

Editoriale

di Renzo Carli*

Parliamo un po' di noi.

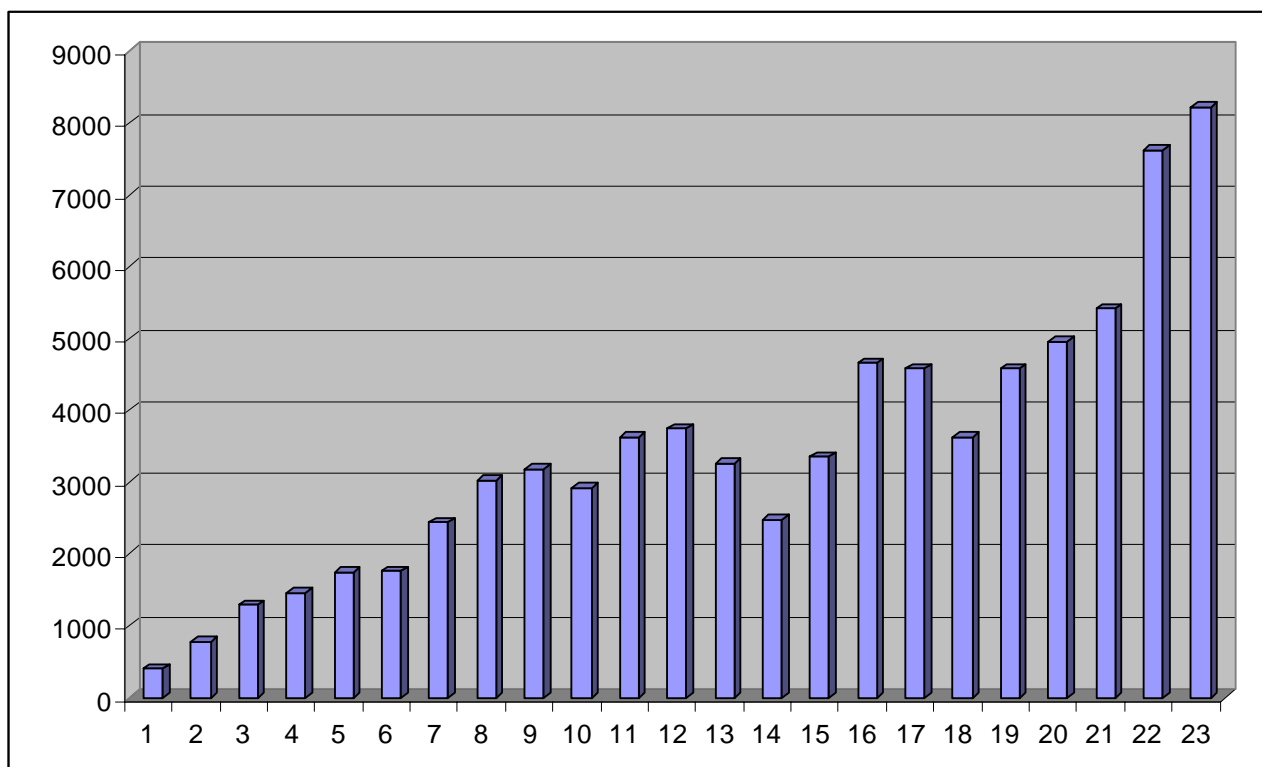
I dati di consultazione del sito www.rivistadipsicologiaclinica.it

Diamo un'occhiata ai dati che il provider del sito della *Rivista di Psicologia Clinica on line* fornisce circa il numero delle *visite* effettuate nel sito di RPC e sul numero dei *download* di articoli da parte dei lettori.

Un primo dato concerne le visite:

da quando la RPC è uscita, vale a dire dal luglio 2006, il numero totale delle visite al sito di RPC è di 79.134.

Guardiamo ora all'andamento, nel tempo, delle visite:



La tabella riporta il numero delle visite, mese per mese, *per i 23 mesi che vanno dal luglio 06 al maggio 08.*

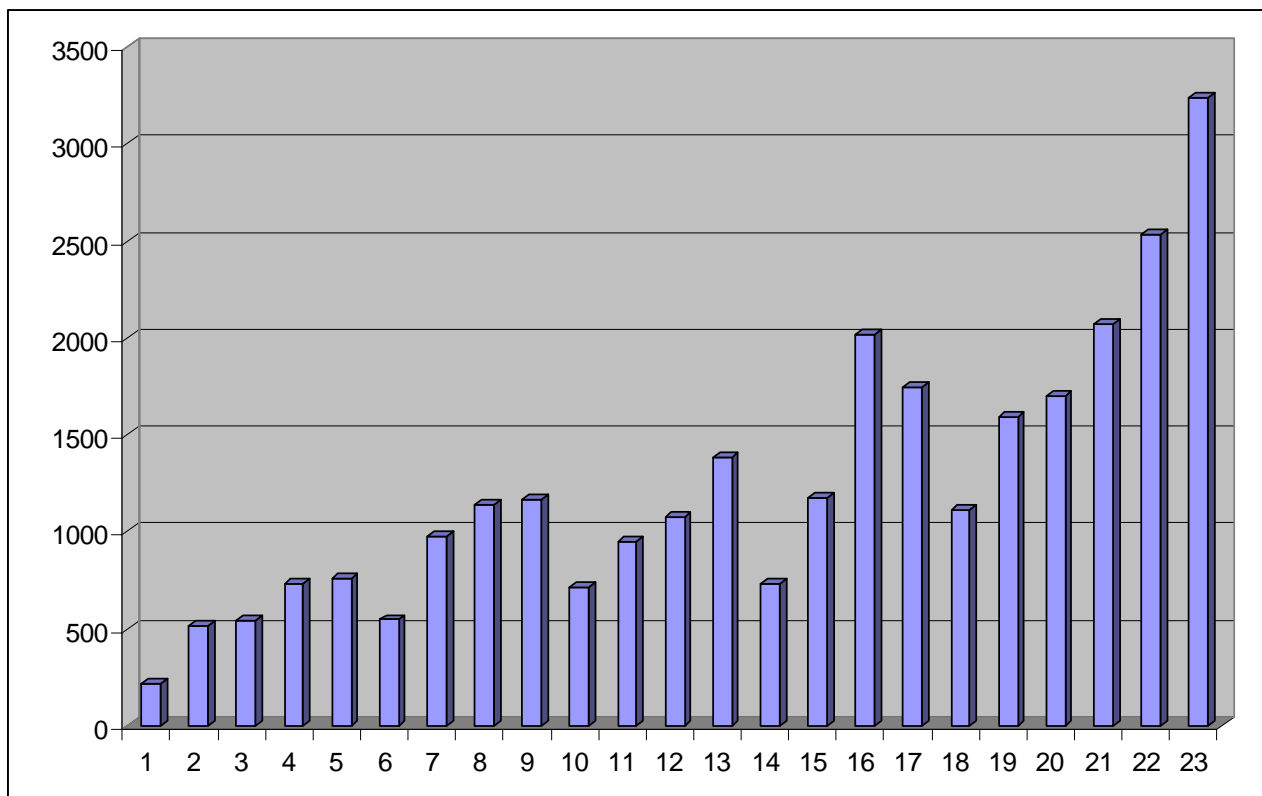
Come si vede, l'incremento è costante; si passa dai primi mesi, con meno di 2.000 visite, ad aprile e maggio 2008 con circa 8.000 visite al mese.

Guardiamo ora al numero dei download. E' questo il dato più rilevante per una rivista scientifica: indica, con buona approssimazione, il numero di persone che *leggono* la rivista; indica infatti il numero di volte in cui qualcuno scarica dal sito gli articoli di RPC: per leggerli, consultarli, archivarli, farsene qualcosa.

Da quando la RPC è uscita (luglio 06) ad oggi (maggio 08) i download effettuati sono stati 27.374.

*Professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma, presidente del corso di laurea "intervento clinico per la persona, il gruppo e le istituzioni", membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

I download sono il 34.6% delle visite. Ciò significa che *in più di un terzo delle visite si scaricano articoli dalla RPC*. Ci sembra questo un dato molto significativo circa l'utilizzazione della RPC. Vediamo ora l'andamento dei download nei 23 mesi di vita della RPC:



Anche in questo caso si può notare un significativo incremento dell'utilizzazione della RPC, con qualche decremento corrispondente ai mesi precedenti l'uscita di un nuovo numero di RPC. Si passa dai 500 download dei primi mesi, ai più di tremila dell'ultimo mese, in un andamento d'incremento costante.

Riportiamo in tabella il numero delle visite e quello dei download nel periodo luglio 06-maggio 08:

VISITE		DOWNLOAD	
400	lug-06	217	lug-06
779		513	
1286		545	
1464		736	
1737		763	
1760		548	
2440	gen-07	975	gen-07
3027		1139	
3186		1170	
2922		714	
3622		951	
3744		1079	
3267	lug-07	1386	lug-07
2480		734	
3346		1177	
4656		2014	
4581		1748	
3632		1110	

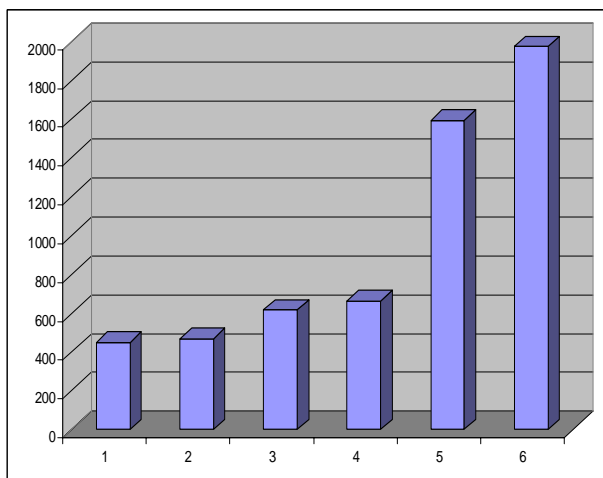
4580	gen-08	1594	gen-08
4959		1701	
5419		2069	
7625		2529	
8222	mag-08	3237	mag-08
79134	totale	27374	totale

Guardiamo ora alla dislocazione geografica delle visite. Il provider segnala che solo per il 48.60% delle visite è possibile conoscere la provenienza geografica. Ecco la dislocazione per "continenti" delle visite localizzate:

Continenti	n. visite dic.07-mag.08
Europa	10.537
Nord America	5.830
Asia	284
Africa	48
Oceania	57

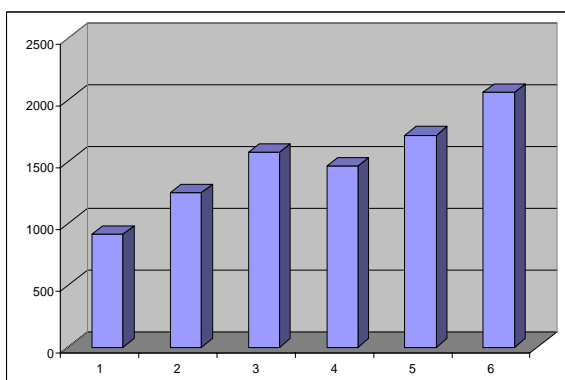
E' possibile notare come manchi l'America Latina: forse per una diffusione in quel continente sarebbe necessaria la traduzione spagnola della RPC

In particolare guardiamo alle visite effettuate negli Stati Uniti:



449 dic-07
471
616
663
1596
1974 mag-08
5769 totale

Ed a quelle effettuate in Italia:



912 dic-07
1247
1573
1460
1711
2056 mag-08
8959 totale

Guardiamo ora alla distribuzione delle visite in Europa, nel periodo dic. 07 – mag. 08:

Italia	8959
Svezia	817
Inghilterra	315
Germania	62
Spagna	54

La distribuzione delle visite in Nord America, sempre nel periodo dic. 07 – mag. 08:

USA	5769
Canada	74

Nello stesso periodo risultano 107 visite dal Giappone, 78 dall'Australia, 47 dalla Cina, 22 da Malesia, Sud Corea, Singapore, 10 dalla India e dalla Turchia, 15 da Israele, 40 dal Sud Africa, 5 dal Cameron e da diversi altri paesi.

