ricerche hanno rilevato una maggiore incidenza della depressione o di stati depressivi post partum nelle donne con analgesia (Mimoun & Maggioni, 2003; Hiltunen et al., 2004) e rischi di deficit di sviluppo nel neonato (Sepkowski et al., 1992). Altre rilevano difficoltà di allattamento, sia da parte della donna, sia da parte del neonato. Sappiamo che lo stimolo della suzione del capezzolo da parte del neonato produce complessi e benefici effetti neuro-ormonali nella donna, che si riversano sul bimbo (Uvnäs-Moberg, 1996; Riordan et al., 2000). In particolare si stanno indagando gli effetti dell'epidurale: da alcuni autori è stato riscontrato un ritardo evolutivo nel neonato (Murray et al., 1981; Sepkowski et al., 1992). Ciò ha fatto pensare che il dolore possa costituire un fattore che promuove nella madre l'accudimento del piccolo e di qui i suoi ormai noti effetti psichici e psicosomatici (Hofer, 1983a, b, 1984). L'accudimento dipende dalle capacità interattive della madre che possono essere depresse dall'epidurale. Discutibile però è che tale correlazione sia diretta, piuttosto che ipotizzare che l'epidurale favorisca la misura fisiologica della normale depressione postpartum, e che questa deprima la qualità dell'accudimento; o ancora che tutto ciò dipenda da uno stato depressivo non rilevabile, intrinseco alla donna e antecedente, che avrebbe determinato la scelta stessa dell'epidurale da parte della donna. Non poche comunque sono le ricerche che convergono nel dimostrare che gran parte dei sistemi di intervento a effetto analgesico corrispondano a diminuite capacità della donna di promuovere, con le sue interazioni, lo sviluppo del neonato. Vi sono ricerche, però, lo negano: il problema sta a nostro avviso in che cosa e come si "misura", secondo gli interrogativi di cui sopra.

Il dibattito sull'epidurale trova precedenti e continuazione in quello sul cesareo. Da più parti si deplora l'abuso di cesarei che si fa in Italia, ricordando che non poche ricerche mostrano come questo evento diminuisca le propensioni materne all'accudimento. Gli studi sugli animali mostrano con evidenza questa conseguenza: le ratte che hanno partorito con cesareo abbandonano i piccoli, o li uccidono. Similmente accade con altri animali. Altre forme di analgesia, come l'epidurale, diminuiscono i comportamenti materni delle femmine. Questo è stato posto in relazione con increzioni ormonali promosse dal dolore. Nell'uomo i rilievi sono molto più complicati e pertanto le conclusioni cui si giunge sono spesso contraddittorie. Tutta una corrente di ricerche (ma anche di opinioni ideologizzate) ha fatto e fa capo in Italia al movimento inaugurato negli anni '80 da Ferruccio Miraglia, continuato nella politica promozionale di un parto demedicalizzato, quindi del tutto naturale, portato avanti dalla S.I.P.P.O. (Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica) e dalla rivista *Nascere* (Miraglia, 1987, 1990; Farinet, 1999; Battagliarin, 1999; Boncinelli, 1999; Regalia & Bestetti, 2006). Altre ricerche invece affermano che nella specie umana l'analgesia non comporta nessun danno, mentre diminuirebbe i rischi per le donne.

Tali discordanze trovano a mio avviso una ragion d'essere nell'uso degli strumenti per i relativi rilievi sperimentali. Le dimensioni psichiche sono sempre difficili da

individuare e valutare, e spesso passano inosservate, soprattutto quando lo sperimentatore non è sufficientemente competente nelle scienze psicologiche e fa un uso improprio degli strumenti. Di qui una certa letteratura ostetrico-ginecologica. Certamente qualunque fattore di tipo psichico o sociale o anche ambientale può influire sulla paura del parto e di conseguenza sul dolore: ma quando? E quanto? E perché? Le ricerche sul problema della valutazione del dolore da parto (Walderström et al., 1996) sono tutt'altro che semplici e congruenti.

Qualunque dolore viene modulato in sede centrale e soprattutto corticale: le medesime afferenze possono essere differentemente elaborate a seconda di come funziona *in quel momento* tutta la corteccia. Il dolore, nella sua qualità e intensità, è stato definito come un'interpretazione delle afferenze da parte del cervello. Tiengo (2000) a questo proposito, riprendendo la fiaba "Alice al di là dello specchio" di Carroll, propone la "metafora dello specchio" per descrivere l'interazione corpo-mente: al di qua dello specchio sta il corpo e il cervello, cioè un mondo comprensibile e descrivibile in termini fisici, dall'altra parte dello specchio sta la mente, un mondo descrivibile in modo più astratto, composta da eventi (emozioni, sentimenti, ricordi, immaginazioni, ecc.) difficilmente definibili e descrivibili, tra cui la percezione del dolore. Nella metafora di Tiengo (2000) la nocicezione è Alice prima di attraversare lo specchio e il dolore percepito è l'immagine che si riflette nello specchio, che avrà dimensioni minori o maggiori a seconda del senso (i fattori cognitivi) e del raggio di curvatura (i fattori emotivi) dello specchio.

Qualunque stato psichico può esaltare o diminuire il dolore, così come ogni altro evento, psichico interno, o anche esterno, può essere immesso ed elaborato in questa "interpretazione neurologica" del dolore. Per esempio l'ipnosi può avere effetto analgesico. Analogamente nelle situazioni di pericolo il dolore è attutito o soppresso, per poi essere percepito postumo. Apprensione, paure preventive e altri stati emotivi esaltano il dolore. Sembra che donne con grande apprensione per il dolore del parto percepiscano alti livelli di dolore: è d'altra parte difficile distinguere una percezione del dolore in senso proprio dalla capacità maggiore o minore di sopportarlo e pertanto di denunciarlo. Le donne con struttura psichica "disturbata" sono soggette a percepire e lamentare un maggior dolore (Goldstein-Ferber & Feldmann, 2005). D'altra parte sarebbe arbitrario (e spesso lo è) che un operatore imputasse la denuncia del dolore a una qualche fragilità psichica della donna. Peraltro sembra più accertabile e accertato che gli stati psichici che esaltano l'apprensione per il parto e il dolore che ne consegue, per esempio le paure, diminuiscono poi la capacità materna di interagire col bimbo e quindi di favorire il suo sviluppo (Goldstein-Ferber & Feldmann, 2005). Le ricerche sulla "natura" del dolore da parto (Lowe, 2002) non sono unanimi. D'altra parte i rilievi effettuati dalle varie ricerche su eventi psichici di volta in volta denominati "paure", "apprensioni", "affetti", "emozioni"; così come "coraggio", "sicurezza", "tranquillità", "appoggio del partner e dell'entourage sociale", comportano termini spesso tratti dal senso comune, che necessiterebbero di essere già precisamente e specificatamente delimitati e definiti dalle scienze psicologiche. Cosa non facile. Di qui, anche, le eventuali contraddizioni di risultati in ricerche che avrebbero dovuto essere comparabili.

Genericamente si può affermare che quasi tutti gli studi sono concordi nel rilevare che la paura del dolore e la conseguente percezione vengono condizionate, in senso positivo o negativo, da fattori psichici e sociali: così la soddisfazione di avere un bimbo, la partecipazione alle decisioni degli operatori, la convinzione di poter controllare il dolore (Mc Crea & Wright, 1999), la qualità del supporto degli operatori come caregiver (Hodnett, 2002), la qualità della relazione col partner, la sua presenza, nonché il supporto familiare e sociale, o l'ambiente più o meno accogliente, oltre che fattori di età, o etnici, culturali, socio-economici. Si tende in genere a dare molto rilievo

alla competenza emotiva degli operatori quali caregiver per la donna: le loro capacità in proposito sembrerebbero un fondamentale fattore positivo. Tutta questa complessità rende non solo difficile ma anche aleatorio individuare con precisione consensuale i “fattori” che intervengono, nonché i loro effetti: riduzionista pertanto si presenta l’approccio di quelle ricerche che pretendono di catalogare nosograficamente i fattori psichici, o quelli ambientali, nonché i relativi effetti, anch’essi psichici, nell’intento di individuare corrispondenti tipi di intervento. Saisto (2001) per esempio ci offre al proposito un panorama tanto poderoso quanto a nostro avviso inutile.

Il fatto che gran parte dei fattori su accennati possano essere considerati di ordine emotivo ha indotto alcuni autori a negare che il dolore sia una percezione, affermandone invece una definizione come emozione, coi relativi effetti somatici che vengono percepiti (De Benedittis, 2000). Tale interpretazione è avvalorata dal fatto che le zone encefaliche in attività nel dolore sono in buona parte sovrapponibili a quelle che presiedono l’elaborazione delle emozioni. Riteniamo tuttavia che tale interpretazione contrasti col fatto che, mentre le emozioni nascono per elaborazione psichica e secondariamente hanno effetti somatici percettibili, il dolore per lo meno quello nel parto, comporta afferenze, vie nervose periferiche specifiche e apparati recettori altrettanto specifici.

Un problema preliminare per orientarsi nell’eterogenea letteratura e soprattutto per procedere a ricerche che abbiano un minimo di ordine, pur contemplando il massimo numero dei numerosissimi fattori implicati nell’evento considerato, è acquisire una qualche pur sommaria conoscenza sui possibili motivi per cui tante donne temano il parto al punto tale da avere una paura del dolore che può condurre ad un maggiore rischio ostetrico.

La vastità, la varietà, l’eterogeneità e talora la contraddittorietà della letteratura, psicologica e psichiatrica, talora ostetrica, nell’individuare e descrivere i fattori psichici, relazionali e socio-ambientali che accrescono o diminuiscono il dolore del parto, è comprensibile se si considerano quattro ordini di difficoltà che spesso impediscono che i risultati siano attendibili e costanti. Il primo riguarda il fatto che, se già il dolore in sé, in quanto stato percettivo, è difficilmente separabile, come già abbiamo sottolineato, da qualsiasi altro processo psichico, a maggior ragione ciò vale per il dolore nel parto che, riguardando un evento così centrale nell’esistenza umana quale la nascita, coinvolge massicciamente tutta la struttura psichica della donna con il suo passato. Il secondo ordine di difficoltà concerne la sopportabilità del dolore, difficilmente separabile dalla precedente e che comunque può dipendere da una gran quantità di individualissime strutture psichiche e condizioni del loro funzionamento. Il terzo ordine concerne la difficoltà di isolare i “fattori psichici” con una nosografia consensuale: a seconda dell’approccio metodologico, per esempio psicoanalitico piuttosto che comportamentale, o sintomaticologico-psichiatrico, i fattori possono essere assai diversamente individuati e pertanto offrire risultati diversi alla raccolta dei dati. Ricordiamo qui che la struttura mentale è strettamente individuale: nessuno ha un cervello uguale ad un altro; né una mente uguale a quella di un altro (Imbasciati, 2005; 2006a, b, 2008a). Quarto ordine di difficoltà riguarda la possibilità di costruire strumenti psicologici per le suddette misure che siano validi, attendibili e psicometricamente tarati o tarabili, come sopra descritto. In ogni caso, tralasciando la dimensione dell’attendibilità, quella della validità dipende dal terzo ordine di difficoltà qui descritto, quello cioè di individuare in che cosa consistano effettivamente i “fattori psichici”, al di là di sommarie etichette tratte dal senso comune.

Molto spesso, soprattutto nella letteratura medica, vengono usati questionari che non rispondono alle caratteristiche effettive che un reattivo mentale deve avere: validità, attendibilità, sensibilità, economia. Frequentemente si fa un uso improprio del “questionario”, ritenendolo un test mentale vero e proprio, anziché raccolta di dati non

omogenei, non collegati tra di loro, spesso inficiati da incaute condizioni di somministrazione.

Le suddette difficoltà fanno preferire, a nostro avviso, un approccio clinico squisitamente descrittivo, anziché la sperimentazione, inevitabilmente praticata su fattori non unanimemente riconosciuti e spesso con strumenti poco idonei. In questo approccio riteniamo fondamentale l'indagine sui processi interiori, inconsci, che stanno alla base della paura del parto. Qui l'approccio psicoanalitico, corroborato e orientato dalle ricerche sperimentali, sia pur esplorativamente parziali ma consone allo specifico approccio clinico descrittivo, può a nostro avviso fornire elementi preziosi, sia per impostare orientamenti di tipo terapeutico, sia ancor più per rilevare indici predittivi, sul bimbo ancor più che riguardo alla donna. Non si può pertanto separare un'indagine sui fattori interiori riguardanti la paura del parto da una considerazione più generale della fantasmatica femminile, a cominciare dalle sue origini, nella bambina (Imbasciati, 1990), né si può separare questa dall'intreccio delle simbolizzazioni inconsce che legano la struttura psichica profonda della madre alle "cure materne" che nell'infanzia la strutturano, né ancora si può separare questo da come tutto il "mondo interno" della donna si riverbererà sulla qualità delle cure che ella intesserà col suo bimbo, e ancor prima, da quanto a tal proposito ella durante la gestazione "fantasticherà" sulla nascita dei propri bambini. Di qui il parto.

La fantasmatica femminile

Gran parte della letteratura di derivazione psicoanalitica collega la paura del parto alle vicende inconsce dello sviluppo psicosessuale femminile. Alcuni autori (Bydlowski, 1997) affermano che gravidanza e parto sono eventi sessuali a pieno titolo, che comportano piacere insieme a dolore e che recano seco le angosce dell'incerto, le proibizioni infantili, le paure sessuali, spesso una negazione reattiva dei desideri sessuali e degli aspetti più manifesti della sessualità, con idealizzazione del prodotto del concepimento. In genere si è molto attento alle descrizioni delle fantasie femminili infantili delle scuole neokleiniane (Imbasciati, 1990).

La mente infantile è dominata dalla curiosità circa l'origine dei bambini, che si appunta sulle capacità materne e del suo grembo in particolare. Questo comporterebbe, secondo le scuole kleiniane, un notevole movimento di invidia, dovuto alla frustrazione, propria del bimbo, di non poter avere le capacità materne. L'originaria invidia del seno diventa invidia del grembo materno. Questo si traduce in fantasie inconsce di attacco al grembo materno stesso, al legame della coppia genitoriale, e a qualunque altro "legame". Queste fantasie, o meglio "fantasmi", riguardano rappresentazioni informi e confuse - "oggetti interni" - in cui si mescolano immagini di parti corporee diverse, proprie e altrui, senza distinzione tra i vari prodotti e escreti del corpo, tra i vari orifizi di entrata e uscita, e altri più disparati elementi, esterni e interni, mnestici o attuali, o propri sentimenti, o nascenti pensieri. Tutto ciò viene elaborato nella mente infantile con quelle complesse e alternanti metabolizzazioni, denominate posizione schizoparanoidea e viraggio depressivo (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2005 capp. 8 e 19; Imbasciati & Margiotta, 2008 cap. 5), attraverso le quali si metabolizzano intense angosce di colpa.

Nella situazione schizoparanoide, le angosce (colpa) per le fantasie aggressive, rivolte "all'oggetto buono primario" materno, e successivamente organizzatesi come *invidia* per le capacità procreative materne, suscitano la paura di ritorsioni. La colpa diventa allora persecuzione: si formano fantasmi detti "seno cattivo", "pene cattivo", "vagina cattiva" (Imbasciati, 1990), dove la bimba teme ritorsioni crudeli per i propri genitali e le proprie capacità procreative, così come crudelmente ella aveva attaccato in fantasia

il seno e il grembo materno. Di qui la paura del parto come punizione: di un desiderio intriso di inconscia distruzione verso gli “oggetti buoni”. Nella misura in cui è pregnante una metabolizzazione schizoparanoidea, l'angoscia di perdita diventa colpa e questa diventa persecuzione. La persecutorietà viene “evacuata” e proiettata sul parto. Un eventuale timore cosciente di tale evento, relativo ad una certa aspettativa di dolore, si accresce in tal modo enormemente per i terrori inconsci di punizione, e si riversa direttamente nel soma: il dolore diventa effettivamente maggiore.

Sappiamo peraltro, sempre seguendo il vertice di osservazione della metodologia psicoanalitica, che accanto al metabolismo della situazione schizoparanoidea, si sviluppa quello della posizione depressiva: in questo viraggio, i fantasmi cattivi persecutori sono compensati dalla comparsa di immagini “riparatorie”. L'angoscia di perdita, non più ribaltata in persecuzione, si anima di “riparazione”: all'odio succede amore (Klein & Riviere, 1937) e la persecutorietà, con le paure proiettate nell'evento “parto”, si attenua gradatamente. Il parto stesso è vissuto come atto riparatorio, e come tale rassicurante. Ciò si traduce nel soma in un depotenziamento nel dolore del parto, che viene vissuto come atto creativo, riparatorio nei confronti delle originarie fantasie distruttive rivolte alla madre.

Le due polarità del metabolismo mentale così descritte, che peraltro governano lo sviluppo mentale in toto e la genesi del pensiero (Bion, 1962, 1963, 1965, 1970), riferite al mondo fantasmatico psicosessuale che converge sul parto, si traducono in un continuum di angosce e intense piuttosto che moderate o assenti paure, che possono sovrapporsi e rinforzare altre paure coscienti di origine culturale. Di qui deriverebbe la maggior o minor paura del parto e la correlata modulazione dell'intensità della percezione del dolore, nonché la capacità di sopportarlo.

La questione è ben più complessa di quanto qui possa essere detto: la letteratura psicoanalitica sullo sviluppo fantasmatico sessuale delle bambine e poi delle donne è quanto mai vasta (Imbasciati, 1983a). Convergenza unanime è l'indicare la paura del parto come l'aspetto manifesto di una più inconscia paura di terribile punizione, spesso presentificata dal sentimento (inconsapevole) di aver concepito un mostro; il che si traduce nella paura cosciente di poter partorire un bimbo malformato. Di qui altra componente nella genesi del dolore, ed ancor più dell'incapacità di sopportarlo. In questo quadro la letteratura psicoanalitica offre una spiegazione del perché una presenza benevola, una figura di attaccamento positivo, un'assistenza empatica, un supporto affettivo familiare (partner in primo luogo, purché esso personifichi un “oggetto buono”), abbiano un effetto benefico nell'alleviare il dolore e nell'infondere capacità di poterlo sopportare. Questa presenza - e qui si chiama in causa la capacità di un'ostetrica di funzionare come *caregiver* - avrebbe un effetto rassicurante contro i fantasmi “cattivi” persecutori, e i conseguenti timori più o meno celati, incrementando nell'inconscio della donna la gravidanza degli “oggetti buoni” e il viraggio depressivo-riparatorio. Il parto, allora, non più vissuto come pericolo di ritorsione punitiva di una propria invidia all'immagine materna, può assumere il connotato di un atto riparatorio di ogni eventuale colpa, e un connotato creativo: non semplicemente di una nuova vita, ma di amore. Ricordiamo qui come nella clinica neokleiniana emerga la genesi di quanto a livello comune viene denominato amore da un processo interiore inconscio di riparazione: riparazione verso gli “oggetti buoni” (Klein & Riviere, 1937).

Tale riparazione non è semplicemente una fantasia inconscia rassicurante, ma ha una funzione strutturante, promuovendo le capacità della mente del soggetto (Imbasciati, 1983a, b, 1990, 1998). Pertanto nella gestante tale “riparazione” si traduce in un legame amorevole verso il nascituro e in un processo restaurativo verso se stessa, strutturante il Sé della donna; in altri termini in un amore verso sé stessa-madre-con-la-propria-madre, verso il proprio partner, verso la coppia genitoriale che fu e quella

che ora è. In questa prospettiva il bimbo e il parto stesso sono vissuti come eventi riparatori, recanti una rassicurazione che si potrebbe immaginare foriera di piacere. Alcuni autori hanno supposto un segreto piacere nel parto. In ogni caso una tale fantasmatica riparatoria può essere considerata come un fattore, per così dire, antidolorifico. Al contrario, una fantasmatica ancorata a un metabolismo psichico schizoparanoide non potrà presumibilmente che configurare persecutoriamente il parto, come il compimento di un delitto e come punizione. Di qui, si arguisce, aumento di dolore.

Il parto nella prospettiva dell'Infant Research

Gli studi psicoanalitici sul mondo interno femminile si sono gradatamente spostati su come queste condizioni non solo il parto, ma l'intera relazione che la madre avrà col bimbo e come questa modulerà il suo sviluppo. Tali studi si sono coniugati con quelli sull'attaccamento, nelle varie scuole che si sono diramate da quelle di Bowlby. Una gran messe di studi sperimentali ha indagato la relazione primaria gestante-madre/feto-neonato come matrice sia della salute della donna, sia del futuro sviluppo del bimbo. Si sono così aperte vastissime prospettive di studio, cliniche, teoriche e sperimentali, che vanno sotto il nome di *Infant Research* (Imbasciati, 2008b; Imbasciati & Cena, 2008, 2009a, b).

Le tecniche ecografiche hanno permesso di collegare questi studi a quelli sulla formazione e il funzionamento della mente fetale, mentre le tecniche di neuroimaging hanno permesso alle neuroscienze di esplorare le correlazioni tra lo sviluppo della mente fetale-neonatale e il funzionamento cerebrale della madre nel continuo "dialogo" non verbale col bimbo, sia in utero, sia ancor più neonato. Si è esplorata in particolare la "sintonizzazione" (affettiva e neurale), piuttosto che il suo contrario, nel dialogo madre-bimbo, e i suoi effetti strutturanti nello sviluppo della mente infantile, verso un'ottimalità piuttosto che verso una patologia di tale sviluppo.

Mentre sul versante clinico si sono, con differenti approcci e setting diversi a seconda delle scuole, affrontati e applicati interventi psicoterapeutici sulla coppia madre-neonato (talora sulla triade, col padre), su quello diagnostico si sono messi a punto precisi indici diagnostici, di rischio o di salute, circa il futuro della madre e del bambino.

Sul versante teorico si è inoltre chiarito un collegamento tra quanto accade tra gestante-madre e feto-neonato e la struttura mentale (e neurale) della madre, con un diretto suo riferimento al proprio passato, di bambina con i propri genitori. L'iter evolutivo di sviluppo si salda così di generazione in generazione. Come fattore favorente un buono sviluppo, piuttosto che di deficit e patologia, si è studiata la dimensione Alessitimica, nella madre come nel bambino e in questi come futuro genitore.

L'intreccio di questi studi può essere schematizzato nella finestra 1 da noi ideata. La letteratura in proposito è enorme (Imbasciati & Cena, 2009a, b). Sulla poliedricità di questi studi abbiamo discusso già in precedenti lavori (Imbasciati & Dabrassi, 2009). Un punto che qui torniamo a sottolineare è che lo sviluppo neuro-mentale del neonato procede per apprendimenti modulati dal tipo di relazionalità che si intesse con la madre, nel dialogo non verbale veicolato dalle interazioni madre-neonato. In questo quadro è stato chiarito il concetto di termini quanto mai abusati, quali quello di relazione, in primis, e di "cure materne" (Imbasciati, 2008; Imbasciati & Cena, 2008, 2009b; Imbasciati & Dabrassi, 2009).

In questo quadro il parto è un nodo cruciale, non soltanto come evento che condiziona un'evoluzione della diade madre-bambino, ma anche come punto di incontro della struttura mentale materna, col suo passato di bambina, del suo sviluppo psicosessuale (Imbasciati, 1990), della sua relazione col partner, della nascente sua relazione col neonato e dello sviluppo neuropsichico, e fisico (psicosomatico in particolare), del bimbo; e da questi del futuro individuo. Le cosiddette cure materne ne sono matrice originaria. Questo punto di incontro è tutt'altro che teorico: esso è strutturato nella memoria implicita² delle donne. In quanto punto di incontro di destini relazionali tra passato e futuro, il parto può fungere da indicatore ed il relativo dolore da non trascurabile indice prognostico.

L'evento parto pertanto, con il suo indissolubile impatto fisico-emotivo, alla luce degli studi psicologici, clinici e sperimentali, psicoanalitici e dell'*Infant Research*, acquista un rilievo che va ben al di là dell'evento in sé e del periodo gestazionale e puerperale, e che ha meritato e tuttora merita di essere esplorato.

Psicologia Clinica Perinatale: il dolore come indice

Nel panorama degli studi che si sono occupati dello sviluppo (psichico e fisico), dalla madre al feto, al neonato e al futuro individuo, si è delineata la specificità e il rilievo di una Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi & Cena, 2007; Imbasciati & Dabrassi, 2009). Parallelamente, le neuroscienze hanno ridimensionato il concetto di maturazione neurologica, riferendolo all'esperienza che costruisce la struttura, piuttosto che alla genetica, e hanno valorizzato gli studi di tante scuole sull'affettività riguardo il concetto di "cervello emotivo" (Goleman, 1996).