Un'ultima considerazione riguarda il *tempo medio di permanenza nel sito per ogni visita*: si passa dai 50 sec. del luglio 2006 ai 3 min. e 10 sec. del maggio 2008; anche in questo caso l'incremento è costante.

Guardiamo ai dati dell'annata 2007: il primo numero è uscito a giugno 2007, mentre il terzo numero è uscito a fine febbraio 2008. A tutto il maggio 2008 non è ancora uscito il primo numero 2008. Pensiamo infatti di regolare la RPC con le seguenti uscite: 1° numero: giugno; 2° numero: novembre; 3° numero: febbraio.

Da giugno 2007 a maggio 2008 abbiamo avuto 19.988 download. Sono, in media, 6.663 download per ciascun numero di RPC/2007. *Si può ragionevolmente pensare che i lettori di ciascun numero di RPC siano 5.000 circa.*

Poco meno della metà dei lettori utilizza la lingua inglese. E la maggior parte dei lettori che utilizzano la lingua inglese è statunitense. Possiamo quindi affermare che 2.000 lettori abituali della RPC provengano dagli USA.

Considerazioni

I lettori di RPC avranno colto la linea culturale della rivista. La rivista è nata per *diffondere la produzione scientifica, nell'ambito della Psicologia Clinica italiana*, in Italia ed all'estero. Questo è il motivo per cui la RPC esce anche in lingua inglese.

La parola chiave che definisce la linea culturale è "Psicologia Clinica". Sappiamo che molte sono le anime scientifiche e culturali di chi si riconosce nell'ambito della Psicologia Clinica italiana. Ci sforziamo di accoglierle tutte e di stimolare un dibattito entro queste differenze. Promuovendo, peraltro, una politica culturale che sottolinea la rilevanza della relazione in Psicologia Clinica, piuttosto che orientamenti individualisti; l'attenzione dello psicologo clinico alla promozione di sviluppo, piuttosto che alla correzione di deficit; l'attenzione alla promozione di un pensiero sulle emozioni, piuttosto che al miglioramento di disturbi diagnosticati a partire da repertori di psicopatologia.

Pensiamo che la diffusione della rivista sia lo specchio della linea culturale seguita.

Riteniamo, anche, che la diffusione della RPC negli USA e più in generale nella sua edizione inglese dica con chiarezza che gli studi, le prospettive teoriche e le ricerche pubblicate in RPC interessano studiosi e professionisti non solo italiani.

Vorremmo saperne di più sui nostri lettori, così come vorremmo raccogliere le loro osservazioni sulla RPC, per *migliorarci* e rendere sempre più rispondente la rivista alle attese di chi ci consulta.

Per questo motivo, con il n. 1 di giugno, lo stesso in cui compare questo editoriale, pubblichiamo un breve questionario ove chiediamo ai lettori che lo vorranno di dirci qualcosa di loro e di esprimere una valutazione della RPC in alcuni ambiti.

Vorremmo anche aprire un dibattito con i lettori italiani e abitanti all'estero sulla linea scientifica della RPC, sui temi che la sostanziano: in particolare sul tema della convivenza e dei problemi di convivenza entro i contesti sociali, discutendo sul ruolo dello psicologo clinico in tale ambito. Lo faremo a breve termine.

Per ora un ringraziamento sentito a chi ci legge e ci incoraggia a proseguire nella strada intrapresa, da parte di tutti coloro che lavorano alla RPC, dal Comitato di Direzione al Comitato di Redazione.

La buona sessualità e le cosiddette disfunzioni sessuali in una prospettiva transgenerazionale. La “Salute sessuale” e le “cure materne”.

di Antonio Imbasciati*

Amore e/o sessualità

Sull'amore si è scritto fino dall'epoca in cui l'homo sapiens ha imparato a scrivere. Prima ancora ne ha parlato e l'ha cantato. Del resto quasi tutti gli animali lo “cantano”. Gli uomini si sono spesso posti il quesito se chiamarlo amore o sessualità. O se esistesse un amore non sessuale e allora in che modo concepirlo, distinguerlo e denominarlo nelle varie lingue; e per contro come considerare, e che nome dare a quella dimensione inerente al fatto che esistano due sessi distinti che si attraggono, e che da un loro accoppiamento deriva la continuazione della specie. E cos'è questa “dimensione”? L'attrazione e ciò che ne segue sembra implicare un movimento interno che spesso è difficile distinguere da quanto chiamiamo amore. Dimensione unica, allora? Il fatto è che nell'homo sapiens questa “cosa”, oltre a una gran varietà di comportamenti, implica un coinvolgimento psichico enorme e così complesso al punto che secoli di generazioni si sono affannate a decifrarlo, a indagarlo, a conoscerne aspetti ognora sottraentisi alla capacità di coscienza. Ogni scritto, ogni poema, ogni “canto” ne costituisce tentativo. Ogni rito, mito, favola, immaginazione, allucinazione ne è celebrazione. Ogni cultura ne ha elaborato una regolamentazione.

Dunque tutti, a vario titolo e da diverse prospettive, man mano che l'umanità si evolveva nello sviluppo delle differenti scienze, si sono occupati del “problema”. Alcuni letterati francesi lo hanno definito *le grand affaire de la vie*. In verità questo “affare”, affare in tutti i sensi, sembra essere il timone che dà la rotta al viaggio nella vita di ogni essere umano. Amore e sessualità: o, secondo alcuni, amore o sessualità? Il dilemma può essere omologato ad altri: carne o spirito? Corpo o anima? E quale anima? Si ha quasi l'impressione, da studiosi delle origini e dello sviluppo della mente, che l'uomo, sia nella sua filogenesi che nella sua ontogenesi, lentamente e progressivamente dal mero comportamento sessuale abbia estratto la dimensione soggettiva che ha chiamato amore, passibile di essere disgiunta, anche totalmente, dalle condotte che portano l'uomo e la donna a congiungersi. Per contro gli studi psicologici, celebri quelli dei coniugi Harlow (Harlow, 1958; Schrier, Harlow & Stollnitz, 1965), sembrano indicarci (Imbasciati & Margiotta, 2005 cap. 17) una direzione inversa: non dalla sessualità all'amore, ma dall'amore, questa volta della madre verso il suo piccolo, alla sessualità; dell'adulto. Tale conclusione proviene dalla constatazione sperimentale che le cure di accudimento, coi relativi comportamenti di contatto interattivo, sono indispensabili perché si sviluppino, anni dopo, la sessualità adulta. Abbiamo dunque, da un lato una impressione, o intuizione che proviene da una riflessione sulla filogenesi dell'introspezione umana, e dall'altro un dato sperimentale che depone in senso contrario. La contraddizione può essere in parte risolta considerando che il secondo percorso, seppur accertato, è del tutto inconsapevole, inaccessibile all'introspezione e al ricordo, mentre il primo proviene da ciò che ogni uomo riesce a captare, negli intenti e nei momenti della sua capacità di coscienza, da quello che “gli avviene”.

“Avviene”: certo, siamo proprio nell'area degli accadimenti psichici che “sopravvengono”, degli affetti da cui siamo, appunto, affetti (*ad-ficio, ad-fectum*); delle passioni che appunto patiamo (*patior, passus*); nel mondo psichico, diciamo oggi, regolato dal cervello destro (Schore, 2003a, b). Se questo è il percorso oggi accertato dalle scienze, il percorso inverso fa parte dell'universale tentativo della capacità di coscienza di scavare entro la soggettività nell'intento di risalirne alle radici, nei processi primari inconsapevoli: tentativo sempre incompiuto, se non ingannevole, giacché la qualità di coscienza è determinata da processi essi stessi inconsci (Imbasciati, 2005b;

* 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.

2006; 2007). Di qui il tentativo ognora rinnovato: di qui l'enorme letteratura su amore e sessualità, e se ne venga prima l'uno oppure l'altro, o l'uno dall'altro.

In psicologia a lungo si è invocato il concetto di istinto, per spiegarci quanto si andava denominando sessualità, e per contro quello di affetto, separato però da quello di cognizione, secondo una vecchia tradizionale dicotomia, quasi fossero ognuno "cose" diverse e solo la seconda fosse "mentale" [mentre la prima veniva apparentata (ipostaticamente – Imbasciati, 1994; 2007b) al biologico]. Il concetto di istinto è servito all'intento di interfacciare quanto controversamente si voleva ora separare ora riunire, ciò spesso in funzione di un'aprioristica convinzione del ricercatore. Ma il concetto di istinto, per gli umani, si è dimostrato inapplicabile (Imbasciati & Ghilardi, 1990; Ghilardi & Imbasciati, 1989). E d'altronde, per la mente, si è spazzata via l'antica dicotomia cognizione/affetto: entrambi i due ordini di eventi nominalmente differenziati sono ugualmente mentali, come le neuroscienze oggi dimostrano, differenti soltanto nel loro epifenomeno coscienziale. Queste due acquisizioni dovrebbero allora chiarire l'eterna diatriba: la sessualità fa parte delle manifestazioni dell'attività mentale finora detta affettiva, svolta in modo significativo in alcune parti del S.N.C. (cervello destro: Schore, 2003a, b), con tutto il loro patrimonio di capacità di elaborazione mnestica.

Queste due acquisizioni, tuttavia, col relativo mutamento concettuale delle denominazioni finora usate, pur considerate a livello scientifico, non sono ancora state assimilate dalla cultura generale, sicché in questa ancor oggi ci si dibatte sulle antiche questioni: amore e/o sessualità. Inoltre non è ancora stato assimilato il principio per cui occorre ben distinguere nello psichico ciò che *appare* alla coscienza – percezione e riferimento sensoriale, pensiero cognitivo, introspezione nei sentimenti e nei vissuti – da ciò che si *inferisce accadere* nella mente, sulla scorta di quanto documentato dall'indagine sugli eventi inconsapevoli e oggi da quella nel S.N.C.. Il concetto stesso di mente è cambiato.

Pertanto ancor oggi, in una letteratura parascientifica si continua a discutere sull'opportunità di distinguere una componente psichica, precipua della sfera detta affettiva, da componenti più propriamente biologiche che verrebbero invece attribuite agli eventi più manifestamente corporei: i nominalismi ancorati alle tradizionali accezioni di termini differenziati giocano un ruolo dominante. Così si continua a discutere se e come l'affettività condizioni la sessualità o questa condizioni quella, e si continua comunque a riferire al corporeo e dunque a meccanismi automatici della fisiologia l'insieme percettivo delle situazioni sessuali. In quest'ultimo riferimento si dimentica come la cosiddetta fisiologia della sessualità sia essenzialmente prodotta da una regolazione neuropsichica, e non da automatismi biologici. La sessualità è un evento essenzialmente psicosomatico: la "dimensione" sessuale dell'essere umano, sia nelle manifestazioni che appaiono chiaramente psichiche, sia in quelle che sembrano somatiche, è evento la cui comprensione e ancor più spiegazione rimandano alla mente, intesa come lavoro del S.N.C., e non ad automatismi periferici ascrivibili quindi esclusivamente alla fisiologia corporea. Il piacere sessuale stesso è un costrutto mentale, non una percezione in senso proprio, cioè originata da specifici apparati sensoriali e/o specifiche vie nervose periferiche. (Imbasciati, 1983; 1985; 1987; 2000. Imbasciati & Margiotta, 2005, cap. 17).

Pertanto, quando si parla di funzioni sessuali, ci si può riferire al funzionamento degli organi genitali ma non si può dimenticare che esso è "comandato" dal S.N.C., cioè determinato dalla mente. Tale messa in ombra, se non omissione, è invece ricorrente nella letteratura sessuologica, quando tratta le disfunzioni sessuali in termini biologici, con accento esclusivo sugli organi periferici, e sulla loro "patologia" (Imbasciati, 2003).

Dalla trascuranza della natura mentale della sessualità facilmente si passa alla minor considerazione di come la vita sessuale di una persona e soprattutto l'accordo sessuale di una coppia, siano matrice creativa, piuttosto che distruttiva, per lo sviluppo psichico non solo della coppia stessa, ma anche dei futuri individui (i figli), per la loro futura struttura mentale, psicosomatica anche, e pertanto per lo sviluppo futuro, in bene o in male, dell'umanità; come vedremo in prosieguo.

Nella cultura sanitaria, oltre che salientemente in quella popolare, che della prima è utenza, c'è non poca ignoranza a proposito della sessualità considerata nel suo aspetto globale, psicosomatico. V'è inoltre riduzionismo e superficialità nel catalogare come scontatamente normali certe manifestazioni standard e nel considerarne altre sotto l'etichetta di patologia. Giocano qui tre fattori che si potenziano a vicenda. Il primo riguarda il fatto che la cultura sanitaria è improntata alla tradizione medica e l'attenzione medica è in primo luogo rivolta al corpo; e molto meno alla psiche e allo psiche-soma. Il secondo concerne la polarizzazione sulla patologia, anziché sulla norma ritenendo che la distinzione norma/patologia, chiara per il corpo e le sue malattie, possa essere trasposta senza equivoci alla sessualità, omologata, appunto, al corpo. Ma tale distinzione è fuorviante se riferita alle funzioni psichiche e psicosomatiche; lo stesso concetto di normalità e ancor più quello di malattia sono inapplicabili allo psichico (Imbasciati, 2008). Il terzo fattore si riferisce al fatto che per la sessualità la cosiddetta patologia è quella lamentata dal soggetto che la porta all'attenzione del medico, o di chi ritiene comunque competente.

Per uno stesso livello di funzionalità, psichica e psicosomatica, ci può essere infatti il soggetto che se ne lamenta, e quindi la porta all'attenzione del medico considerandola patologica, e un altro che se ne ritiene soddisfatto, o che comunque pensa che una scarsa soddisfazione sia normale (Imbasciati, 2003). All'attenzione del sessuologo giunge quindi soltanto quella "patologia" di cui il paziente si lamenta: il giudizio di patologia viene ad essere condizionato dalla valutazione del paziente. Mai o quasi mai viene portato all'attenzione medica il problema se una certa funzionalità psicosomatica sessuale sia ottimale o meno, se cioè la "dimensione sessuale" (Imbasciati, 2000) di un soggetto sia ottimale oppure abbia qualche *minus*, non notato né lamentato dal soggetto, e quindi possa essere migliorata. Il giudizio dicotomico normalità/patologia, peraltro condizionato dal soggetto, fa dimenticare la valutazione del grado di funzionalità. Tra le grosse anomalie¹ della sessualità e l'optimum esiste tutto un continuum: si consideri per esempio il continuum che esiste tra i "gusti sessuali", cioè quello che alcuni individui preferiscono nell'incontro erotico e le vere e proprie perversioni; innocue o lesive che siano. Lungo questo continuum, a parte la grossa anomalia, è soggettivo, da parte del singolo soggetto, considerarsi patologico oppure no. Di conseguenza va l'attenzione medica, la quale si polarizza così solo sul corpo e sull'apparizione del funzionamento neurovascolomuscolare e secretorio degli organi sessuali; o sul quadro ormonale, che però non è di solito causa primaria, bensì mediazione psiconeuroendocrina.

D'altra parte, poiché sia la norma che la patologia dipendono dalla regolazione neuromentale globale, la messa in ombra del continuum intermedio sottrae all'attenzione dello studioso l'indagine su come proprio dalla gran parte dei deficit sottaciuti, piccoli o grandi che siano, si possa risalire a scoprire situazioni psichiche non ottimali.

I suddetti motivi danno ragione della scarsa conoscenza della dimensione sessuale nella cultura medica e della sua acquiescenza al riduzionismo popolare che considera solo le manifestazioni più evidenti del funzionamento degli organi genitali; e dà come patologico ciò che dei suoi vissuti gli rivela la sua percezione cosciente quando ce n'è da lamentarsi.

Si considera dunque la patologia in quanto portata dal soggetto all'attenzione del presunto competente, ma non si sa gran che su cosa possa essere la sessualità di coloro che non se ne lamentano, tanto meno cosa sia una sessualità ottimale, e come questa e quelle si connettano allo psichico. L'eventuale "patologia" è considerata in termini medici (assai poco psicologici), come disfunzione di apparati corporei da curare coi mezzi somatici consueti alla medicina. In ciò collude l'aspettativa dell'utenza, abituata al "tutto, subito, presto" da un'idealizzata immagine della medicina moderna (Imbasciati, 2008), e aliena dal concepire – talora anche solo sfiorare – l'impatto psichico, e da qui poi il lavoro indispensabile per ovviare a ciò che viene lamentato. Il retaggio di una scissione anima/corpo e oggi mente/corpo chiude il circuito collusivo, tra chi vuole una sessualità senza pensieri e una cosiddetta scienza sessuologica. Anche qui gioca un'abitudine terminologica che estende impropriamente i concetti medici all'ambito psichico (Turchi & Perno, 2002; Imbasciati, 2007c, d; 2008): tra questi in particolare il concetto di patologia con il riferimento

¹ Poiché per ogni variazione psichica discostantesi dalla media il termine "patologia" è incerto e quindi inappropriato, meglio è usare il termine anomalia (Imbasciati & Margiotta, 2008; Imbasciati, 2008).

a una noxa che avrebbe guastato qualcosa, la sessualità appunto, il cui disturbo viene così vissuto come alieno al soggetto (Imbasciati & Margotta, 2008 cap. 13).

Si concepisce così, da entrambe le suddette parti (utenza e sessuologia), l'attività sessuale come fosse un riflesso fisiologico: a certi stimoli deve corrispondere una certa risposta che concerne i genitali. In realtà non è così: l'eccitazione con la sua risposta genitale, anche se può apparire quasi automatica, è invece la manifestazione somatica finale di un complesso anche se rapidissimo lavoro del Sistema Nervoso Centrale, del quale l'individuo avverte soltanto alcune sensazioni corporee. Il funzionamento degli organi genitali non è per natura automatico, anche se appare automatizzato; né si può parlare di istinto in senso proprio. Gli organi genitali, maschili e femminili, sono regolati dal cervello: dicendo "cervello", si pensa però all'attività mentale volontaria e consapevole. Anche questa è una ricorrente falsa credenza: la stragrande parte del lavoro del nostro cervello riguarda un'attività psichica che è assolutamente inaccessibile alla nostra coscienza. Gli organi genitali non sono regolati da quelle parti o reti encefaliche che possono produrre la coscienza, l'intenzionalità, la cosiddetta buona volontà, i pensieri consapevoli, bensì da quelle parti del cervello che presiedono le funzioni emotive non consapevoli, e che implicano memorie che non sono ricordabili: la memoria "implicita". Si tratta del lavoro prevalentemente del cervello destro e delle circonvoluzioni limbiche, che poi si trasmette lungo il cosiddetto asse ipotalamo-ipofisario e il sistema vegetativo. L'elaborazione che avviene a livello del S.N.C., cioè ciò che psichicamente e inconsapevolmente avviene, fa sì che si possano verificare le modificazioni vascolari, secretorie e muscolari (muscolatura liscia involontaria) che preparano il coito e che sono necessarie per espletarlo; e per espletarlo eventualmente nelle migliori condizioni. Il quadro ormonale ne è filtro regolatore intermedio, a sua volta determinato esso stesso dalla struttura funzionale neurale. Le suddette modificazioni presiedono all'erezione maschile, alla sua durata, alla sua ripetibilità, e al momento in cui avviene l'ejaculazione, nonché alle modificazioni femminili della dilatazione, allungamento, lubrificazione della vagina e ai tempi, ai modi e alla ripetibilità dell'orgasmo femminile. Inoltre è proprio ciò che avviene in queste parti del Sistema Nervoso Centrale che costituisce l'elaborazione psichica inconscia che comunica alla consapevolezza del soggetto il maggiore o minore piacere; e che comunica il vissuto di eccitazione riferendolo al corpo piuttosto che intrinsecamente alla soggettività.

Il piacere sessuale, che gli esseri umani riferiscono quasi esclusivamente alle parti genitali, non proviene da queste: negli organi genitali non esistono "recettori del piacere". Il piacere si genera a livello del Sistema Nervoso Centrale, nella modalità in cui il lavoro del cervello inconscio viene trasmesso alle strutture cerebrali della percezione consapevole. L'occhio ha recettori *specifici*, per le onde luminose, l'orecchio ha recettori specifici per raccogliere le variazioni di onde sonore, e così pure vi sono recettori specifici per le variazioni meccaniche (recettori tattili, pressori, neuromuscolari) o per le variazioni termiche, o specifici per il dolore. La specificità del recettore si elabora in altrettante specifiche vie nervose, periferiche e centrali: sono tali specificità che danno la qualità della sensorialità: visiva, auditiva, tattile, pressoria, cinetica, propriocettiva, dolorosa; e potremmo aggiungere vestibolare, olfattiva, gustativa. Le sensazioni sessuali hanno una loro specifica qualità, nella soggettività, che le distingue da tutte le altre sensorialità: questa specificità, già diversa per le sensazioni tattili che possono provenire dai genitali, diventa del tutto particolare quando assume il carattere di piacevolezza sessuale, e questa qualità sensoriale assume la sua assoluta diversità da ogni altra percezione nel piacere del coito e dell'orgasmo.

Qui il soggetto ha la percezione come di un "sesto senso", tutto particolare, che gli pare provenire dalle parti genitali. Eppure nei genitali non vi sono recettori specifici, ma solo recettori tattili, termici e molti recettori dolorifici. Né vi sono peculiari vie nervose periferiche: i recettori dei genitali avviano le loro afferenze per le vie periferiche che riguardano specificità di altre recezioni sensoriali. Questo significa che la specificità delle sensazioni e del piacere sessuale viene costruita esclusivamente a livello centrale. Qui inoltre vi è assai meno specificità di zone cerebrali o di sistemi neurali di quanto non avvenga per le altre sensorialità: è il cervello in toto che elabora la "percezione sessuale". Il processo sessuale viene dunque "costruito" a livello centrale. Il soggetto lo riferisce alla periferia, ma qui non vi è generato, a livello fisiologico: il piacere sessuale si origina psicofisiologicamente nel cervello, anche se la maggior parte della gente (i maschi molto più delle femmine) lo percepisce come se partisse dai genitali. I genitali trasmettono afferenze tattili e termiche, che solo a livello centrale vengono elaborate come un piacere particolare. Riprova di ciò sta l'ordinaria constatazione che un medesimo stimolo ai genitali può essere

percepito erotico e piacevole, piuttosto che indifferente, o spiacevole, o anche erotico e spiacevole, e talora doloroso, a seconda delle circostanze globali, interpersonali, di contesto, in cui si verifica il tocco.