La capacità della madre di comprendere le proprie emozioni ha un'influenza fondamentale sui processi di regolazione emotiva nel suo bimbo, perché le permette di capire che cosa questi le trasmette e quindi di instaurare con lui un dialogo effettivo, anziché uno pseudo-dialogo, senza sintonizzazione, in cui i messaggi della madre non rispondono a quelli emessi dal bimbo, in quanto questi la madre non li comprende, né possono essere assimilati dalle possibilità mentali del bimbo in quel momento. Tali pseudodialoghi possono costituirsi sia come difetto, per l'apprendimento e la struttura psichica del bimbo, sia costituire un vero sconvolgimento, per intrusione della madre, nell'incipiente apparato mentale che si sta costruendo nel bimbo. L'effetto è patogenico. Per un buon dialogo, la madre deve poter contare sulle proprie capacità di *rêverie*: tale termine, con relativo concetto, introdotto dall'opera di Bion per spiegare una funzione di mutamento psichico che avviene in analisi tra analista e analizzando, indica un funzionamento particolare della mente dell'analista simile a quello del sogno (di qui il nome), ma anche uguale, come i successivi studi han dimostrato, a quello di una buona mamma con suo neonato. Questo funzionamento comporta la capacità di capire, effettivamente, i messaggi non verbali del bimbo e quindi di potergli "rispondere" con altrettanti messaggi non verbali, e in modo adeguato: tale risposta è l'adeguata "restituzione", al bimbo, delle capacità di comprensione materna, perché anch'egli le possa acquisire.

Questo tipo di funzionalità, che sul versante materno comporta quanto Fonagy ha individuato come funzione riflessiva, è essenziale per lo sviluppo emotivo (Sroufe,

² I processi di memoria implicita riguardano l'insieme di acquisizioni nelle abilità (percettive, motorie e cognitive) o acquisizioni dovute a fenomeni di priming, condizionamento e abitudine che avvengono al di fuori della consapevolezza e si realizzano attraverso processi di elaborazione dell'informazione che si svolgono senza sosta nel funzionamento psichico detti "processi in parallelo" (Bucci, 1997). La memoria implicita non potrà mai essere coscientizzata.

1995) e comunicativo del figlio, in quanto è la base del suo globale ulteriore sviluppo neuropsichico. Questo è connesso alla progressiva capacità, che egli apprende dalla madre, nel corso del primo anno di vita, relativamente alla modulazione delle emozioni che in lei e in se stesso ricorrono, e pertanto di esprimerle a sua volta adeguatamente alla madre nelle interazioni. È questa la “*affect regulation*”, studiata sia sul versante psichico che su quello neurale (Schore, 2003a, b), che è essenziale per una prima buona costituzione di un cervello efficiente: sappiamo oggi quanto questo interessi soprattutto il cervello destro e come questo venga a costruirsi nelle sue funzioni dalla qualità del dialogo con la madre: dialogo dei cervelli destri. Se non c'è sintonizzazione, abbiamo la “*affect dysregulation*”, con una conseguente strutturazione deficitaria, se non patologica del cervello destro, e dunque dello sviluppo del bimbo (Schore, 2003a, b).

Il concetto di maturazione cerebrale è molto cambiato da quindici anni a questa parte: la maturazione avviene per apprendimenti e questi dipendono dalla “relazione”; in essa essi si svolgono come dialogo di comunicazioni non verbali. In particolare la maturazione delle prime strutture neurali, amigdala-ippocampo-cervello destro, avviene primariamente rispetto alle altre strutture neurali (cervello sinistro) e la strutturazione di queste ultime dipende da come si sono strutturate le prime. Per questo la funzione modulatrice materna costituisce la base della modalità di comportamento del bimbo nel suo futuro orientarsi nella cognizione della realtà. La capacità appresa dal bimbo è inizialmente regolata dalla capacità materna di percepire e regolare le proprie emozioni. Questa funzione ha particolare importanza per emozioni negative, che devono essere trasformate nella possibilità che anche il bimbo stesso le possa percepire e le possa comprendere. Una madre alessitimica, che non è in grado di entrare in contatto con le proprie emozioni, non è in grado di “dialogare”, né potrà attivare un'azione regolatrice appropriata per lo sviluppo del suo bimbo.

I rilievi che con varie metodologie possono essere raccolti in epoca gestazionale e fetale hanno pertanto un valore predittivo sui successivi sviluppi dell'unità madre-bambino, non solo per le condizioni psichiche della donna dopo la nascita, ma soprattutto per la qualità della sua relazione col bimbo: si può dunque parlare di qualità strutturante o destrutturante delle “cure materne”; del dialogo o pseudodialogo che si dispiegherà, che genererà pertanto la qualità dello sviluppo psichico e psicosomatico (dunque anche fisico) del bimbo, e di qui del futuro individuo. Di qui il versante psicosomatico della Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, 1994).

Nel complesso quadro di interazioni strutturanti tra madre e feto-neonato, si presenta di sommo interesse clinico la possibile rilevazione di indici predittivi circa il futuro della donna nel parto, nel puerperio e nelle cure materne come sopra intese, ed ancor più circa ciò che ne consegue, a seconda delle qualità dei suddetti eventi, per il bimbo che diventerà una persona del futuro sociale della collettività, e che quivi porterà le strutture psichiche che si sono venute a costruire nel suo passato relazionale infantile; con queste egli a sua volta presterà le “cure materne” ai propri piccoli e questi dalla qualità di quelle saranno condizionati. Abbiamo in altri termini un effetto a cascata in una catena transgenerazionale (Imbasciati, 2004, 2008a, b). Il condizionamento che le prime strutture psiconeurali esercitano nella strutturazione delle successive (Imbasciati, 2002, 2006a, b) rende allora rilevante una Psicologia Clinica Perinatale che monitorizzi tale sviluppo transgenerazionale. In una tale “osservazione monitorizzata” possono essere rilevati indici, positivi piuttosto che negativi, predittivi di questo sviluppo, cosicché possa essere al meglio impostata un'assistenza che ne garantisca la qualità, non solo cioè improntata ad ovviare alle previsioni negative (indici di rischio per lo sviluppo), ma anche a migliorare comunque le condizioni; che ci possa assicurare migliori individui. Lungo questo percorso ci sembra fondamentale il

periodo relativo al parto-puerperio, in quanto questo può condizionare la qualità delle “cure materne”.

Una rilevazione lungo tutto il percorso perinatale e oltre nello sviluppo infantile, e poi adulto e poi transgenerazionale, dovrebbe avvalersi di strutture assistenziali dotate di strumenti psicologici molto fini e applicati in tutta la popolazione: il che è impresa sociale auspicabile, quanto per ora difficile. Una rilevazione di difficoltà relativamente minore potrebbe essere realizzata se potessimo avvalerci di indici più appariscenti: quelli di ordine somatico. Visto che le vicende psichiche della gestazione parto, puerperio, allattamento sono connesse psicosomaticamente alle vicende ostetriche usualmente registrate nei nostri servizi assistenziali, possono alcune di queste essere tenute in conto per estrarne indici predittivi? È questo l'intento di una nostra ricerca longitudinale in corso, in collaborazione con ostetrici e psicologi di più università³, e di altri nostri progetti. In questa sede ci focalizzeremo sull'ipotesi di un possibile indice predittivo di meno complicata rilevazione, il dolore nel parto. Può questo “dolore”, viste le connessioni da noi tratteggiate, essere utilizzato come indice sufficientemente attendibile di predittività? In tal caso, sarebbe più che giustificato affrontare il problema di una sua valutazione.

Il dolore nel parto, che in questo quadro abbiamo descritto nei suoi collegamenti alla modulazione psichica, dipenderà dalla qualità della struttura psiconeurale della donna, con particolare riferimento al suo sviluppo psicosessuale, nonché da tutti i fattori, interpersonali e ambientali di cui è stato accennato che intervengono nel periodo perinatale, corroborando piuttosto che destrutturando le capacità materne. Sia l'intensità della percezione dolorifica, sia la paura preventiva, sia anche le complicanze ostetriche, largamente anch'esse modulate se non determinate in via psicosomatica e al dolore connesse, potrebbero fungere come indici predittivi di come si sta sviluppando psichicamente la diade madre-feto-neonato e di qui la struttura psichica del bimbo: sarà poi questa che condiziona favorevolmente o sfavorevolmente l'elaborazione di ogni successiva esperienza che costituirà lo sviluppo di quel futuro individuo.

Nel quadro delineato può allora risaltare il peso sociale, a lungo termine, di un'assistenza perinatale che integri l'assistenza ostetrica e infermieristica coi contributi delle scienze psicologiche, nonché specificamente con un'assistenza specialistica di Psicologia Clinica. Questa, oltre che essere diretta alla diade madre-bimbo (o alla triade col padre), ancor più potrebbe utilmente essere dedicata alla formazione permanente di tutti gli altri specialisti a contatto con gli eventi perinatali (Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008).

Quanto al dolore, viste le sue connessioni con molteplici stati psichici, e come questi dipendano dalle strutture neuropsichiche della memoria implicita della madre, sia quelle del suo passato, sia quella che si costituisce nella diade madre/feto-neonato, nonché tutte le relazioni che si dipanano nel periodo perinatale ed infine con tutte le situazioni socio-ambientali-assistenziali del momento, esso potrebbe costituire un indice per il futuro sviluppo del neonato, del bimbo, del futuro individuo. Indice di ottimalità piuttosto che di rischio? Forse a seconda della sua più o meno intensa presenza – e già qui abbiamo visto le difficoltà di misura – ma soprattutto a seconda del suo significato: qui sta il problema di una sua valutazione. Una “intensità del dolore” come attributo intrinseco del dolore da parto non esiste a nostro avviso. Si consulti in tal quadro la nostra ultima finestra (n. 2).

³ Imbasciati, Della Vedova et al., 2010. Ricerca P.R.I.N.

Il problema è allora di una valutazione che sia specifica della Psicologia Clinica⁴, con tutte le difficoltà di cui al primo paragrafo del presente lavoro. Poiché il dolore ha una funzione fisiologica, sia nel suo favorire per via ormonale l'espletamento del parto, sia come funzione utile di allarme, sia ancor più come fattore promuovente accudimento e cure materne, dovremmo concludere che la misura clinica ottimale sarebbe quella di lasciare che esso abbia il suo decorso e le sue funzioni. Tale conclusione, in realtà semplicistica, è spesso assunta come regola ideologizzata di alcune correnti d'opinione in ambito antropologico e ostetrico. Di qui la tendenza contraria alle varie forme di analgesia e l'ideale di un parto "fisiologico puro".

Ma, come è risaputo, per gli esseri umani (soprattutto della nostra generazione) il dolore può costituire un evento molto negativo: di rischio allora? E pertanto di ostacolo al buono sviluppo? Dovremmo allora preventivamente favorire una forma di analgesia per così dire non eccessiva, come per esempio l'epidurale? Ma anche su questa esistono ricerche che ne mostrano effetti negativi⁵. Il dibattito è attuale. Inoltre, nei casi in cui il dolore verrebbe valutato come indice prognostico negativo, non è forse ingenuo supporre che abbassandone la soglia percettiva con mezzi farmacologici, la prognosi cambi? L'indice verrebbe in tal modo soltanto mascherato. Ciò vale soprattutto nella misura in cui la richiesta della donna, che sarebbe evento da far pensare al dolore vissuto come fatto negativo, viene ad essere spuria: ovvero indotta dal costume, dalla prassi e dalla propensione dei servizi assistenziali, o talora dai consigli degli operatori ostetrici. In altri termini, il dolore può essere indice attendibile, nel bene e nel male, non per la sua percezione, tanto meno per l'espressione e la mentalizzazione che ne fa la donna nel comunicarla, bensì per quello che "sta dietro", dentro il lavoro psicosomatico della mente, ovvero del S.N.C. della donna. Si veda ancora l'ultima finestra.

Il problema allora di una valutazione adeguata di questo dolore si dispiega nella sua complessità psicologico-clinica. Hanno gli operatori ostetrici e ostetrico-ginecologi le competenze per una tale valutazione? (V. paragrafo 1). Hanno i servizi dispositivi per rendere autentica l'eventuale richiesta della donna? Vi sono servizi integrativi specialisticamente psicologico-clinici (di Psicologia Clinica Perinatale – Imbasciati, Dabrassi & Cena, 2007) idonei per un lavoro integrato che vada al di là della mera consulenza? Vi sono, infine, operatori di psicologia clinica perinatale formati adeguatamente?

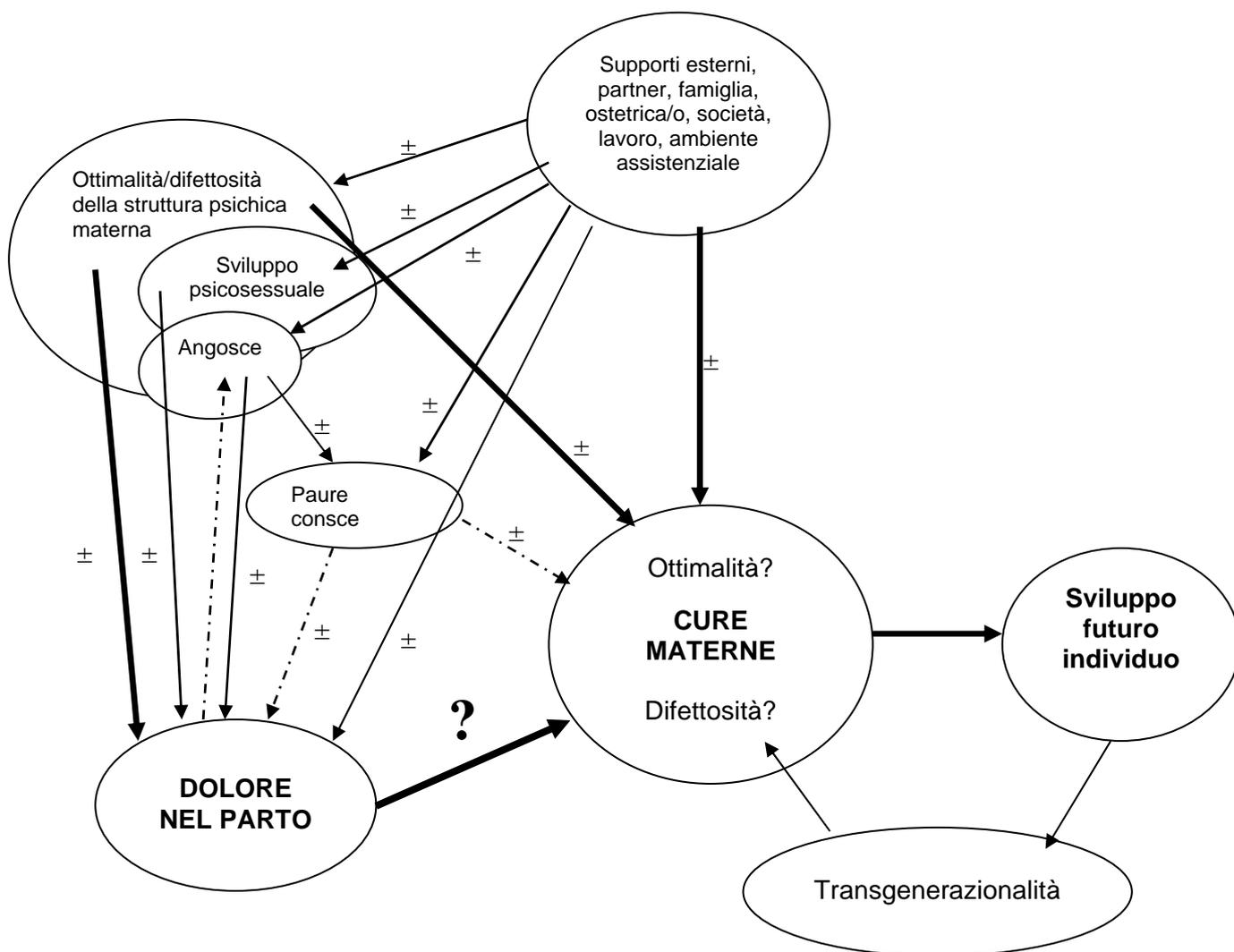
A questi interrogativi è affidato il nostro futuro. Viste le connessioni descritte, possiamo affermare senza retorica che potrebbe essere in gioco il futuro dell'umanità.

⁴ La Psicologia Clinica si differenzia dalle scienze mediche in quanto è focalizzata sulla comprensione della singola persona, anziché sull'individuazione di quadri patognomonicamente precostituiti riconosciuti come specifici. Tale differenza è determinata obbligatoriamente dal fatto che mentre in medicina si ha a che fare con "malattie", per lo psichico disponiamo soltanto di "sindromi". Inoltre la cura in campo psicologico predilige un rapporto intersoggettivo, rispetto ad un'azione "transitiva" dell'operatore all'utente (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008), come accade invece in campo medico.

⁵ Si tratta di effetti simili, ancorché meno salienti, a quelli conseguenti al parto cesareo, molto evidenti negli animali, ma rilevati anche nell'uomo.

trasmessi nelle interazioni. Il risultato di tali apprendimenti comporta una strutturazione di funzionalità neuro-psichiche, che possono essere promuoventi lo sviluppo ma anche negative, patologizzanti, a seconda del tipo di dialogo, non verbale, che si svolge tra i significati (veicolati dai significanti) emessi dalla madre e i significati espressi dai significanti emessi dal bimbo, compresi o no che siano dalla madre, e ad essi adeguatamente o disordinatamente (patologicamente) rispondente (Imbasciati, 2008b). Sul lato destro in basso è indicata la Teoria del Protomentale (Imbasciati, 2006a, b), quale modello teorico generale in cui inquadrare la costruzione della mente, costruitasi appunto nel dialogo caregiver/bimbo.

FINESTRA 2



Legenda. Le ellissi della parte superiore (e centrale) delle figure indicano i fattori che concorrono, direttamente o indirettamente tra di loro intrecciandosi, a modulare il dolore nel parto e le cure materne. Il diverso spessore delle frecce e la loro direzione danno un'indicazione del peso con cui un fattore condiziona un altro, e il senso di tale modulazione. Il segno ± apposto alla maggior parte dei collegamenti indica la possibilità di una modulazione in positivo piuttosto che in negativo nei confronti di un risultato finale ottimale, piuttosto che a rischio di patologie. Il collegamento tra dolore nel parto e cure materne, su cui è centrato lo schema, reca un grosso interrogativo, inerente a tutte le difficoltà descritte nel presente lavoro. Tale interrogativo è di massimo rilievo in quanto, come schematizzato nella parte destra in basso, la qualità delle cure materne modula lo sviluppo del futuro individuo e questo può trasmettersi transgenerazionalmente nell'ottimalità o difettosità-patologia delle cure materne nelle ulteriori generazioni. Si può così ipotizzare un circuito progressivamente migliorativo, così come invece un destino peggiorativo per le future generazioni.

Bibliografia

- Ancona, L. (1970). *Dinamica della percezione*. Milano: Edizioni scientifiche e tecniche Mondadori.
- Battagliarin, G. (1999). Psicoprofilassi e dolore del parto. In M. Farinet (Ed.), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90* (pp. 35-42). Milano: Ed. Progetto.
- Bieri, D., Reeve, R., Champion, G.D., Addicoat, L., & Ziegler, J. (1990). The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain, 41*, 139-150.
- Bion, W.R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. New York: Basic Books (trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1973).
- Bion, W.R. (1965). *Transformations: Change from learning to Growth*. London: Heinemann (trad. it. *Trasformazioni*, Armando, Roma, 1973).
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation. A scientific approach to insight in Psycho-Analysis and groups*. London: Tavistock (trad. it. *Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi*, Armando, Roma, 1973).
- Bion, W.R. (1972). *Learning from experience*. London: Heinemann; 1962. (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma).
- Boncinelli, E. (1999). C'è dolore e dolore. *Nascere*, 3, 5-6.
- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Roma: Fioriti.
- Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Adler, C.M., & Mullaney, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: a controller outcome study. *Psychosomatic Medicine, 35*, 484-496.
- Bydlowsky, M. (1997). *Le dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chapman, C.R., Casey, K.L., Dubner, R., Foley, K.M., Gracely, R.H., & Reading, A.E. (1985). Pain measurement: an overview. *Pain, 22*, 1-31.
- Charlton, E.J. (2005). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle: IASP Press.
- Clark, W.C., Yang, J.C., Tsui, S.L., Ng, K.F., & Bennett Clark, S. (2002). Unidimensional pain rating scales: a multidimensional affect and pain survey (MAPS) analysis of what they really measure. *Pain, 98*, 241-247.
- Craig, K.D., Prkachin, K.M., & Grunau, R.E. (2001). The facial expression of pain. In D.C. Turk, & Melzack R. (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (2nd ed., 153-169). New York: Guilford Press.
- De Benedittis, G. (2000). Emozione e dolore. In M.A. Tiengo (Ed.), *Il dolore e la mente* (17-40). Milano: Springer Italia.
- De Benedittis, G., Corli, O., Massei, R., Nobili, R., & Pieri, A. (1993). *QUID Questionario Italiano del dolore*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

- De Benedittis, G., Lorenzetti, A., Pirovano, S., Sangermani, R., & Vitale, R.M. (1990). La misura del dolore nell'età evolutiva: adattamento del questionario italiano del dolore (QUID) al paziente cefalgico. *Atti del XIII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore*. Bologna: Monduzzi.
- Downie, W.W., Leatham, P.A., Rhind, V.M., Wright, V., Branco, J.A., & Anderson, J.A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of Rheumatic Diseases*, 37, 378-381.
- Farinet, M. (Ed.). (1999). I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90. Milano: Ed. Progetto.
- Goldstein-Ferber, S., & Feldmann, R. (2005). Delivery pain and the Development of mother-infant Interaction. *Infancy*, 8 (1), 43-62.
- Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence* (trad. it. *Intelligenza emotiva*, BUR, Milano)
- Gracely, R.H., Mc Grath, P., & Dubner, R. (1978). Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. *Pain*, 5, 5-18.
- Hadjistavropouloulos, T., & Craig, K.D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behavioural Research and Therapy*, 40, 551-570.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2004). Does pain reliefs during delivery decrease the risk of postnatal Depression? *Acta Obstetric Gynecology Scandinavia*, 83, 257-261.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), 160-172.
- Hofer, M.A. (1983a). The mother-infant interaction as a regulator of infant physiology and behaviour. In L. Rosenblum & H. Moltz (Eds.), *Symbiosis in Parent-Offspring Interactions*. New York: Plenum.
- Hofer, M.A. (1983b). On the relationship between attachment and separation processes in infancy. In R. Plutchik, H. Kellermann (Eds.), *Emotion: theory, research and experience*. New York: Academic Press.
- Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Imbasciati, A. (1983a). *Freud o Klein? La femminilità nella letteratura psicoanalitica postfreudiana*. Roma: Armando.
- Imbasciati, A. (1983b). *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Imbasciati, A. (1986). *I grandi temi della ricerca. Vol. II: Istituzioni di psicologia*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: Angeli.
- Imbasciati, A. (1994). Psicosomatica ostetrica e Istituzione ospedaliera. *Nascere* 12 (1), 22-31.
- Imbasciati, A. (1998). *Nascita e costruzione della mente*. Torino: UTET De Agostini.
- Imbasciati, A. (2002). Una spiegazione della transgenerazionalità. *Atti Convegno Psicologia Prenatale*. Roma, Cantagalli, Siena.
- Imbasciati, A. (2004). A Theoretical support for transgenerationality. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-98.

- Imbasciati, A. (2005). *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati, A. (2006a). *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati, A. (2006b). *Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory*. London: Brunner & Routledge.
- Imbasciati, A. (2008a). *La mente medica*. Milano: Springer Verlag.
- Imbasciati, A. (2008b). Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, XXXVI, 104, 4-10.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (2008). Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere*, 105, 4-15.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (2009a in press). Il Care-Index. *Psychofenia*.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (2009b in press). *I bambini e i loro caregivers*. Roma: Borla.
- Imbasciati, A., & Dabrassi, F. (in press). Dolore nel parto, cure materne, sviluppo del futuro individuo: ipotesi per la rilevazione di indici predittivi. *Minerva Ginecologica*.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F., & Cena, L. (2007). *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., & Margiotta, M. (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., Margiotta, M. (2008). *Psicologia clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Jensen, M.P., Karoly, P., O'Riordan, E.F., Bland, F., & Burns, R.S. (1989). The subjective experience of acute pain. An assessment of the utility of 10 indices. *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.
- Kanizsa, G. (1961). Cosa si intende per percezione. *Rivista di psicologia*, LV (4), 271-276.
- Keefe, F.J., & Williams, D.A. (2001). Assessment of pain behaviors. In D.C. Turk, R. Melzack (Eds.). *Handbook of Pain Assessment* (2nd ed., 257-274). New York: Guilford Press.
- Klein M., & Riviere J. (1937). *Love, Hate and Reparation*. London: Hogarth Press (trad. it. *Amore, Odio, Riparazione*, Astrolabio, Roma, 1969).
- Kumar, S., Tandon, O.P., & Mathur, R. (2002). Pain measurement: a formidable task. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 46, 396-406.
- Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), S16-24.
- Maiani, G., & Sanavio, E. (1985). Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 22, 399-405.
- Mc Crea, B.H., & Wright, M.E. (1999). Satisfaction in Childbirth and perception of personal control of Pain during labor. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 877-884.
- Melzack, R. (1975). The Mc Gill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R. (1987). The short-form Mc Gill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.