La sessualità come emozione negata

Nel senso comune si pensa che la sessualità provochi emozioni: in realtà la dimensione sessuale non porta emozioni ma è essa stessa un'emozione particolare. Casomai altre emozioni sono secondarie all'accorgersi di *quella* emozione. Sia nel suo aspetto sensoriale – piacere più o meno intenso piuttosto che insensibilità, o anche dolore, – sia nel funzionamento degli organi genitali, la sessualità dipende da processi psichici, non consapevoli, che avvengono nel cervello emotivo (Imbasciati, 1987). L'incontro sessuale è una emozione, altrimenti non è "sessuale": è forse la più grande saliente emozione che un essere umano sia in grado di provare. Come tutte le emozioni, quella sessuale ha un aspetto somatico. La paura, per esempio, provoca batticuore, muove gli intestini, rilascia gli sfinteri, può persino provocare l'infarto o l'arresto cardiaco. Così l'ira fa aumentare la pressione sanguigna. In tutte le emozioni ciò che avviene a livello centrale, psichico, nel cervello, produce modificazioni del corpo: così l'incontro erotico produce un'enorme emozione, costituita da processi neuropsichici, in gran parte inconsapevoli come in tutti gli stati emotivi, ma di un coinvolgimento cerebrale mnestico enorme, che provoca le modificazioni somatiche: queste sono evidenziabili sperimentalmente anche quando il soggetto non se ne accorge; diventano vistose più che in ogni altra diversa emozione quando caratterizzano apertamente l'eccitazione sessuale e consentono l'espletamento del coito.

Di solito nelle emozioni ci si accorge di essere emozionati e poco dopo o contemporaneamente ci si accorge delle modificazioni somatiche: taluni individui si accorgono prima di queste e poi di essere emozionati. Per l'emozione sessuale questo è il caso più frequente. Ci si accorge, prima e soprattutto, che il nostro corpo si modifica. Ma non sono questi cambiamenti somatici che ci provocano l'emozione, così come non è il rossore che provoca vergogna: si tratta solo di accorgersi prima degli aspetti somatici piuttosto che di ciò che ci accade psichicamente.

Come tutte le emozioni, quella sessuale, pur costituendosi come emozione specifica, può avere a seconda del singolo soggetto molteplici variazioni, psichiche e somatiche: queste ultime sono forse più evidenti che in altre emozioni, mentre le prime possono diramarsi in un'infinità di vissuti affettivi e di risponderne mnestiche. Sembra però che questi e quelle (vissuti e memorie) non siano agevolmente "sentiti" dalla maggior parte delle persone. Nella nostra cultura, e negli uomini più che nelle donne, si considerano di più gli aspetti che riguardano il corpo, ci si accorge di questi prima di divenire consapevoli e talora senza diventare consapevoli degli eventi psichici che li hanno provocati: si crede così che ciò che accade nel soma sia disgiunto dalla psiche, come fosse un automatismo biologico riflesso, come accade negli animali. Qui, per esempio nei cani, l'odore della femmina in calore scatena un'incoercibile sequenza di modificazione genitali e di azioni nel maschio e nella femmina, che si concludono col coito. Ma l'uomo ha un cervello molto più complesso di quello di un cane, che opera non per riflessi, ma leggendo le situazioni interpersonali in funzione delle proprie memorie remote (Imbasciati, 1990; 2000; 2003; Imbasciati & Margotta, 2005; 2008). È questa "lettura" che determina la situazione erotica, cioè mette in moto una determinata attività cerebrale che provoca l'eccitazione e la sensazione di piacere (o talora altri vissuti simil-percettivi). Questa possibilità dipende dal tipo di lettura² che la struttura funzionale neuromentale di una persona conferisce alla situazione medesima. Una tale situazione è sempre interpersonale: anche quando l'eccitazione avviene nel soggetto non in presenza di altre persone, per pensieri, fantasie o altro, tali situazioni intrapsichiche comportano sempre memorie relazionali, indipendentemente dal fatto che possano essere accessibili al ricordo oppure essere memoria implicita.

Dati i suddetti presupposti, perché allora si crede, anche a livello di persone che dovrebbero essere competenti, che si tratti di una questione fisica? Questa idea sembra diventare cogente quando ci si accorge che c'è qualcosa che "non va". L'inconveniente diventa allora una malattia, che va curata come si curano le malattie.

² Il concetto di "lettura" è qui usato in riferimento alla *teoria del protomentale* (Imbasciati, 2006).

La risposta sta a mio avviso nel fatto che c'è in ogni essere umano una difesa inconscia contro il pensare che un disagio, soprattutto se avvertito in forme fisiche, sia in effetti un proprio disagio psichico. La cultura sanitaria corrobora questa idea. La difesa si accentua al pensiero che per sanare il disagio occorra impegno, un vero "lavoro", da parte del soggetto. Molto più facile è pensare che tale disagio non c'entri col proprio io, che ne sia alieno, cioè dipenda da una qualche causa fisica sopravvenuta. E dunque molto più comodo è pensare che questo disagio sia da considerarsi come fosse una malattia, che quindi potrà esser curata *dal* dottore.

Sottolineo il *dal* per indicare la forma passiva del verbo curare e l'azione transitiva del medico che cura: altrove (Imbasciati, 1993; 2008; Imbasciati & Margiotta, 2005; 2008) ho spiegato gli equivoci che questa idea "transitivista" genera, sia nella gente che soffre, sia nei medici che tentano di curare. Si genera cioè l'aspettativa che per curarsi ci si debba sottoporre a qualcosa che essenzialmente farà l'operatore, senza che il soggetto faccia altro se non condiscendere alla cura. Al contrario un "male" essenzialmente psichico, come quello che si esprime nelle disfunzioni somatiche dell'emozione sessuale, non può essere curato se non impegnando il soggetto *attivamente* in un lavoro psicologico interiore. Questo però vuol dire riconoscere che quel "male" non è una malattia che qualche causa estranea ha fatto capitare al povero soggetto, ma procede dalla sua stessa struttura psichica: la quale non può essere cambiata transitivamente da qualcuno, né volontariamente dal soggetto ma, in quanto inconscia, (cervello destro: regolazione affettivo-emotiva) potrà essere ristrutturata solo se il soggetto si impegnerà *attivamente* in una psicoterapia.

La sessualità è dunque un'emozione; non si curano le emozioni agendo sulle loro manifestazione somatiche; ma tal cura sarebbe solo un palliativo sintomatico: occorre una psicoterapia. Un eventuale disagio per gli effetti somatici di un'emozione lo si cura entrando a ristrutturare le strutture mentali che lo provocano. Ogni eventuale "disturbo" riconosciuto nella dimensione sessuale va curato a monte, nella struttura mentale che lo regola. Ma la sessualità è un'emozione negata, più negata di altre: verso la propria dimensione sessuale la maggior parte delle persone può considerarsi *alessitimica*³, almeno parzialmente. Si direbbe che l'essere umano si difenda, quasi fisiologicamente, dal riconoscere questa emozione. Si aprono qui scenari antropologici filogenetici: forse l'*homo sapiens* ha imparato a non volerne sapere di ciò che regola la riproduzione, lasciando il compito alla collettività con tutte le sue regole morali al proposito? (Imbasciati, 1978).

Fatto è che questa emozione viene tendenzialmente negata come tale. Ne resta il comportamento somatico. Non facile allora è che una persona ne valuti la normalità piuttosto che un'anomalia e ancor più che ne valuti il livello di ottimalità; né è facile che superi la negazione addivenendo alla prospettiva di una psicoterapia di questa emozione; e non solo quando questa ha dato al soggetto segnali non sopportabili, ma anche in via preventiva, per la promozione di una ottimalità.

Le cosiddette disfunzioni sessuali

Di fatto non è facile che una persona addivenga alla suddetta posizione, tanto più se troverà un qualche *dottore* che gli prospetterà un rimedio diverso e rapido: farmacologico o chirurgico. Così la maggior parte delle impotenze maschili viene curata col sildenafil: certo, tal farmaco ad azione vascolare riesce a produrre un'erezione e l'uomo ne potrà essere orgoglioso, e soddisfatto di soddisfare la partner, ma quanto egli ne sarà interiormente contento? Quanto egli potrà avere la pienezza di un piacere che consolida i legami? Potremmo affermare che sarà un buon stallone, o un uomo che ama un suo "oggetto", che però forse non è un altro essere umano, il quale, proprio per questo "amare" del soggetto diventa per il medesimo ausilio vitale. Entriamo qui in una complessa questione psicosociologica, come considerata in prosieguo (par. 5). Ancora, per queste "disfunzioni", o meglio per queste mancate funzioni neuropsicofisiologiche, intraprendenti chirurgici propongono oggi interventi di vario tipo: si raggiungerà una qualche performance, ma a quali prezzi? Analogamente, viene curata l'eiaculazione precoce con creme di tipo anestetizzante o con

³ Alessitimia è il difetto della capacità mentale di rendersi conto delle proprie e altrui emozioni (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2008).

tecniche di ginnastica amatoriale. Serviranno ad “amare”, al di là dei marchingegni? Oppure serviranno a negare il valore dell’amore e del legame tra gli esseri umani.

Più ancora infelice è la sorte delle donne: al vaginismo (contrattura involontaria dalla muscolatura vaginale e/o perineale) si propongono miorilassanti o addirittura l’allargamento chirurgico, ma se c’è dispareunia senza vaginismo? Si tratta del provare dolore invece che piacere: il cervello, in relazione alla propria elaborazione (e qui gioca il patrimonio mnestico implicito), tramuta in dolore anziché in piacere gli insiemi afferenziali che gli provengono dal contatto e dall’incontro. Quando la dispareunia (o peggio la vulvodinia) è netta, sedicenti sessuologi (la sessuologia non è in Italia tutelata da nessun diploma a valore legale) proporranno i più svariati “esercizi”. Ci si accanirà a tecnicizzare gli effetti somatici di quella grande emozione, che così invece viene ulteriormente negata.

Ma il peggio per una donna è quando non c’è dolore, ma insensibilità, o anche scarsa sensibilità, quando la vagina non risponde con adeguate modificazioni a ciò che la mente legge sulla prospettiva di un rapporto sessuale, né vi si prepara, e più ancora quando la mente legge la situazione che gli si prospetta con una elaborazione il cui risultato emerge alla coscienza come non piacevole; e quindi quando non vengono elaborate in piacere le afferenze che le giungono dal corpo o dalla situazione interpersonale. È qui che spesso le coppie “scoppiano”. La donna potrà essere anche condiscendente verso il desiderio dell’uomo, ma l’incontro sessuale non potrà essere soddisfacente. E nemmeno per l’uomo: quel godimento che ne potrà ricavare non lo soddisferà più di tanto, in quanto monco del piacere di dare piacere, di sentirsi insieme, in un dialogo che costituisce legame reciproco, di sentimenti e memorie. Un siffatto “amore” non potrà cementare l’unione della coppia: la disparità e l’insufficienza della soddisfazione prima o poi metterà in crisi l’unione.

Quando una coppia funziona così, la cosa tragica nella nostra cultura è che quasi sempre nessuno dei due pensa che la situazione potrebbe essere cambiata con una psicoterapia, singola o meglio di coppia: nella maggior parte dei casi, o ci si rassegna, trascinando una relazione più o meno squallida, o si cerca un altro partner, con le relative conseguenze. Nell’uno e nell’altro caso “*le grand affaire de la vie*” volge al fallimento. Il guaio maggiore è che ciò sempre si ripercuote sui figli, come meglio vedremo più oltre.

Occorrerebbe pertanto poter smascherare i concetti impliciti nel termine di “disfunzioni sessuali”: il “funzionamento” degli organi genitali non può essere equiparato a quello del fegato o dell’intestino. Sotto il termine e il concetto di disfunzione e c’è l’idea, del tutto inesatta, che gli organi genitali funzionino per automatismi biologici, così come il fegato reagisce ai componenti biochimici trasmessigli dal sangue, o così come l’apparato dirigente funziona introducendovi cibo. In questa idea si istituzionalizza, con tacito avvallo della cultura medica, la negazione della sessualità come emozione. E forse anche una più generale negazione del valore delle emozioni quali motori della condotta umana. Invano sappiamo che le emozioni sono attività cerebrali al pari e forse più importanti di quanto un po’ presuntuosamente considerano la cognizione cosciente.