- Mimoun, S., & Maggioni, C. (2003). *Trattato di Ostetricia e Ginecologia Psicosomatica*. Milano: Angeli.
- Miraglia, F. (1987). Il dolore in più. *Nascere*, 3, 21-24.
- Miraglia, F. (1990). Il dolore in travaglio di parto. In M. Farinet (Ed.), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90*. Milano: Ed. Progetto.
- Murray, A.D., Dolby, R.M., Nation, R.L., & Thomas, D.B. (1981). Effect of epidural Anesthesia on newborn and their mothers. *Child Development*, 52 (1), 71-82.
- Musatti, C. (1964). *Condizioni dell'esperienza e fondazione della psicologia*. Giunti-Barbera, Firenze.
- Musatti, C. (1958). Struttura ed esperienza nella fenomenologia percettiva. *Rivista di psicologia*, LII (2), 144-190.
- Nakamura, Y., & Chapman, C.R. (2002). Measuring pain: an introspective look at introspection. *Consciousness and cognition*, 11, 582-592.
- Regalia, A., & Bestetti, A. (2006). Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno. Qualità del dolore e esperienza delle donne. In G.B. La Scala, V. Iori, F. Mori, & P.G. Fagandini (Eds.). *La normale complessità del venire al mondo*. Milano: Guerini.
- Riordan, G., Gross, A., Angeron, J., Krumwiede, B., & Melin, J. (2000). The Effect of Labor Relief medication on neonatal suckling and breast feeding duration. *Journal of Human Lactation*, 16 (7), 7-12.
- Saisto, T. (2001). Obstetric psychosocial and pain related. Background and Treatment of Fear of Childbirth. *Academic Dissertation 02/11/01 Department of Obstetrics & Gynaecology*, University of Helsinki.
- Schore, A.N. (2003a). *Affect dysregulation and the disorders of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Schore A.N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Sepkowski, C., Lester, B., Ostheimer, G., & Brazelton, B. (1992). The effect of maternal epidural Anaesthesia on neonatal behaviour during the first month. *Development Medicine & Child Neurology*, 34, 1072-1080.
- Sroufe, L.A. (1995). *Lo sviluppo delle emozioni*. Milano: Cortina, 2000.
- Tiengo, M.A. (2000). *Il dolore e la mente*. Milano: Springer.
- Tursky, B. (1976). The development of a pain perception profile: a psychophysical approach. In M. Weissenberg & B. Tursky (Eds.), *Pain: new perspectives in therapy and research* (pp. 171-194). New York: Plenum Press.
- Uvnäs-Moberg, K. (1996). *Neuroendocrinology of the Mother-Child Interaction*. Elsevier Science TEM, 7(4), 126-130.
- Walderström, U., Bergman, V., & Vasell, G. (1996). The complexity of Labor pain: experiences of 278 women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 17, 215-228.

Il modello medico in psicologia clinica

di Paola Pagano*

Premessa

La psicologia clinica è attualmente caratterizzata da due opzioni professionali molto differenti tra loro, fondate su ruoli, funzioni, metodologie di prassi completamente diverse con obiettivi sovente divergenti e con differenti rapporti rispetto alla domanda del committente. Nella prima opzione la prassi psicologica è fondata sul modello medico, nella seconda la psicologia si propone di intervenire entro la relazione tra individuo e contesto per promuoverne lo sviluppo. Queste due opzioni professionali sono in stretta connessione con il contesto culturale più ampio entro cui la psicoterapia si sviluppa e con il sistema di valori a cui essa fa, consapevolmente o no, riferimento.

Le peculiarità di questo momento storico, tra cui la crisi economica, le difficoltà lavorative per i giovani, lo spostamento verso alcune ideologie estremiste, ravvisabile nelle ultime elezioni Europee, il cambiamento storico segnato dalle elezioni del Presidente Obama, ci portano ad interrogarci su quali saranno le sorti della psicologia e quale opzione professionale prevarrà all'interno di un contesto culturale così caratterizzato.

Nel complesso dibattito sulla psicologia clinica, c'è concordanza nel rilevare che il paradigma fondante la psicologia clinica sia stato di tipo individualistico e che il modello utilizzato sin dai suoi esordi fosse quello medico.

L'utilizzo del modello medico da parte della psicologia clinica è spesso considerato uno degli aspetti problematici della prassi psicologico clinica.

Nella letteratura statunitense, un'estesa analisi critica della questione si trova già a partire dagli anni '60, negli scritti di George Albee, uno dei più infervorati esponenti del dibattito statunitense su questo tema, ma in seguito numerosi autori se ne sono occupati. Negli anni '90, R. L. Peterson ha criticato fortemente la natura asociale della psicologia professionale (Peterson, 1991; 1996) e la contemporanea assunzione, da parte degli psicologi clinici, del modello medico che, comprensibilmente, enfatizzava la psicopatologia individuale. Recentemente anche autori quali Wampold, Duncan, Cardemil, La Roche, Christopher si sono occupati della questione.

Il dibattito ha assunto spesso toni molto accesi. Si pensi che Albee ha dichiarato che gli psicologi hanno venduto la propria anima al diavolo: il modello che definisce il disturbo mentale come malattia (Albee, 1998). In passato aveva indicato l'adozione del modello medico quale "errore fatale della psicologia clinica". Wampold, invece, ha proposto l'urgenza di disancorare la psicoterapia dalle catene della fondazione medica (Wampold, 2001), e Duncan (2002) ha raccomandato di non assumere un modello medico in psicopatologia: "un invito è aperto per l'applicazione dei fattori comuni basati su un modello relazionale delle abilità del cliente" (Duncan, 2002, p. 32).

In Italia, l'esponente principale del dibattito è Renzo Carli, il quale ha definito e criticato il modello medico e il suo utilizzo da parte della Psicologia Clinica italiana analizzando il contesto storico-culturale entro il quale esso ha preso piede.

In questa sede ci proponiamo di trattare alcuni dei nodi salienti della discussione.

Il contesto storico-politico statunitense

Nella letteratura statunitense, l'affermazione di questo modello è attribuita a motivazioni diverse inerenti l'ordine economico-politico e la storia della psicologia clinica. Tra i vari motivi vi è l'introduzione del sistema diagnostico fondato sul DSM (Stricker, 2005), la

* Psicologa, Dottore di Ricerca, Professore a contratto, Università del Salento.

diffusione del modello di Boulder¹ (Albee, 1964; 1969; 1975; 1998; 2000), le caratteristiche della cultura americana, come anche lo sviluppo della psicologia clinica entro gli ospedali per i reduci di guerra (Peterson, 2006).

Nella visione di Peterson, la cultura tradizionale Americana con il suo spiccato individualismo ha permeato la cultura delle università, influenzando le differenti facoltà. In Psicologia, la teoria psicodinamica come la teoria comportamentista, assieme alla più recente teoria cognitivista, hanno sostenuto un orientamento centrato sull'individuo. Sono state proposte anche alcune versioni interpersonali e sociali di queste teorie, ma a molti psicologi sono sembrate marginali, mentre nella formazione è prevalsa l'enfasi sull'impostazione individualista delle teorie come s'è detto (Peterson, 2006).

A questo dato culturale generale, si è aggiunta la forte influenza degli Ospedali retti dall'Amministrazione dei Reduci, con la loro marcata medicalizzazione dei problemi. Nell'adesione al modello medico, infatti, le ragioni storico-culturali si intrecciano con quelle economico-politiche e attraverso la collaborazione tra APA, USPHS² e VA³ la psicologia ebbe il supporto finanziario e iniziò ad affermarsi come professione.

Dopo la Prima Guerra Mondiale, l'esercito statunitense ebbe la necessità di sviluppare notevolmente i servizi per la salute mentale; poiché non c'erano abbastanza psichiatri per soddisfare la domanda (Humphreys, 1996), gli psicologi furono massicciamente utilizzati per l'assessment e il trattamento dei soldati che mostravano problemi psicologici (Strickland, 1988). Va peraltro ricordato che gli psicologi, in quel periodo, non avevano accesso alla formazione clinica ed erano, pertanto, poco competenti nell'ambito delle questioni cliniche (Belar, 1998; Roe *et al.*, 1959).

Il bagaglio di conoscenze fino ad allora appreso con la ricerca scientifica, si rivelò inutile per capire e trattare i problemi dei reduci di guerra. I primi psicologi clinici si trovarono nella necessità di intervenire, anche se privi di teorie e modelli di intervento psicologico ai quali far riferimento; non disponevano, inoltre, di luoghi di formazione in cui poterli apprendere. La psicologia clinica nacque, in definitiva, da una domanda del contesto sociale che la psicologia non era preparata ad affrontare, perché chiusa nei laboratori sperimentali. Gli ospedali militari e l'Amministrazione dei Reduci (Veterans Administration, VA) fornirono crescenti opportunità per la formazione "applicata", e gli studenti iniziarono ad essere utilizzati come assistenti degli psichiatri nel trattamento dei reduci di guerra. (Thorp *et al.*, 2005). Queste le circostanze entro le quali si è sviluppata la prassi psicologico-clinica: con un riferimento alla tradizione psichiatrica da un lato e con una prassi orientata dall'esperienza sul campo dall'altro. Accanto al sapere prodotto in laboratorio, iniziò a costituirsi un corpus di conoscenze e di strumenti messi a punto sul campo, nel trattamento dei reduci di guerra. Come si è detto, per Albee (2000) gli psicologi hanno commesso "un errore fatale che da sempre ha distorto e danneggiato lo sviluppo della Psicologia Clinica" (p. 247). L'errore, riconducibile al modello di formazione Boulder, sta "nell'accettazione acritica del modello medico, della spiegazione organica dei disturbi mentali⁴, e insieme, nell'avallo dell'egemonia psichiatrica e del modo di procedere del pensiero e del linguaggio medico" (Albee, 2000, p. 247). Per anni gli psicologi sono stati formati nei centri psichiatrici ed era loro richiesto di fornire "servizi psichiatrici", in particolare nei confronti dei reduci di guerra che avevano bisogno di interventi motivati da disturbi mentali o emozionali (Albee,

¹ Il modello di formazione di Boulder prende il nome dalla conferenza in cui fu definito e prevede l'utilizzazione del metodo scientifico nella pratica clinica e intende formare gli psicologi ad avvalersi dei risultati della ricerca, nell'ambito della pratica. Ha lo scopo di formare *scientist-practitioner* in grado di valutare i propri interventi avvalendosi di tecniche empiriche e di diffondere tali risultati dai setting clinici alla comunità scientifica (Drabick & Goldfried, 2000). Il modello di Boulder ha fornito la struttura di riferimento per la maggior parte dei programmi di formazione in psicologia clinica, sviluppati negli anni successivi negli Stati Uniti: una preparazione pratica nella ricerca scientifica, contemporaneamente ad una preparazione nella professione clinica.

² United States Public Health Service (Servizio sanitario pubblico statunitense).

³ Veterans Administration (amministrazione dei reduci di guerra).

⁴ Secondo Albee, ad influenzare il campo della psicologia nella direzione della medicina fu in particolare un importante clinico, David Shakow che, facendo ricerca al Worcester State Hospital, fece in modo che il concetto di disturbo mentale fosse accettato e chiaro.

1998). La formazione degli specializzandi in psicologia clinica era sistematicamente realizzata entro setting psichiatrici; così gli psicologi hanno fuorviato le loro risorse in formazione, accettando che aderissero alla visione fragile, teoricamente poco precisata, spesso incompetente, proveniente dalla cultura psichiatrica (Albee, 2000).

Secondo Albee, gli psicologi hanno violato - per ignoranza o per inesperienza - il principio fondamentale della formazione professionale: forma gli studenti a casa tua, altrimenti diventerai una professione ausiliaria (Albee, 1964).