La Salute sessuale nella coppia come prognosi delle capacità di allevamento dei figli

Quanto sopra tratteggiato, accennando ad alcune delle più comuni “disfunzioni”, va esteso a un’infinita varietà di altre situazioni erotiche che, pur essendo sostanzialmente deficitarie in quanto non ottimali, o anomale per lievi entità, vengono trascurate, se non ignorate, addebitandole eventualmente a non meglio definite cause naturali, a caratteristiche idiopatiche, o ad abitudini: si tratta del fatto, già accennato, che nella cultura sanitaria vengono portate all’attenzione e considerate patologiche solo quelle situazioni che vengono lamentate dagli interessati; tutte quelle altre, di cui nessuno si lagna sulla base delle tradizioni culturali, non sono considerate, né studiate. Eppure qualunque situazione è legata alla struttura globale della mente e pertanto condizioni non notate né lamentate possono essere indici di situazioni interiori non ottimali. Si cataloga come “disturbo”, o disfunzione, o patologia, solo ciò che risulta disturbante all’interessato, o al suo partner, ma non si ha idea che ci può essere qualcosa di latente. Rifacendosi alla quadruplicata distribuzione del “disturbo” (Imbasciati & Margiotta, 2005; 2008, Imbasciati, 2008: noto a sé e non agli altri, noto ad altri e non a sé, noto a sé e agli altri, non noto a sé né agli altri), se considera solo il disturbo egodistonico, qualche volta quello egosintónico, ma mai quello latente. In termini più

generali non si considera a sufficienza che qualunque funzionalità emotiva può rivelare difetti rispetto alla sua ottimalità e quindi rispetto all'ottimalità della struttura della mente.

La sessualità merita dunque di essere sempre considerata e studiata, come elemento di valutazione diagnostica, al di là della impropria classificazione medica di normalità/patologia: occorre considerare il concetto di "salute" contrapposto a quello di "sanità". L'assortimento e l'accordo di coppia si basano su una sintonia emotiva, di cui una buona sessualità ovvero la salute sessuale è importante spia. Una non ottimalità (dunque un qualunque deficit anche parziale) della sintonia sessuale può compromettere l'unità di una coppia non solo per i suoi effetti diretti, ma perché denuncia una dissintonia di una non ottimalità interiore della mente. Di qui, e non per diretto effetto di un difetto sessuale, possono derivare le ripercussioni sulla famiglia.

Non è ancora assimilata nella nostra cultura l'idea che la sessualità ha un preciso scopo: è la fabbrica di un amore che potrà essere trasmesso ai figli. Una tale considerazione non si basa semplicisticamente sul fatto che una buona armonia e stabilità di coppia favorisce un buon clima affettivo per i figli e la trasmissione a questi del valore degli affetti e dei legami, ma ha una più solida, dettagliata e scientifica ragione nei già menzionati studi sperimentali su come le cure dell'accudimento materno siano la struttura portante indispensabile allo sviluppo della sessualità adulta.

La buona sessualità ha le sue radici in una buona qualità delle cure materne ricevute da un individuo nelle sue prime fasi di vita. Il dialogo erotico si basa essenzialmente su una reciproca comunicazione non verbale, che può implicare la sintonia, e allora abbiamo l'intesa e verosimilmente la buona sessualità, oppure dissintonie, che possono essere a monte di una sessualità in qualche modo difettosa. La psicoanalisi ha messo a fuoco il processo di interazione madre infante rispetto alle capacità di *rêverie* del *caregiver* e come queste "insegnino" al bimbo e al futuro individuo ad acquisire egli stesso queste capacità, fondamento del pensiero, dell'intelligenza emotiva come riconoscono anche gli studi non psicoanalitici; di un basso livello di alessitimia.

Non sono queste forse le capacità che condizionano le capacità amorevoli più generali? Le capacità di sintonizzare la comunicazione non verbale che regola l'interazione emotiva? Credo che tale nesso meriti la massima attenzione per più approfonditi studi sulla dimensione sessuale, rivolti alle sue radici evolutive nello sviluppo psichico globale, a partire dalla primissima infanzia. Un tale studio, sia condotto dal vertice psicoanalitico, sia da quello di altre scienze della mente, potrebbe contribuire a dissipare la misconoscenza che regna nella attuale sessuologia.

Entriamo qui nelle conseguenze ultime, a livello psicosociale, della trascuranza del fatto che la sessualità è evento di una dimensione psichica umana che entra come elemento relazionale fondamentale per il buon assortimento di una coppia, per il suo mantenimento nel tempo, e soprattutto per il mantenimento di un clima psichico indispensabile per una trasmissione trans generazionale di funzioni mentali emotive indispensabili per un'adeguata cura dei figli. Si parla tanto di "cure materne" e si celebrano come essenziali per un buon sviluppo psichico e psicosomatico dei bambini, e perciò dei futuri individui, imputando ad una loro "carenza" le più gravi psicopatologie. Tali "cure", nel loro effetto sullo sviluppo non consistono semplicisticamente nell'assicurare al neonato e al bimbo nutrimento, igiene e cure per eventuali malattie, bensì in una presenza dialogante dell'adulto con la mente del piccolo. La *Infant Research*, la *Infant Observation* secondo le tecniche della Bick (1964; 1968; 1975) e della Harris (Meltzer & Harris, 1983; A.A., 1993), la psicoterapia psicoanalitica di madre e bambino, la psicoanalisi infantile, quella degli adulti nei suoi aspetti retrospettivi, la stessa ricerca catamnestica psichiatrica e psicologico-clinica, convergono nel dirci che le cosiddette cure materne non solo non hanno come fulcro dei loro effetti l'aspetto meramente fisico, e non consistono nella loro quantità o intensità, bensì consistono nella loro qualità: quali canali di tramite tra la struttura funzionale dell'adulto e gli apprendimenti del piccolo, intesi questi in senso lato, come apprendimenti di strutture funzionali affettive (Imbasciati, 2005b; 2006a, b).

Si tratta della "*affect regulation*", oggetto di tante ricerche sperimentali (Schoore, 2003a, b) psicologiche e neuropsicologiche, che si stabilisce tra madre e neonato/bimbo, che agisce soprattutto in epoca preverbale, strutturando la funzionalità psichica e le reti neurali del bimbo, con particolare riguardo alle funzioni emotivo-affettive (quelle che più tardi potranno essere chiamate carattere, o personalità, o stili di vita, stili di attaccamento, disposizioni relazionali, o anche temperamento) e alla qualità strutturale della sua regolazione psicosomatica. Tale regolazione

dipende dalla struttura psichica materna e avviene attraverso la comunicazione non verbale spontanea (interazioni comprese) che intercorre tra il *caregiver* e il bimbo: questi apprende le modalità strutturate e strutturanti della madre nella misura in cui vi è una sintonizzazione (Stern, 1977; 1987) dei messaggi che viaggiano sui media non verbali. Un tale apprendimento è funzionale per un ottimo sviluppo del bimbo nella misura in cui c'è sintonizzazione dei messaggi e nella misura in cui la madre ha una buona struttura mentale da trasmettere e per trasmettere in modo sintonico; oltretutto, ovviamente, voglia e tempo di essere vicino al bimbo in modo che la trasmissione abbia adeguato spazio. Tale apprendimento può però al contrario essere disfunzionale (iatrogeno, patologizzante) nella misura in cui manca la sintonizzazione (*affect dysregulation*), vuoi a causa della struttura psichica materna, vuoi della discontinuità di spazi e tempi sufficienti perché la comunicazione possa avere luogo.

Una tale regolazione avviene fin da prima della nascita, in epoca fetale: particolarmente studiato è stato lo stile di attaccamento prenatale della madre e lo stile di attaccamento del neonato e del bimbo (Imbasciati, Cabrassi & Cena, 2007; Della Vedova, Cabrassi & Imbasciati, 2007; Della Vedova, Tomasoni & Imbasciati, 2006) ed ancor prima è stata studiata la regolazione psicosomatica dei parametri fisiologici corporei da parte della madre sul piccolo (Hofer, 1978; 1981; Taylor, 1987). La letteratura psicoanalitica ha finemente concettualizzato il processo di sintonizzazione in relazione alla descrizione della capacità di *rêverie* materna. Questa consiste nella capacità (automatica e acquisita dal *caregiver* quando a sua volta era piccolo nella relazione coi propri *caregivers*), di una comprensione emotiva empatica nei confronti dei vissuti del bimbo, attuata mediante modalità psichiche simili a quelle del sogno (dove il nome: *rêvé*, *rêverie*, usato anche nella letteratura anglosassone) e nella immediatamente successiva capacità materna di restituire al bimbo un messaggio al livello in cui egli lo possa recepire e "capire"; cioè possa apprendere (Fonagy, 2001; Fonagy & Target, 2001). Sulla scorta della teorizzazione bioniana (Bion, 1962; 1963; 1965; 1967; 1970; Imbasciati, 2008b), la capacità di *rêverie* viene descritta come possibilità della mente materna di accogliere le identificazioni proiettive espulse dal bimbo (oggetti cattivi) e di metabolizzare restituendogli messaggi pensabili. La madre insegna a pensare al suo bimbo. Ha così luogo l'apprendimento del neonato e del bimbo in epoca preverbale, quale fondamento da cui dipenderà la qualità di ogni suo successivo apprendimento e pertanto la costruzione della sua mente (Imbasciati, 2006a, b).

Con tali premesse dobbiamo considerare ciò che con etichetta sbrigativa (malintesa da chi non è sufficientemente documentato) viene chiamato "cure materne". Il dialogo che costituisce le "cure materne", per essere fruttuoso, cioè perché il bimbo ne apprenda, deve essere vero dialogo tra due soggetti che si intendono a vicenda, ossia tra due sistemi mentali, forniti di possibilità di codifica e corrispondente decodifica di messaggi, che possano davvero comunicare. La comunicazione interattiva e non verbale di una madre può non essere "compresa", cioè decodificata, se non si situa al livello di sviluppo in cui in quel momento il sistema del bimbo può funzionare: occorre pertanto che la madre abbia la capacità di riconoscere il livello funzionale della mente del bimbo; è questa la capacità di *rêverie*. Di conseguenza ella avrà anche la possibilità (se le circostanze ambientali lo permettono) di emettere messaggi a livello corrispondente o poco più elevato ma comunque tali da essere "compresi", ossia acquisiti, dal bimbo. Così si struttura, anzi si "costruisce" la base mentale dalla quale dipenderà la qualità di ogni futuro apprendimento del bimbo e quindi lo sviluppo della mente del futuro individuo. Perché un *caregiver* possa essere veicolo efficace di tale sviluppo occorre, sì, che sia adeguatamente presente nella cura del bimbo, ma questo non è sufficiente. Ci può essere una madre che è sempre col suo bimbo, con ogni sua attenzione sempre a lui rivolta e che pure non ha una sintonizzazione (non ha la capacità di *rêverie*) che operi una *affect regulation* funzionale al buon sviluppo. Spesso i *caregivers* che vogliono intenzionalmente comunicare, talora perché razionalmente sanno che così si dovrebbe fare, sono proprio quelli che non riescono a sintonizzare; ma solo a intrudere e disorganizzare il bimbo. La comunicazione sintonizzante, dialogica quindi, è spontanea: "viene", perché l'intelligenza emotiva (per usare il concetto di Greenspan, 1997) del *caregiver* la emette automaticamente.

L'importanza della qualità delle cure materne (anche quelle di un padre) ha così un enorme rilievo per il futuro individuo: per la sua strutturazione psicosomatica, o meglio per la qualità, di questa struttura che regolerà lo sviluppo del corpo e la costruzione della mente, nel bene e nel male, nella ottimalità piuttosto che nelle varie disfunzionalità, fino a quelle che chiamiamo patologie. In

particolare avverrà che una buona costruzione mentale produrrà un individuo che avrà una buona struttura per assicurare a sua volta ai propri figli un buon sviluppo. Viceversa in una dimensione negativa. Possono così accadere circuiti transgenerazionali viziosi o virtuosi: si potranno generare figli sempre migliori, e persone sempre migliori, oppure individui sempre peggiori. Si tratta allora di visioni futurologiche della massima importanza. Al centro del circuito progressivo transgenerazionale, vizioso o virtuoso, della costruzione della mente, sta dunque la possibilità che in tale costruzione venga ad essere diminuita, oppure incrementata, la capacità di vivere le proprie emozioni e quindi comprendere quelle altrui; l'inverso cioè dell'alessitimia.

Una illustrazione delle "cure materne" come sopra e del loro effetto transgenerazionale, si è resa qui necessaria per inquadrare adeguatamente l'essenza della comunicazione interumana, che è non verbale in primo luogo. Ma è proprio così che dialoga una coppia in amore. Questo dialogo lo si impara nelle "cure materne". Studi sperimentali, come i già citati degli Harlow, ne dimostrano l'essenzialità per lo sviluppo della sessualità adulta. Gli studi psicoanalitici convergono nel considerare le capacità affettive, indispensabili nella coppia, nella loro origine nell'infanzia. La psicosomatica delle emozioni ci dice che l'emozione sessuale ha qui le sue radici. Con parole semplici del senso comune potremmo dire che l'amore è la base della buona sessualità.

Tali nessi meriterebbero a mio avviso maggiori studi. Si tratta di connettere gli eventi della sessualità a quelli della comunicazione non verbale, e dalle capacità di tale comunicazione risalire alle modalità di quella trasmissione transgenerazionale che regola in bene o in male lo sviluppo degli individui. Potremmo avere rilevanti indici sul futuro dell'umanità: un tale studio acquista allora ancor più interesse. Naturalmente occorrerebbe che il punto di partenza di tali possibili connessioni, cioè lo studio della "dimensione sessuale", prima comportamentale e poi soprattutto psichica, fosse del tutto accurato e approfondito, ed esteso ad ogni situazione sessuale, specialmente tutte quelle approssimativamente definite "normali".

Intesa amorosa, intesa amorevole, transgenerazionalità

Con le parole si può mentire, con gli altri media comunicativi poco o niente: anche se si è buoni attori qualcuno capirà che stiamo recitando. Non sono le parole che fanno l'intesa amorosa: sembra che l'accordo si regga proprio sulla minor possibilità di mentire. Potremmo dire che l'amore ama la verità. Ciò che suscita la situazione erotica, che attiva dunque i processi psicofisiologici anche dell'eccitazione sessuale, è appunto la lettura dei messaggi non verbali. È questo che fa innamorare. Il mistero dell'innamoramento, oggetto di tante ansiose riflessioni, è tale perché la decodifica delle comunicazioni non verbali è inconsapevole: il soggetto non sa cosa ha "letto" nell'altro; non sa perché "gli piace"; non sa che cosa questi gli ha messo dentro, nel suscitargli la passione.

Fornari parlò di "erotemi", trattando la più generale semiosi affettiva che afferma essere la base della comunicazione interumana e dell'ordinamento sociale (Fornari, 1979): si tratta di unità comunicazionali elementari suscettibili di evocare risposte omologhe; e di iniziare un dialogo. Dialogo amoroso, appunto: la situazione erotica è un dialogo, che va avanti se i due protagonisti si intendono; altrimenti si arresta, a meno che non vada avanti con le "menzogne", che quasi sempre si servono della parola. In quest'ultimo caso, prima o poi uno dei due, o entrambi, si ritrovano a dire "mi sono ingannato/a, mi ha ingannato".

In questo dialogo non verbale il grande protagonista è il corpo: col corpo si trasmette e coi sensi del corpo si recepisce; e la mente "legge" quanto le sensorialità fanno afferire: afferenze, appunto. Tale lettura non è inerente alla qualità delle afferenze, ma a quella con cui la struttura mentale le elabora (come già detto in precedenza sulla costruzione del piacere). Da tale lettura può partire, nel bene o nel male, o nel "meno bene", il comando della mente al corpo che si prepara ad accostarsi ad un altro corpo; e a congiungersi come le rispettive anatomie possono meglio consentire. Ci si attrae, ci si avvicina, la comunicazione corporea si intensifica⁴ e, se il dialogo va bene o tale sembra andare, sempre più intensamente il corpo e i genitali in particolare si

⁴ Paradigmatica è al proposito la modulazione delle ghiandole apocrine per la variazione di emissione di odori. Comunicazione, questa, spesso non avvertita da molti soggetti, eppure anche in loro efficace.

modificano, e si preparano a quanto può portare il coito al suo culmine, col suo intenso, intensissimo epifenomeno di un piacere particolare.

Il dialogo erotico, col suo acme vissuto nel corpo, ha le sue radici nelle memorie implicite che nella strutturazione infantile delle funzionalità emotive costituiscono la base delle prime comunicazioni: non verbali, corporee. Ecco le "cure materne", nel loro aspetto di protezione e di insegnamento, di conoscenza quindi: ecco l'amore, dunque. Ed ecco la sessualità come eloquentemente dimostrano le ricerche sperimentali sugli animali (Imbasciati & Margiotta, 2005 cap. 17) e come i rilievi catamnestic, purché accurati, rivelano negli umani che lamentano "disfunzioni" sessuali. Conclusione è che l'amore non può essere scisso dalla sessualità, per le sue origini così come per gli effetti che può produrre: ma si può logicamente concludere, nel percorso inverso, che la sessualità "resuscita" l'amore. "Fare l'amore fa bene all'amore" non è uno slogan insensato.

Se una buona "dimensione sessuale" (Imbasciati, 2000) attinge alle memorie implicite che riguardano la qualità dell'accudimento ricevuto e la trasmissione di buone strutture protomentali (con una bassa dimensione alessitimica: Imbasciati & Margiotta, 2005; 2008), logico è presupporre che queste acquisizioni si esplichino anche per la cura dei figli, a maggior ragione se la coppia, ben assortita, assortisce e cumula queste capacità e le trasmette. Si chiude allora il circuito tra sessualità e amore; e tra questi e lo sviluppo della persona; e dell'umanità, potremmo azzardare considerando la transgenerazionalità.

Sul piano scientifico di notevole interesse si presentano allora tutte le ricerche, cliniche sperimentali, che possano correlare le dimensioni protomentali e le capacità comunicative non verbali non solo con la qualità dell'accudimento ricevuto da piccoli, ma anche con quello offerto ai propri piccoli, e con la riuscita della coppia. Sarebbe questa una modalità per valutare la "buona" sessualità. A mero livello speculativo possiamo qui avanzare l'ipotesi che la riuscita di una coppia nell'allevamento dei figli abbia una notevole correlazione con la dimensione positiva dell'accordo sessuale, e non per semplice effetto diretto, ma perché l'accordo sessuale presuppone le medesime capacità implicate nell'allevamento dei figli. Ovviamente occorre che l'accordo sessuale sia considerato nelle sue dimensioni interiori e non nell'atleticità delle performances coitali. Di qui problemi di metodo. Le cosiddette disfunzioni sessuali sarebbero allora un indice di un non ottimale funzionamento mentale che può essere di rilievo nei confronti dei figli e delle generazioni future. In questo quadro però occorrerà studiare la dimensione sessuale sempre e comunque, anche quando non lamentata: a mio avviso questo potrebbe essere il miglior punto di partenza per una qualche prognosi sull'allevamento dei piccoli.

Quanto più amore e sessualità vanno bene insieme, e si alimentano a vicenda, tanto più ciò significa che le radici sensoriali dell'elaborazione emotiva interpersonale (vedi cure materne positive) bene si sono strutturate e conservate: così pure la capacità di usarle da adulti: sono proprio queste medesime memorie che, se ben strutturate, costituiscono quella spontanea automatica capacità di usarle col piccolo, prendendosene adeguata cura, e favorendo così un buon sviluppo psichico e psicosomatico. Questo vuole dire primo insegnamento al pensiero, e di qui la base per un'intelligenza che da intelligenza emotiva possa espandersi, anche nelle modalità più articolate che costituiranno per il futuro individuo sia le sue capacità di intelligenza astratta sia anche il mantenimento di quella capacità di conoscenza interumana che è alla base del sociale: dunque di una migliore società futura? Eros richiama Logos? (Imbasciati, 1978). Si aprono qui non irrilevanti ipotesi sul futuro dell'umanità. La non irrilevanza può essere ancor più considerata se esaminiamo cosa potrebbe accadere in una dimensione negativa.

L'intesa *amorosa* di una coppia implica dunque il medesimo dialogo che si svolge nell'intesa *amorevole* che occorre per ben allevare un bimbo. Questo basterebbe a spazzar via le annose diatribe sul fatto che la sessualità possa essere differenziata dall'amore.

Ma perché così spesso accade che l'amore venga vissuto scisso dalla sessualità? E che cosa significa? Con quali conseguenze? Potremmo allora interrogarci sulle ragioni della così frequente, maggiore o minore scissione tra amore e sessualità. Uno sguardo sociologico può imputare il fenomeno all'organizzazione attuale della società, col suo stile di vita affrettato, tecnologico, disumanizzato. Ma potremmo pensare che proprio questo stile sia prodotto, elaborato a livello collettivo, da quelle menti individuali in cui già si radicò la scissione. Cosa accadde in quelle menti nella loro prima strutturazione di esperienze corporee quale medium interpersonale per l'organizzazione della loro intelligenza emotiva? E cosa accadde ulteriormente nella costruzione progressiva di tutta la loro Mente?

Rimandando tali interrogativi a precise ricerche, possiamo qui concludere sottolineando che dovremmo dare rilievo maggiore alle cosiddette disfunzioni sessuali, quale indice non solo di minor ottimalità delle strutture mentali di coloro che le rilevano, ma anche e soprattutto quale segnale di un possibile futuro negativo transgenerazionale, e da qui pertanto impostare programmi di promozione della Salute, guardando sociologicamente all'avvenire. Ancor più opportuno sarebbe un'osservazione su tutte quelle situazioni di *minus* rispetto all'ottimalità delle possibilità sessuali: le diminuzioni di piacere, o di intesa che non vengono lamentate, né rilevate come tali dagli interessati: dalla donna soprattutto, come sopra accennato, ma anche dal maschio, che ancor più frequentemente della femmina separa le sue prestazioni dai vissuti di affetto, di attaccamento e di partecipazione col *partner* e persino, non raramente dal proprio piacere stesso. Un'osservazione (o uno *screening* se possibile) di questo tipo potrebbe essere una pista di partenza per un'indagine più generale nella personalità del soggetto, per migliorarlo non solo in quel settore ma in modo globale, e soprattutto preventivo agli effetti transgenerazionali.