Negli anni in cui è prevalso il modello di Boulder, molti psicologi si sono opposti alla dominazione della psicologia clinica da parte della psichiatria e dei modelli psichiatrici, spronando la psicologia a fondare i propri centri di formazione e di pratica, coerenti con i modelli d'apprendimento psicologico e dotati di supervisione e mentoring psicologici (Albee, 1964). Se ciò fosse stato fatto, il corso della storia psicologica sarebbe stato completamente differente, ma la psicologia ha rifiutato un modello di apprendimento più appropriato per il suo intervento (Albee, 1975) e gli psicologi clinici hanno imparato a trattare con i loro "pazienti" negli studi privati, con una committenza che chiedeva una diagnosi medico-psichiatrica, per ottenere il rimborso dalle compagnie d'assicurazione.

Il contesto economico-politico statunitense

La spiegazione del disturbo mentale attraverso il modello del difetto medico/organico/cerebrale "è supportata dalla classe dominante perché non richiede un cambiamento sociale e un riadattamento maggiore dello status quo" (Albee, 2000, p. 248).

D'altro canto, la spiegazione dei problemi attraverso il modello sociale "cerca di porre fine o ridurre la povertà con tutti gli stress ad essa annessi, così come alla discriminazione sociale, allo sfruttamento e al pregiudizio come alle altre fonti di stress che portano ai problemi emozionali" (Albee, 2000, p. 248). Schierandosi con il punto di vista conservativo sulla causalità, la psicologia clinica si è unita alle forze che perpetuano l'ingiustizia sociale. Gli psicologi sono ora impantanati in un vicolo cieco bloccati da un sistema sanitario lucroso, una logica aziendale in cui l'unica preoccupazione è per il profitto.

Negli Stati Uniti, "i servizi di psicoterapia occupano una piccola nicchia nell'enorme universo dei servizi della salute mentale. Le forze interne a questo universo stanno comprimendo la psicoterapia in minuscoli comparti e stanno cambiando la natura del progetto terapeutico" (Wampold, 2001, p. 1-2). Negli anni 90, l'intervento biomedico è diventato, sempre più, il tipo di trattamento utilizzato per trattare problemi psicologici a discapito dell'intervento psicologico che continua ad essere sempre meno utilizzato. Per esempio, dal 1987 al 1997 la percentuale di pazienti depressi trattata dai medici di base con gli antidepressivi è aumentata dal 69% al 87%, mentre la proporzione trattata dagli psicologi si è ridotta dal 30% al 19% (Barlow, 2004). "La psicoterapia è efficace, ma è troppo costosa per essere redditizia per il sistema sanitario aziendale, così la psicoterapia non è sostenuta. La farmacoterapia sviluppata dalle giganti case farmaceutiche va per la maggiore e la psicologia clinica, da tanto tempo bloccata nel modello medico/organico, ha poche chance di andare avanti" (Albee, 2000, p. 248).

Secondo Wampold (2001), le pressioni del sistema dei servizi sanitari hanno forgiato la psicoterapia entro il modello dei trattamenti medici. La psicoterapia è ascritta entro la terminologia medica: diagnosi, piani di trattamento, trattamenti validati e condizioni mediche necessarie per nominarne solo alcuni.

L'aziendalizzazione del sistema sanitario ha amplificato la necessità di provare i benefici della psicoterapia. Il sistema sanitario è controllato da committenti privati e istituzionali che chiedono di provare che valga la pena rimborsare il lavoro svolto dagli psicologi nella psicoterapia (La Roche & Christopher, 2008).

Nel 1995 è stata organizzata una Task Force in risposta alla soverchiante egemonia degli interventi biomedici. Appena insediata, essa ha chiesto di supportare i propri sforzi dichiarando in toni molto allarmanti: "Se la psicologia clinica vuole sopravvivere nell'era della psichiatria biologica, l'APA deve attivarsi per enfatizzare il valore di ciò che abbiamo da offrire - una varietà di psicoterapie di comprovata efficacia" (Task Force, 1995, p. 3)

L'adesione acritica della psicologia clinica al modello medico ha fatto sì che nella psicologia si utilizzassero gli stessi metodi di validazione dei trattamenti, primo fra tutti la procedura dei trials controllati e randomizzati (RCT) (Wallace, 2001; Cardemil, 2008; La Roche & Christopher, 2008). Ora "per sopravvivere gli psicologi devono sforzarsi di ottenere una prescrizione dei privilegi, uno sforzo che appoggi ulteriormente il modello della malattia organico/cerebrale" (Albee, 2000, p. 248).

La prescrizione dei privilegi sembra costringere sempre più gli psicologi a conformarsi al modello della prassi medica. Per Wampold, inoltre, è evidente che la psicoterapia sia incompatibile con il modello medico e la concettualizzazione della psicoterapia entro le categorie mediche snatura la sua essenza e ne mostra le prove all'interno del suo libro.

Approdando nell'area medica, la cosiddetta *talk therapy* diventa tronca e prescrittiva e gli psicologi e gli psicoterapeuti sono costretti, per ragioni economiche, a praticare forme di terapie diverse da quelle per cui si sono formati e che preferirebbero praticare. Detto in toni più allarmanti, "la medicalizzazione della psicoterapia potrebbe distruggere la *talk therapy* quale trattamento benefico dei problemi psicologici e sociali" (Wampold, 2001, p. 2).

Secondo Wampold, nell'attuale panorama statunitense, per i terapisti non è più possibile ottenere un rimborso dalle aziende del sistema sanitario (HMOs) conducendo trattamenti a lungo termine. Molto spesso, i trattamenti possono essere rimborsati solo se rivolti a particolari disturbi mentali con specifiche diagnosi. Per esempio, per giustificare (e ottenere il rimborso) di un trattamento rivolto ad un cliente con un matrimonio tribolato che sta attraversando una sequela di problemi, come l'abbassamento della performance lavorativa, l'assenteismo, la malinconia, deve necessariamente essere attribuita una diagnosi rimborsabile, come un disturbo depressivo maggiore. Parallelamente, la pianificazione di un trattamento rivolto ai pazienti assicurati deve essere orientata all'obiettivo di alleviare i sintomi della depressione, piuttosto che al trattamento di divergenze familiari, al cambiamento di pattern relazionali oppure al miglioramento della comunicazione nella coppia. Di seguito approfondiremo le conseguenze di tale situazione.

Il panorama europeo ed italiano

Un problema che si affronta nel considerare il panorama scientifico nel contesto europeo è l'assenza di una definizione condivisa e chiara della psicologia clinica (Pagano & Potì, 2007). La tendenza dominante in ambito letterario sembrerebbe proporre e reiterare in particolare l'identificazione della psicologia clinica con la psicoterapia e l'utilizzo di un modello medico - psicopatologico di "cura", che considera l'oggetto della psicologia clinica il disagio, la sofferenza o la malattia mentale (Circolo del Cedro, 1991; Golse, 2005; Hoffman & Douville, 2005; Lombardo & Stampa, 1991; Robinson, 2005). Rispetto a ciò, Lunt (1996) sottolinea come la psicologia clinica in Europa sia segnata dalla dominanza della psicoterapia. Questo dell'assimilazione concettuale tra psicologia clinica, psicoterapia e psicopatologia, è un orientamento rintracciabile nelle pubblicazioni della comunità scientifica o nelle prassi professionali ed è dato per scontato, assunto come dato di fatto, raramente oggetto di riflessione e definito nelle sue premesse o nelle sue implicazioni teoriche e per l'intervento (Pagano & Potì, 2007).

Una simile tendenza è riscontrabile anche in Italia, ed ha costituito un orientamento che ha profonde radici storiche e culturali ed è stato oggetto di riflessione da parte di alcuni psicologi clinici (Carli, 1987; 2005; 2006; 2007; 2008; Circolo del Cedro, 1991; Lombardo & Stampa, 1991).

Più volte, questa Rivista di Psicologia Clinica ha ospitato tale dibattito approfondendo in particolare i temi di una *psicoterapia volta a correggere deficit* e di una *psicoterapia volta a promuovere sviluppo*. Come si è detto, si tratta di due opzioni professionali molto diverse, fondate su ruoli, funzioni e rapporti con la domanda del committente letti diversamente, su

metodologie di azione professionale distinte, con obiettivi spesso divergenti⁵. Il primo tema concerne la psicologia clinica che fonda la propria prassi sul modello medico, il secondo, invece, la psicologia che si pone come obiettivo l'intervento entro la relazione tra individuo e contesto e pertanto lo sviluppo delle capacità produttive e di scambio da parte di chi chiede l'intervento.

Nel caso della correzione di un deficit, la posizione dello psicologo clinico è quella di chi pensa di essere legittimato ad intervenire sulla base di una situazione problematica, letta quale scarto da un modello che si ipotizza condiviso e legittimato socialmente. Questo modo di intendere la psicologia è l'esito di una scissione, tra psicologia quale scienza e psicologi, attraverso la quale si relega la competenza professionale di questi ultimi all'applicazione di tecniche e alla psicoterapia. Area, quest'ultima, comprendente molteplici metodi, spesso teoricamente incompatibili tra loro, volti all'intervento ortopedico che tratta la domanda quale richiesta di cura dei disturbi mentali, della sofferenza psichica, ristretta a singoli individui. Nella seconda opzione, la psicologia è considerata una scienza che consente di intervenire nella relazione tra individuo e contesto, quindi entro i problemi di convivenza, per un loro sviluppo. Lo sviluppo è l'obiettivo di chi interviene entro la relazione tra individuo e contesto, ed assume la capacità produttiva e la competenza a scambiare i parametri sui quali intervenire (Carli, 2006; 2007; 2008). La teoria della tecnica dell'"Analisi della domanda" proposta da Carli, si colloca all'interno di quest'ultima opzione. In quest'ottica, attraverso l'assunzione dello sviluppo quale parametro di riferimento per l'intervento psicologico rivolto all'adulto, vengono a cadere le differenze tra l'intervento che concerne la domanda di singoli o quella di strutture sociali ed organizzative. In entrambi i casi, l'obiettivo dello psicologo comprenderà sistematicamente lo sviluppo nella relazione delle persone o delle componenti organizzative con il loro contesto. Con l'analisi della domanda s'intende dare un contributo alla psicologia intesa quale scienza che fonda l'intervento psicologico, quindi una professionalità con suoi obiettivi e una sua teoria della tecnica.

E' evidente la differenza tra obiettivi ortopedici, volti a ricondurre l'individuo alla normalità (o, se si vuole, all'ortodossia), e obiettivi di sviluppo. La cura è una tipica modalità d'intervento ortopedico, che vede quale parametro da perseguire la normalità della singola persona. L'intervento di riduzione del deficit si appoggia al modello medico, assumendo lo scarto dal modello quale "malattia", e l'intervento ortopedico (che riconduce all'*ortos*, alla retta via) quale terapia, quale cura della malattia, con obiettivi di guarigione.

Ciò giustifica la confusione, nell'ambito della psicoterapia, tra professione medica e professione psicologica. Confusione curiosa e poco discussa, nonostante la profonda diversità, epistemologica e pragmatica, che differenzia la formazione del medico e dello psicologo e malgrado la fondazione biologica della prassi medica, ancorata non tanto

⁵ Per Carli, la caratteristica più interessante della psicologia, è data dal fatto di aver sviluppato specifiche teorie e concreti modelli dell'intervento. Gli interventi, nelle varie aree della società, possono essere declinati entro due ordini di condizioni che rendano possibile l'intervento stesso. Il riferimento è all'intervento professionale, generalmente inteso e fondato su una specifica competenza: intervento economico, intervento politico-legislativo, intervento culturale, intervento medico o sanitario in generale. Potremmo continuare a lungo. Ebbene, a ben guardare, ciò che rende possibile l'intervento, è riassumibile in una duplice condizione:

- l'intervento fondato sul *mandato sociale*;
- l'intervento fondato su una *committenza*.

Secondo Carli, il *mandato sociale* media tra scientificità e valori consensualmente accettati. Tale processo di mediazione con la scientificità che fonda la prassi, quindi di costruzione del consenso sulla credibilità della stessa prassi è in elaborazione continua, nelle più svariate sedi istituzionali. La *committenza*, invece, non ha a che fare, univocamente, con norme e valori prestabiliti. La *committenza*, infatti, porta in campo i suoi obiettivi. Comporta il consenso tra interlocutori - psicologo e cliente - che traduca in dimensioni operative, storiche e contingenti, le grandi finalità del mandato sociale, entro la specificità di quella *committenza*. La storicità e la contingenza della prassi fondata sulla *committenza*, implicano la necessità della verifica, orientata dagli obiettivi del committente, in base a criteri appositamente individuati. Con la *committenza*, vengono messe in gioco conoscenza ed utilizzazione delle risorse locali, proprie della specifica situazione entro la quale s'interviene.

all'individuo quanto al suo statuto biologico, corporeo; e la fondazione psicologica, appunto, della prassi psicologica, ancorata alla relazione tra individuo e contesto.

A fondamento del mandato sociale su cui poggia l'intervento di riduzione del deficit, s'invoca la funzione diagnostica, fondata sulle classificazioni dei disturbi mentali quali il DSM-IV o l'ICD 10. "Tali manuali diagnostici, d'altro canto, pur rappresentando uno sforzo importante, per la Psichiatria, di trovare un linguaggio comune per una definizione condivisa dei disturbi mentali, non possono essere di certo un buon punto di partenza per un intervento psicologico clinico. Innanzitutto, si tratta di manuali che fanno riferimento alla Psichiatria, non alla Psicologia Clinica. In secondo luogo, ed è questo un grande limite della Psichiatria e della sua pretesa di assimilarsi ad altre aree della medicina, questi manuali sono descrittivi di fenomeni, non proponendo alcuna ipotesi eziopatogenetica dei fenomeni stessi" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004, p. 39).

Si sa, d'altro canto, che l'intervento medico poggia le sue basi scientifiche e la sua efficacia pragmatica sulla conoscenza eziopatogenetica di gran parte delle forme curabili della malattia. Pensare di legittimare un intervento di correzione del deficit, sulla base di diagnosi riferite alla nosografia presente in questo tipo di manuali significa, quindi, prescindere radicalmente dal vissuto del singolo sullo "scarto dal modello"; ed al contempo definire lo stesso "scarto dal modello" tramite dimensioni diagnostiche non aiuta a discernere tra le differenti tecniche d'intervento psicoterapeutico in quanto non si evidenzia l'utilità dell'una o dell'altra (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004).

Il modello medico è fondato sulla valutazione dell'altro entro la logica "modello-scarto dal modello". Vale a dire che si guarda al comportamento, alle emozioni, ai vissuti dell'altro, valutandone la corrispondenza ad un modello di normalità, o allo scarto da tale normalità. Quindi, "l'intervento di riduzione dello scarto è legittimo nel caso in cui la domanda provenga dalla persona portatrice dello scarto, come quando è posta da altre persone del contesto: un medico, un superiore gerarchico dell'interessato, un genitore" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004, p. 38). La denuncia, la rilevazione, l'evidenza di uno scarto dal modello implicano, sempre, una relazione di potere sociale efficace, tra chi denuncia, rileva, rende evidente lo scarto, e chi ne è l'oggetto. E' possibile sostenere che tale rapporto di asimmetria di potere sia funzionale al controllo: evidenziare uno scarto dal modello e correggerlo sono espressioni di una implicita volontà di controllo sociale. Questo fa capire come il *comportamento* sia l'oggetto più rilevante di questo modo d'intervenire (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004).

L'intervento di riduzione dello scarto dal modello è rivolto al singolo individuo considerato in senso acontestuale. Con la stessa logica si può intervenire anche entro il contesto familiare, ma nell'ottica di trattare la famiglia come un "individuo" che scarta da un modello prefissato, del quale il terapeuta è il depositario (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004).

Il medico è una delle figure professionali che operano con uno specifico riferimento al potere del mandato sociale. Ricordiamo che, quando si è ammalati o si sta male, si è obbligati a ricorrere alle cure di una persona professionalmente competente, vale a dire al medico. Parallelamente, il medico è obbligato ad erogare la prestazione, ne consegue il reato di omissione di soccorso. Entro l'area medica, poi, i pazienti potranno scegliere in base alla reputazione dei vari professionisti. Il mandato sociale e la reciproca costrizione nella prestazione e nella domanda, da parte del medico e del paziente, trovano il loro corrispettivo in una competenza medica che si propone come forte. Entra in gioco, con tutto il suo potere, il sapere medico con le sue codificazioni, classificazioni della patologia e con gli apporti scientifici alla diagnosi ed alla terapia. La competenza medica consiste nel ricondurre il disagio, denunciato dal paziente, ad una precisa codificazione del quadro patologico, al fine di una iniziativa terapeutica adeguata alla diagnosi. E' l'esistenza di questo insieme di codificazioni conoscitive della patologia, su cui si fonda il protocollo delle iniziative terapeutiche, che rende "obbligato" il ricorso al medico, nel caso di una malattia.

La psicologia ha tentato di porsi entro l'area medica, al fine di evitare l'incontro con la domanda del cliente, quindi nella speranza di poter fruire dei vantaggi di una professione "obbligata" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004). Questo può aiutare a comprendere il fermo e costante ancoraggio degli psicologi alla psicoterapia, quale unica via professionale per loro possibile. Affrontare la domanda di chi si rivolge allo psicologo richiede, da parte di

quest'ultimo, la conoscenza e l'uso di modelli adeguati all'analisi ed alla traduzione in prassi della domanda stessa. Fare psicoterapia in riferimento a un mandato, di contro, significa trattare la domanda di chi si rivolge allo psicologo quale richiesta scontata di diagnosi e terapia, nell'ipotesi di poter trattare quanto il cliente propone, quale espressione di una forma psicopatologica, da ricondurre ad una classificazione entro il corpus della psicopatologia (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004). Di qui il privilegiare la domanda che concerne "individui", estrapolando la domanda stessa dal contesto; ed il contemporaneo tentativo di ricondurre a problemi acontestuali anche le domande che segnalano problemi organizzativi e di convivenza. "Tutto questo è stato possibile, non occupandosi della domanda sociale rivolta alla psicologia, dando per scontata la modalità "terapeutica" dell'intervento psicologico, ignorando quei segnali che mostrano un'attesa diversa, da parte del sistema sociale, nei confronti dello psicologo" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004, p. 20).

Conseguenze legate all'utilizzo del modello medico

Passiamo ora ad analizzare più in dettaglio le conseguenze connesse all'utilizzo del modello medico in psicologia clinica.

Secondo Wampold, uno dei più rilevanti problemi concerne la *perdita dell'essenza dell'esperienza psicoterapeutica*, laddove la psicoterapia è considerata un'esperienza di cambiamento personale e di vita che non può essere forzata entro un trattamento fondato sul modello medico.

Nel modello medico, l'enfasi non si pone sul processo condiviso tra cliente e professionista, ma sulla specificità del trattamento. Sulla base del modello medico, sono formulate le spiegazioni dei disturbi, dei problemi e dei disagi; si suppone che i trattamenti contengano "ingredienti specifici" considerati necessari al cambiamento. Nel loro lavoro, i terapeuti si focalizzano su tali "ingredienti specifici", i principi attivi ai quali i ricercatori attribuiscono i benefici della psicoterapia (Wampold, 2001). In questo modo si perde tutta la questione inerente il senso della psicoterapia sia per chi si avvicina all'esperienza da cliente sia per chi la conduce professionalmente.

L'influenza del modello medico in ambito psicologico è evidente molto nell'utilizzo della metafora farmacologica (Stiles & Saphiro, 1989). I trattamenti psicologici, infatti, sono considerati metaforicamente come farmaci che vengono somministrati alle persone e che curano i disturbi. Sono "trattamenti per condizioni", proprio come i farmaci sono trattamenti per le infezioni. Lavorano producendo cambiamenti nell'organismo con un fascino tutto meccanicistico. In quest'ottica, i clienti hanno problemi che non possono affrontare da soli perché sono bloccati nelle loro difese, condizionati dalle loro abitudini o da schemi disfunzionali: ciò di cui hanno bisogno è l'intervento esterno di un esperto che applichi le tecniche prescelte (Wampold, 2001). Entro il modello medico, l'idea che il paziente possa raddrizzarsi da solo è teoricamente inspiegabile così come è inspiegabile che un persona possa guarire dal cancro senza trattamento. Tutti sanno che queste cose accadono, ma si suppone che siano casi insoliti (Wampold, 2001).

In parte ciò è dovuto al fatto che la nostra cultura non prevede che le persone possano autogenerare i processi al loro interno. Come sostengono Bakan (1996) e Gendlin (1990), molti dei nostri modelli, da quelli religiosi a quelli dell'educazione tradizionale, quelli genitoriali e quelli psicologici considerano il cambiamento quale impiantato nelle persone da agenti esterni. I clienti cambiano attraverso l'"interiorizzazione" dei terapeuti o attraverso l'eliminazione delle paure da parte del terapeuta o attraverso la sostituzione di convinzioni disfunzionali con convinzioni funzionali.

Il modello medico può fondare trattamenti apertamente prodotti entro contesti medicalizzati, ma anche trattamenti pedagogici. Ad ogni modo, racchiude in sé l'idea che l'agente del cambiamento sia il terapeuta esperto (Bohart & Tallman, 1999; Orlinsky, 1989) e si basa su una logica di intervento ortopedico, orientato alla correzione del deficit entro un ipotesi di cambiamento lineare.

L'esito è che il cliente non si sente un promotore del suo stesso cambiamento, ma solo un oggetto *sottomesso* all'azione di fattori esterni come i farmaci o l'abilità-esperienza di uno

psicoterapeuta⁶. L'utilizzo del modello medico fa sì che si istituisca un rapporto di dipendenza tra il cliente e il tecnico, in cui il tecnico detiene il potere di intervenire sull'altro che non può far altro che attendere con fiducia il trattamento.

Le conseguenze dell'utilizzo del modello medico: la verifica in psicoterapia

Come è noto, il modello medico prevede l'attivazione di una procedura volta al miglioramento del sintomo, caratterizzata dalla diagnosi e dalla prescrizione di un trattamento (Bohart *et al.*, 1998). Il trattamento medico è farmacologico e può essere verificato attraverso disegni sperimentali di ricerca che adottano il paradigma doppio-cieco e utilizzano il gruppo di controllo (randomized double-blind placebo control group design).

Storicamente, l'utilizzo di questo metodo risale agli anni '30, fu originariamente sviluppato negli USA e Gran Bretagna per il campo medico (Shapiro & Shapiro, 1997; Wampold, 2001) con l'intento di mantenere costanti tutti i fattori eccetto il principio attivo della medicazione (Baskin *et al.*, 2003; Castelnuovo *et al.*, 2004). Dopo l'utilizzo in medicina, Rosenthal and Frank (1956) suggerirono che il "randomized double-blind placebo control group design" potesse essere adottato anche nella ricerca in psicoterapia. Il National Institute of Mental Health (NIMH) appoggiò la proposta e decise di applicare alla valutazione della psicoterapia la stessa metodologia usata nella ricerca sui farmaci (i trials controllati e randomizzati, RCT) (Duncan, 2002). In tal modo si reificò d'un tratto la suggestiva analogia tra la psicoterapia e la cura medica *tout court*.

La "*Evidence based medicine*" è divenuta un vero e proprio "fenomeno sociale" e la validazione sperimentale dei trattamenti ha acquisito "un potente ruolo di imporre 'verdicti' circa che cosa sia un buon trattamento e che cosa non lo sia" (Starcevic, 2003, p. 278).

Questo fenomeno sociale ha interessato anche la psicoterapia, ciò malgrado le procedure EBM standard siano spesso non applicabili nel campo della psicoterapia, considerando che le procedure di evidenza sono basate sull'osservazione e la ricerca che non sono mai libere da teorie o valori di riferimento. L'adozione dell'EBM è fondata sul realismo scientifico, che postula che esiste una realtà indipendente e la verità è raggiungibile attraverso le metodologie scientifiche (Starcevic, 2003).

Negli anni, l'emanazione degli standard e delle linee-guida riguardo agli EST da parte del National Institute of Mental Health ha riscosso molto successo e suscitato grandi entusiasmi in un certo numero di psicologi. Tuttavia molti altri psicologi restano scettici a riguardo come anche rispetto all'enfasi sui trattamenti manualizzati e sugli specifici effetti. Costoro sostengono l'inapplicabilità degli EST ad un ampio range di clienti per la personalità, la cultura e l'etnia (Wampold, 2001; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).

Le conseguenze di tale processo sono state molto ampie. Molti aspetti critici sono stati evidenziati (cfr. Castelnuovo *et al.*, 2004) relativamente all'utilizzo degli EST in psicoterapia.