Gli psicoanalisti attuali sembrano trascurare l'indagine sulla sessualità: Freud iniziò da qui il suo studio sull'inconscio, e la sua produzione clinica, a cominciare dalla *Traumdeutung*, è ricca di esempi di come dall'esame di situazioni sessuali si possa risalire alla struttura globale della personalità. Tuttavia la teorizzazione freudiana, sovente in contrasto con la stessa clinica del Maestro, ascrisse e confinò la sessualità al non meglio biologicamente definito campo dell'istinto. Di qui a mio avviso è derivata l'attuale disattenzione degli psicoanalisti verso la sessualità: non essendovi più oggi, per ragioni di costume sociale le grosse difficoltà di "espletamento" sessuale e pensando che questo sia questione biologica, se ne ignorano le più occulte difficoltà interiori, nascoste da una presunta normalità. L'impianto biologistico della teoria pulsionale di Freud è stato mera teoria, non una scoperta: la sessualità può essere analizzata partendo da altre basi, come altrove ho descritto (Imbasciati, 2005a); occorre indagare ciò che sta dietro e dentro la dimensione della sessualità, nel mondo delle memorie relazionali remote e implicite. La situazione psicoanalitica può costituire il setting migliore per indagare la sessualità cosiddetta normale, purchè l'analista abbia presente che sotto tale "normalità" tanti e tanti eventi psichici si possono scoprire. Una tale indagine può essere essenziale per il processo interiore che l'analista vuole promuovere: in questo caso promuovendo una maggiore integrazione della capacità di coscienza rispetto alla possibilità di sviluppare la C.N.V. che regola gli affetti. Da qui la maggior possibilità di usarla anche per l'accudimento dei piccoli; nonché per maturare il desiderio di generare che oggi tante persone sembrano non sentire più. Generare e transgenerare, direi; con modalità psichiche. Se dunque una "buona sessualità" suscita amore e questo intelligenza emotiva e generazioni migliori, cosa potremmo fare? La cosiddetta educazione sessuale è a mio avviso una grossolana semplificazione. Ben altro occorre sul piano sociale: occorrerebbe!

Bibliografia

A.A.V.V. (1993). L'osservazione. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n. 4.

Bick, E. (1964). Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In V. Bonaminio & A. Iaccarino (eds) *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1989.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relation. *Int. J. Psychoan.* 49 [trad. it. In V. Bonaminio & A. Iaccarino (eds), *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1984].

Bick, E. (1975). Ulteriori considerazioni sulla funzione della pelle nelle prime relazioni oggettuali, *Riv. Psicoan.* 1984, 3, 341-355.

Bion, WR. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann. [trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972].

Bion, WR. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. New York: Basic Books. [trad. it.: *Gli elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma, 1973].

Bion, WR. (1965). *Transformations: Change from learning to Growth*. London: Heinemann. [trad. it. *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973].

- Bion, WR. (1967). *Second thoughts (Selected papers of psychoanalysis)*. London: Heinemann. [trad. it.: Una teoria del pensiero. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970].
- Bion, WR. (1970). *Attention and interpretation. A scientific approach to insight in Psycho-Analysis and groups*. London: Tavistock. [trad. it.: *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma, 1973].
- Della Vedova, A., Tomasoni, V. & Imbasciati, A. (2006). Mother-Fetus Communicative Relationship: A Longitudinal Study on 58 Primiparae and their Children during the First 18 Months *J. Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20, 249-262.
- Della Vedova, A., Dabrassi, F. & Imbasciati, A. (2007). Assessing prenatal attachment in Italian women sample, *Journal of reproductive and infant Psychology* (in print).
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press, [trad. it.: *Psicoanalisi e Teoria dell'Attaccamento*. Cortina, Milano, 2002]
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva* (ital. coll.). Milano: Cortina.
- Fornari, F. (1979). *Fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*. Torino: Boringhieri.
- Ghilardi, A. & Imbasciati, A. (1989). Il concetto di istinto e il suo uso in psicoanalisi. *N.P.S., Neurologia Psichiatria Scienze Umane*, 9 (6), 1035-1056.
- Greenspan, S.I. (1997). *Developmentally based psychotherapy*, New York: Mc Graw Hill. (trad. it.: *Psicoterapia e sviluppo psicologico*. Il Mulino, Bologna, 1999).
- Greenspan, S.I. & Benderly, B.L. (1998). *L'intelligenza del cuore. Le emozioni e lo sviluppo della mente*, Milano: Mondadori.
- Harlow, H. (1958). The nature of love, *American Psychologist*, 13, 637-685.
- Hofer, M.A. (1978). Hidden regulatory processes in early social relationship. In: Bateson P.P.G. & Klopfer P.H. (eds) *Perspectives in Ethology*. Vol. 3. Plenum Press, London.
- Hofer, M.A. (1981). *The roots of human behaviour*. San Francisco: Freeman.
- Imbasciati, A. (1978). *Eros e Logos*. Brescia: La Scuola.
- Imbasciati, A. (1983). *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Imbasciati, A. (1985). Decodifica dei significanti amorosi e futuro della sessuologia. *Rivista di Sessuologia*, 9 (4), 186-200.
- Imbasciati, A. (1987). Sessualità e piacere come costrutti mentali. *Sessuologia*, 1987, 11, (1), 29-40.
- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: Angeli.
- Imbasciati, A. (1997). Els orígens de la dimensió sexual. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 14, (1), 35-47
- Imbasciati, A. (2000). Le origini della dimensione sessuale. *Rivista di Sessuologia*, 24 (2), 149-161.
- Imbasciati, A. (2003). Psicopatologia e sessualità. *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, 22 (2), 109-113.
- Imbasciati, A. (2005a). *La sessualità la teoria energetico pulsionale: le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati, A. (2005b). *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando Editore.
- 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. (2007a). Psychanalyse et Neurosciences: pour une nouvelle metapsicologie. *Revue Française de Psychanalyse*, LXXI (2), 455-477.
- Imbasciati, A. (2007b). *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica. Nuova edizione*. Torino: Utet-DeAgostini.
- Imbasciati, A. (2007c). Medici e Psicologi (e perché non altri?). *Psicologia Toscana*, XIII (1) 7-14.
- Imbasciati, A. (2007d). "Clinico" e psicologia clinica. *Giornale Italiano di Psicologia*, in print
- Imbasciat,i A. (2008a). *La mente medica e le altre (sue?) professioni*. Milano: Springer.
- Imbasciati, A. (2008b). Sviluppi della psicoanalisi dopo Freud, in Imbasciati, Cristini, Cabrassi & Buizza (eds), *Scienza, misconoscenza e caos nell'artigianato delle psicoterapie* (in print).
- Imbasciati, A., Cabrassi, F. & Cena, L. (2007). *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. & Ghilardi, A. (1990). L'istinto nelle scienze: necessità e storia di un concetto irrisolvibile, *Rivista di Sessuologia*, 14 (2), 101-116.
- Imbasciati, A. & Margotta, M. (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. & Margotta, M. (2008). *Psicologia clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Meltzer, D. & Harris, M. (1983). *Child, Family and Community: a psycho-analytical model of the learning process*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. [trad. it., *Il ruolo educativo della famiglia*, C.S.T. Centro Scientifico Editore, Torino1986].
- Schore, A.N. (2003a). *Affect dysregulation and 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.
- Schrier, A.M., Harlow, M.F.& Stollnitz, F. (1965). *Behaviour of non-human Primates*. New York. Academic Press.
- Stern, D. (1977). *The first relationship*, Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Stern, D. (1987). *The interpersonal world of the infant*. NY: Basic Books. (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino, Boringhieri, 1987).
- Taylor, G.J. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*, Internat. New York: Un. Press. [trad. it.: *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio, 1993].
- Turchi, G.P. & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Padova: Upsel Domenighini.

La psicologia *nella scuola o per la scuola*: una riflessione “sperimentale” sull’uso dei test.

di Luigi Verducci*

Introduzione

La ricerca in psicologia è abituata a confrontarsi con i grandi numeri. I ricercatori sono molto attenti a validare le proprie ipotesi su campioni molto ampi, per garantire la generalizzabilità dei risultati ottenuti. Ciò è dimostrato anche dallo spazio che ogni manuale sulla ricerca in psicologia riserva al concetto di validità esterna ed ai fattori che la minacciano. Per validità esterna si intende la misura in cui i risultati di un esperimento possono essere generalizzati oltre le condizioni sperimentali (Kazdin, 1996). Una buona validità esterna si ottiene, da un lato, costruendo un campione rappresentativo, per mezzo di una analisi accurata delle caratteristiche socio-demografiche delle persone che lo compongono; dall’altro, curando la standardizzazione della situazione sperimentale, per evitare che l’ambiente in cui avviene la ricerca possa inficiare i risultati raggiunti (Kazdin, 1996). Nella maggior parte degli esperimenti il ricorso ad un ampio numero di persone nasce dal desiderio di generalizzare i risultati alla popolazione più ampia possibile. Quindi gli psicologi nei loro studi entrano in contatto con molte persone, a volte molti gruppi di persone, ma, spinti essenzialmente dalle esigenze di validità esterna della loro ricerca, sono interessati alla quantità di persone contattate e alle loro caratteristiche individuali e non alla relazione che si può instaurare tra di loro e verso l’oggetto della ricerca. Questo significa che l’unità di analisi con cui vengono interpretati i dati è il singolo individuo. Pur avendo a disposizione molte persone, queste vengono studiate come tanti casi singoli. Come sottolinea Kazdin parlando dell’importanza della validità esterna, il riferimento esplicito di questi disegni sperimentali è la ricerca medica che, *per missione*, ha quale oggetto d’intervento la singola persona: “le preoccupazioni nei riguardi delle caratteristiche del campione e le implicazioni che sorgono dalla necessità di allargare i risultati ad altri soggetti vengono ben illustrate nella ricerca di tipo medico in cui l’intervento (ad esempio, il consumo di bevande leggere o di un particolare cibo) è somministrato ai soggetti (ad esempio, ratti da *laboratorio*) ed è inteso a dimostrare che provoca il cancro. Senza dubbio i ratti *non da laboratorio* gradirebbero sapere se questi risultati possono essere estesi anche a loro e alla loro dieta giornaliera” (Kazdin, 1996, pp. 43-44).

L’unica differenza sta nella delimitazione della porzione dell’individuo a cui si è interessati: il corpo in medicina; le caratteristiche di personalità, le emozioni (o altro in base alla scuola di riferimento) in psicologia. Viene alla mente un’altra prassi, quella scolastica, che “curiosamente [...] ha utilizzato sin dalle sue origini istituzionali, la “classe” quale luogo dell’apprendimento. [...] ma rimane il fatto che l’insegnante, a scuola, ha saputo utilizzare in minima parte, ed in casi sporadici, la risorsa che il “gruppo-classe” comporta; ancora oggi, usualmente, persegue l’apprendimento dei singoli, valuta l’apprendimento dei singoli, ragiona secondo modelli strettamente individualistici quando si trova a sviluppare un pensiero sulla propria azione formativa” (Carli, 2001, p. 66).

Da queste considerazioni emergono con evidenza due aspetti caratterizzanti la ricerca in ambito psicologico (vedi Carli, 2004):

- *Il fine*: l’individuazione di leggi generali, nella speranza che risultino *veramente* valide per tutti gli uomini, in qualsiasi situazione;
- *L’unità di analisi utilizzata*: il singolo individuo e le sue caratteristiche personali (fisiche, emotive, di personalità...).

* Luigi Verducci, psicologo, specialista in Valutazione Psicologica. luigi.verducci@email.it

Generalmente, quindi, si parte da grandi gruppi di persone (alla ricerca di un campione rappresentativo) per giungere a descrivere e differenziare singoli individui.

Nel caso del presente studio abbiamo seguito un percorso inverso: abbiamo utilizzato uno strumento (lo S.D.I.) pensato per rilevare i bisogni individuali (*l'individuo* come unità di analisi) per giungere ad una analisi della simbolizzazione condivisa della propria scuola, da parte dei ragazzi coinvolti (lo *spazio culturale* del "gruppo di studenti" come unità di analisi). Questo perchè, man mano che andavamo avanti con la ricerca, ci è apparso utile, ai fini della comprensione di quanto emergeva, abbandonare l'ancoraggio all'individuo e alle sue fasi evolutive (ad es. l'idea che nei bambini di prima elementare avremmo dovuto aspettarci più bisogni di sicurezza rispetto a quelli di terza), per centrare l'attenzione su ciò che maggiormente accomunava le storie elaborate dai ragazzi: il modo di rappresentare la scuola e la vita scolastica. Partendo da tale traccia è stato fruttuoso utilizzare il costrutto di *collusione*¹, inteso quale interfaccia tra sfera cognitiva e sfera sociale. Secondo questa ottica, le singole storie prodotte (cognizioni individuali), sono riconducibili ad un comune "campo semantico" (processi collusivi), suggerito, a sua volta, "dalle caratteristiche dello spazio sociale" (Grasso & Salvatore, 1997) che i bambini condividono: la classe scolastica.