Innanzitutto, per permettere l'utilizzo dei protocolli di sperimentazione devono essere adottate terapie manualizzate più vicine ai protocolli farmacologici e ai sistemi di classificazione dei disturbi.

Negli USA, il sistema di erogazione dei finanziamenti incentiva l'utilizzo di questo paradigma di ricerca, in conseguenza di ciò, uno studio può includere terapie manualizzate (per avvicinarsi ai protocolli farmacologici) e disturbi basati sul DSM-IV per ottenere una

⁶ Si tralascia in questa sede di discutere la posizione diametralmente opposta che attribuisce al cliente tutti i "meriti" dei risultati ottenuti. Tale posizione, ampiamente discussa nel contributo del gruppo di Castelnuovo (2004), scaturisce dall'affermazione di Roger (1957): nella psicoterapia se i clienti hanno un'atmosfera supportiva possono generare tutti i cambiamenti da sé. Ne consegue che è principalmente il cliente a far sì che la terapia funzioni (Bohart & Tallman, 1996). In quest'ottica il cliente è il vero terapeuta e i terapeuti sono in realtà facilitatori dei processi di cambiamento già presenti nel cliente. Il cliente genera da sé i processi che sono attivi produttori del cambiamento. Dapprima i clienti apprendono in modo attivo e, in secondo luogo, essi producono cambiamento nel senso che producono nuove prospettive e significati. I clienti fanno scoperte non attese dai terapeuti e utilizzano le risposte dei terapeuti in modo creativo per crescere.

finanziamento dall'NIMH, non a caso “i fondi per studi non relazionati a specifici disturbi sono drasticamente diminuiti di circa il 200% dalla seconda metà degli anni '80 fino agli anni '90. Oltre a questi effetti limitanti, il forzare a tutti i costi la metodologia degli RCTs alla psicoterapia è praticamente una tirannia priva di ogni ragionevolezza scientifica” (Duncan, 2002, p. 45).

Questo ha delle ricadute sia sulla scelta dei trattamenti, sia sulla tipologia di ricerca svolta. Infatti, i trattamenti definiti come empiricamente supportati hanno via via determinato sempre più le terapie e i test condotti, ciò che si insegna e ricerca e, ultimamente, anche ciò che è rimborsato e penalmente perseguito (La Roche & Christopher, 2008).

Tale situazione ha fatto sì che, a discapito di qualificati trattamenti, si promuovessero maggiormente i trattamenti più facilmente specificabili in manuali e protocolli di trattamento e indirizzati verso specifiche problematiche o popolazioni (Brunswick, 1952). Ne hanno tratto vantaggio i trattamenti cognitivo-comportamentali che hanno imposto una certa supremazia in questo ambito. A farne le spese sono, da un lato, i trattamenti più complessi e meno procedurali e, dall'altro, l'innovazione clinica nella pratica e nella ricerca in psicoterapia (Castelnuovo et. al., 2004; Chwalisz, 2000; Jacobson & Christensen, 1996) dal momento che in tal modo si possono valutare solo i trattamenti già esistenti, ma non svilupparne di nuovi e migliori.

Il peso della sentenza della Task Force è evidenziato anche dal fatto che i trattamenti empiricamente supportati continuano a rappresentare gli standard di ricerca nella psicoterapia statunitense (Sternberg, 2006) e non solo. Anche Goldfried e Wolfe (1996) suggeriscono che i ricercatori degli effetti della psicoterapia sono diventati sempre più dipendenti dal metodo dei trials clinici per determinare i migliori trattamenti.

Infine, gli psicologi sono sempre più costretti ad interessarsi alle restrizioni imposte sulla loro pratica dal sistema sanitario, così come alle ramificazioni penali di questi standard.

In accordo con Beutler (1998), la frequente conseguenza di questo metodo di validazione delle psicoterapie è che si crea un “sistema imposto legalmente” per determinare quali psicoterapie sarebbero accettabili o meno e, conseguentemente, rimborsabili. Il risultato finale è che “il sistema sanitario sempre più detta legge nell'indicare agli psicoterapeuti quali approcci devono usare con specifiche diagnosi per ottenere i rimborsi” (Duncan, 2002, p. 47).

Conclusioni

Si è visto come le due opzioni della psicologia clinica, l'adesione al modello medico orientato alla correzione del deficit, e l'orientamento alla promozione dello sviluppo della relazione tra individui e contesto sono strettamente dipendenti dalle circostanze culturali entro cui la psicologia clinica viene praticata. Il sistema di valori che orienta, consapevolmente o inconsapevolmente, lo psicologo clinico ha una stretta connessione con la cultura entro la quale si lavora, con i modelli valoriali ai quali si aderisce. Il sistema di attese dello psicologo influenza direttamente e indirettamente la prassi utilizzata⁷. Ad ogni modo, tali attese non derivano sempre esplicitamente dal sistema teorico di riferimento

⁷Secondo Carli (2008) negli anni settanta: la psicoterapia e l'intervento psicosociale facevano riferimento a due grandi aree valoriali: il “cambiamento” da un lato, la diade “invidia – gratitudine” dall'altro. All'epoca si parlava molto di resistenza al cambiamento. Il cambiamento al quale si resisteva, d'altro canto, era ideologicamente orientato: concerneva l'incremento dei sistemi di partecipazione, la democratizzazione nei modi di gestione del potere organizzativo, la valorizzazione del conflitto quale dinamica che consentiva, anche se a fatica, una maggiore giustizia e una più rapida emancipazione dei gruppi socialmente più deboli (Carli, 2008). Nello stesso periodo, gli psicoanalisti d'impronta kleiniana utilizzavano quale criterio di sviluppo entro il lavoro psicoterapeutico, il passaggio dalla posizione schizo-paranoide a quella depressiva, quale evoluzione dell'invidia entro il transfert; con l'evoluzione riparatoria che portava il paziente a vivere esperienze di gratitudine (Carli, 2008).

utilizzato dallo psicologi, ma spesso hanno a che fare con la situazione culturale entro la quale si opera. D'altro canto, nelle varie situazioni storiche può cambiare anche la domanda del cliente. La dinamica collusiva che organizza la relazione tra la domanda dei clienti e il sistema di attese dello psicologo è poco studiata, ma sembra avere una forte influenza entro l'esperienza psicoterapeutica. Secondo Carli, la crisi economica, provocata dalla crisi finanziaria, i cui prodromi si stanno già vedendo (disoccupazione ingravescente, aumento della forbice tra ricchi e poveri, ricomparsa di una forte conflittualità sociale, diffusione della condizione di povertà, abbassamento della speranza di un'occupazione lavorativa per i giovani, ripresa della corruzione, aumento della marginalità sociale, nuove energie per la criminalità organizzata) avrà un effetto rilevante sulla dinamica culturale degli anni a venire. L'Autore si auspica che il mutamento delle condizioni economiche nei paesi sviluppati, si accompagni a una ricomparsa di quel sistema di valori che la "follia finanziaria" ha contribuito a eclissare.

Come emerge da questo lavoro, l'adesione della psicologia clinica al modello medico comporta inevitabilmente delle conseguenze negative. Pensare a tutto ciò ci porta a sperare che la psicologia clinica dell'intervento riesca a proporsi nel panorama internazionale riprendendo la sua strada di attenzione allo "sviluppo" delle singoli e dei gruppi sociali entro i sistemi di convivenza, più che continuare a presiedere alla "normalizzazione" delle situazioni patologiche e alla correzione dei deficit. Per far sì che la psicologia riprenda e valorizzi le proprie specificità, ci si auspica che il sistema di attese degli psicologi possa puntare sull'importanza e la peculiarità del "pensare le emozioni" senza lasciarsi attrarre dal successo sociale ricercato con la mimesi del modello medico.

Bibliografia

Albee, G.W. (1964). President's message: A declaration of independence for psychology. *Ohio Psychologist*, No. 4.

Albee, G.W. (1969). Who shall be served? My argument with David Shakow. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1, 4-7.

Albee, G.W. (1975). About Dr. Shakow. *The Clinical Psychologist*, 29, 1.

Albee G.W. (1998). Fifty years of clinical psychology: Selling our soul to the evil. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 189-194.

Albee G.W. (2000). The Boulder Model Fatal Flaw. *American Psychologist*, 55 (2), 247-248.

Bohart, A.C., O'Hara, M., & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatment: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research* (8), 141-157.

Bohart, A.C., & Tallman, K. (1999). *What clients do to make therapy work*. Washington, DC: American Psychological Association.

Cardemil, E. V. (2008). Commentary: Culturally Sensitive Treatments: Need for an Organizing Framework. *Culture & Psychology*, 3 (14), 357-367

Carli, R. (2006). Psicologia Clinica: professione e ricerca. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it

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

Carli, R. (1995). Il rapporto individuo contesto. *Psicologia Clinica*. 2, 5-20.

Carli, R. (Ed.) (1997). *Formarsi in psicologia clinica*. Roma: Kappa.

- Carli, R. (2005). La formazione psicologica in Italia. *Psicologia Scolastica*, 4 (3) 245-273.
- Carli, R. (2006). Psicologia Clinica: professione e ricerca. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it
- Carli, R., & Lancia, F. (1997). Formazione clinica e modelli culturali. In R. Carli (Ed.). *Formarsi in psicologia clinica* (pp.39-64). Roma: Kappa
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1993). Percorsi per la definizione del prodotto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 7, 21-45.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- 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 della psicologia in Toscana*. Ordine degli Psicologi della Toscana.
- Castelnuovo, G., Faccio, E. Molinari, E., Nardone, G., & Salvini A. (2004). Un'analisi critica degli "Empirically Supported Treatments" (ESTs) e della prospettiva dei "fattori comuni" in psicoterapia. *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica*, 1, 215-232.
- Circolo del Cedro (1991). Tre Tesi e sei Questioni sulla psicologia clinica: Materiali per un confronto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 251-259.
- Drabick, D.A.G. & Goldfried, M.R. (2000). Training the scientist-practitioner for the 21st Century: putting the bloom back on the rose. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 56 (3), 327-340.
- Duncan, B.L. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 32-57.
- Golse, B. (2005). La formation à la psychopathologie en faculté de médecine. *Psychologie Clinique*, 20, 67-70.
- Hoffman, C., & Douville, D.O. (Eds.) (2005). Pourquoi la psychopathologie clinique? [Special Issue]. *Psychologie clinique*, 20.
- La Roche, M., & Christopher, M.S. (2008). Culture and Empirically Supported Treatments: On the Road to a Collision?. *Culture & Psychology*, 3 (14), 333-356.
- Lombardo, G.P., & Stampa, P. (1991). Presentazione. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 246-259.
- Lunt, I. (1996). Competent to practise? A consideration of competence and qualification in Psychology and some of the issues involved in evaluating competence of psychologists in european countries. In J.Georgas, M., Manthouli, E. Besevegis, & A. Kokkevi (Eds.), *Contemporary Psychology in Europe* (pp. 43-54). Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.
- Pagano, P., & Potì, S. (2007). Un'analisi della letteratura sulla formazione psicologico clinica. *Atti del II Convegno Nazionale: Verso una nuova qualità dell'insegnamento e apprendimento della Psicologia, Facoltà di Psicologia, Padova 2-3 febbraio 2007*.
- Peterson, D.R. (2006). Connection and Disconnection of Research and Practice in the ducation of Professional Psychologists. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(S), 47-57
- Peterson, D.R. (2004). Science, scientism and professional responsibility. *Clinical Psychology: Science e practice*, 11, 196-210.
- Peterson, D.R. (2003). Unintended Consequences Ventures and Misadventures in the Education of Professional Psychologists. *American Psychologist*. Vol. 58, No. 10, 791-800.

Peterson, D.R. (1996). Making psychology indispensable. *Applied and Preventive Psychology, Volume 5, Issue 1, Winter 1996, Pages 1-8*

Peterson, D.R. (1995). The reflective educator. *American Psychologist, Dec; 50 (12): 975-83.*

Peterson, D.R. (1991). Connection and disconnection of research and practice in the education of professional psychologists. *American Psychologist. 46(4), 422-429.*

Robinson, H.B. (2005). *Psychologie clinique: De l'initiation à la recherche*. Paris: De Boeck Université.

Starcevic, V. (2003). Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australian Psychiatry, 11 (3), 278-281.*

Stricker, G. (2005). Old wine in new bottles. *Journal of Clinical Psychology. Vol. 61(9), 1101-1103.*

Wallace, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.