Ipotesi del lavoro

"Storie Da Inventare" (S.D.I.) è un test tematico nato, come riportato nel manuale, "da anni di esperienza e di studi critici su altri test tematici, in primo luogo il TAT e il CAT". Lo S.D.I. conserva alcuni elementi tradizionali dei test tematici: gli stimoli costituiti da disegni che rappresentano scene di vita e la consegna di immaginare una storia; ma presenta anche delle innovazioni (tavole a colori, presenza di una serie parallela...) pensate con l'obiettivo di superare molte delle critiche rivolte in passato a questi test (Boncori, 1996). L'ipotesi di fondo che lo S.D.I. condivide con tutti i test proiettivi è che quando una situazione è aperta a varie interpretazioni, queste differiscono congruentemente con la personalità della gente (Boncori, 1993). Il termine "proiettivo" si presta a diverse interpretazioni. Utilizzandolo in una accezione non restrittiva, indica il processo mediante il quale, nell'ambito di un compito di "immaginazione", le caratteristiche oggettive degli stimoli vengono distorte o arricchite perchè il soggetto attribuisce agli stimoli stessi i contenuti soggettivi della propria esperienza, le proprie caratteristiche personali, le sue dinamiche (Boncori, 1993).

Anche nel caso dello S.D.I., con il termine "proiezione" si intende il rapporto tra lo stimolo percepito e i contenuti soggettivi di colui che elabora le storie. Le caratteristiche individuali prese in considerazione dal test S.D.I. fanno riferimento alla scala motivazionale di Maslow, un modello psicosociale che non presuppone uno stato di disagio da risolvere, bensì uno stato di maggiore soddisfazione e sviluppo personale da perseguire (Boncori, 1996). La teoria motivazionale di Maslow prevede una classificazione gerarchica di sei gruppi di bisogni, dai più elementari, quelli fisiologici, a quelli di ordine superiore, di autorealizzazione e di conoscenza. Le tavole dello S.D.I. sono pensate per entrare in risonanza e facilitare l'espressione dei bisogni individuali di chi elabora le storie, ordinati in base alla classificazione di Maslow. L'ipotesi alla base è che lo *schermo* delle tavole fornisca una via d'espressione privilegiata ai bisogni più urgenti presenti nel soggetto al momento della somministrazione del test. Attraverso la presentazione di tavole che funzionano da stimolo, più o meno equilibrato, di tutti i bisogni fondamentali, cioè di quei bisogni, come li definisce lo stesso Maslow, al di là dei quali non si può andare, perchè sembrano essere fini a se stessi (Maslow, 1954), è possibile comprendere, in base alla composizione delle risposte, quali motivi hanno trovato maggiore risonanza nei soggetti. Lo S.D.I. è

¹ Definito e approfondito in numerosi studi da Renzo Carli.

composto di 12 tavole, pensate per stimolare l'espressione dei 6 bisogni fondamentali della teoria di Maslow. La preferenza nelle risposte per uno o l'altro dei motivi è indice, seguendo questo schema, delle esigenze motivazionali del singolo soggetto e della sua sensibilità ad uno o più dei bisogni evocati. Il test S.D.I. prevede quindi un rapporto a due tavola-individuo². Questa impostazione è rimarcata anche dalla modalità con cui è stato presentato nelle classi: *“Ognuno deve scrivere le sue storie, senza consultarsi con i compagni: se no come facciamo a sapere quali sono le storie che veramente piacciono a lui?”* (Verducci, 2004, p. 36).

La situazione di gruppo (classe scolastica) non è quindi una scelta di metodo, ma una esigenza di ricerca, in quanto permette di somministrare il test a più persone contemporaneamente. Tuttavia, la situazione di gruppo, anche se non prevista nell'impostazione teorica del test, ha, a nostro modo di vedere, influenzato i dati ottenuti. Questa ricerca, infatti, è avvenuta in un ambiente particolare che accomuna i singoli nella condivisione di un contesto spaziale, ma soprattutto culturale. La somministrazione dello S.D.I. è avvenuta in due scuole elementari di Roma ed i dati qui presentati si riferiscono agli studenti delle prime tre classi dei due istituti. Quindi i soggetti a cui è stato somministrato lo S.D.I. non sono semplicemente singoli individui, perchè di fronte alle tavole stimolo condividono l'assunzione di uno specifico ruolo sociale: quello di studente. L'ipotesi è che questa condizione possa avere un peso nella produzione delle risposte, inserendosi come elemento intermedio nella relazione tavola-individuo (oppure stimolo-bisogno personale evocato).

Nella loro analisi ormai classica Harré e Secord (1972) sostengono che il comportamento sociale è il risultato di un adeguamento a regole e convenzioni in un processo di auto-controllo di cui l'attore sociale può essere consapevole. Ciò significa che, secondo questi autori, il comportamento di una persona può essere spiegato come adeguamento a quelle regole, abitudini, aspettative che vengono condivise in uno specifico contesto: *“in generale il comportamento sociale è il risultato dell'autocontrollo consapevole della rappresentazione posta in atto dall'individuo stesso, nel corso della quale egli cerca di stabilire il significato delle situazioni in cui si trova e di operare una scelta tra varie regole e convenzioni e di agire conformemente alle sue scelte”* (Harré & Secord, 1997, p. 92).

Si può, quindi, ipotizzare che i bisogni espressi nell'elaborazione delle storie, in quanto sono il risultato non solo di esperienze passate, ma anche della particolare situazione ambientale in cui gli studenti si trovavano, possano essere determinati dal significato dato al contesto in cui si produce il racconto, dalle aspettative verso questo contesto e dagli obiettivi che in esso si perseguono. Questo discorso è tanto più interessante se si considera che in una delle due serie parallele di tavole dello S.D.I. (la serie B) c'è n'è una, la numero 10, che rappresenta *“un gruppo di scimmiette che siedono in una classe scolastica”*. Con la tavola 10 si chiede di produrre una storia a partire da un disegno che evoca il proprio ruolo di studente, nello stesso momento e nello stesso luogo in cui, insieme alle persone che lo condividono quotidianamente (i compagni di classe), quel ruolo viene agito. È per questo che riteniamo che questa tavola possa evocare risposte determinate più dalla condivisione delle regole, delle abitudini e dei significati comuni a tutti i ragazzi che partecipano a quella specifica comunità

² Già nella sua definizione, il termine bisogno rimanda all'individuo come unità di analisi del comportamento. Si veda, ad esempio, la definizione di bisogno di U. Galimberti: *“Stato di tensione più o meno intensa dovuto alla mancanza di qualcosa che risponde o a esigenze fisiologiche più o meno impellenti o a esigenze voluttuarie divenute, per abitudine, necessarie, o a esigenze psicologiche avvertite come indispensabili alla realizzazione di sé, o a esigenze sociali apprese dall'ambiente. [...] Il bisogno è soggettivamente avvertito come uno stimolo che spinge l'individuo verso una meta in cui si annulla la tensione provocata dal senso di insoddisfazione che accompagna lo stimolo stesso”* (Galimberti, 2006).

che è la scuola, che da bisogni strettamente personali e caratterizzanti il singolo individuo nella sua personale configurazione motivazionale. Seguendo questa ipotesi, la comprensione delle storie prodotte implica l'assunzione di un punto di vista diverso: i bisogni espressi non possono essere descritti esaustivamente in termini propriamente individuali, ma parlano piuttosto del modo in cui gli studenti percepiscono la scuola e ne condividono, sia pure per contrastarle, convenzioni e comportamenti.

A sostegno di questa ipotesi convergono anche alcune annotazioni metodologiche relative alla teoria dei test proiettivi. Innanzitutto, per quanto riguarda il materiale del test, generalmente si ritiene che per far emergere aspetti inconsci della personalità lo stimolo debba essere: *ambiguo, non familiare, significativo*. Lo stimolo dei test proiettivi, infatti, dovrebbe essere in grado di suscitare, in persone differenti, diverse possibilità di interpretazione, cioè una maggior quantità di risposte, sia nel numero che nella varietà (requisito dell'*ambiguità*); occorre inoltre che lo stimolo descriva situazioni specifiche e sia capace di sollecitare "stati motivazionali" significativi (requisito della *significatività*). Non bastano però queste due prime caratteristiche, perchè è importante anche che lo stimolo *non* sia familiare: "Il trovarsi di fronte a qualcosa di nuovo, d'inatteso, crea un certo disorientamento e una certa ansia nel soggetto il quale, nel tentativo di dare una forma "già conosciuta" a ciò che risulta essere sconosciuto, finisce per ricorrere al meccanismo difensivo della regressione. [...]. In tal modo vengono attivati e fatti riaffiorare i vari contenuti del suo mondo arcaico rimosso. Le risposte che alla fine il soggetto fornisce costituiscono una rivelazione del suo mondo interno ed inconscio" (Castellazzi, 1991, p. 64).

Secondo il Manuale dello S.D.I., la tavola 10 è pensata per sollecitare tutti, tranne quelli fisiologici, i gruppi di bisogni teorizzati da Maslow. Possiamo, quindi, considerare *ambigua* questa tavola perchè è carica di possibilità di interpretazioni (Castellazzi, 1991). In egual misura può considerarsi *significativa* perchè è in rapporto con situazioni specifiche che il soggetto vive (Castellazzi, 1991): la vita scolastica. È difficile dire, invece, che la tavola 10 sia *non familiare*, perchè rappresenta una classe scolastica (sia pure composta da scimmie e non da ragazzi) in una condizione di somministrazione che è proprio una classe scolastica. Le stesse ragioni che spiegano l'importanza della *non familiarità* degli stimoli dei test proiettivi possono far comprendere l'interesse, in questo studio, per la tavola 10. L'ipotesi dei test proiettivi è che la novità dello stimolo, il suo contraddire le attese, può disorientare il soggetto che, per produrre una risposta che dia una forma "conosciuta" a ciò che è "sconosciuto", ricorre al passato ed "ai contenuti del suo mondo arcaico rimosso" (Castellazzi, 1991, p. 65). Occorre disorientare il soggetto, fargli perdere le coordinate, "non fargli capire, per un attimo, dove si trova", cosicché egli possa ricorrere al suo passato personale permettendoci di intravedere il suo mondo inconscio. La tavola 10, presentata ad una scolaresca ha, questa è l'ipotesi, l'effetto contrario, di ricordare al soggetto dove si trova, di "contestualizzarlo" (ammesso che sia possibile non essere contestualizzati!), di invitarlo a parlare della scuola e di esprimere le emozioni connesse a quella situazione. Per questo riteniamo che la *familiarità* della tavola 10 renda le risposte prodotte molto interessanti, in quanto parlano del contesto e della sua cultura, più che del singolo studente. C'è un altro aspetto metodologico, che va nella direzione di confermare questa ipotesi: parliamo degli strumenti utilizzati. Ciò che accomuna molti studi che utilizzano come "paradigma ermeneutico" il rapporto tra individui e contesto, condividono l'analisi del discorso come principale strumento di indagine. Il materiale prodotto rispondendo allo S.D.I. è un discorso, sotto forma di storia scritta, e la tavola 10, in quella particolare situazione, è un invito, più o meno esplicito a parlare di sé *in classe*. In base a quanto detto ci siamo proposti di analizzare le storie prodotte dagli studenti delle due scuole romane con l'intento di verificare due ipotesi:

1. La specificità delle risposte fornite alla tavola 10, rispetto alla media delle risposte alle altre tavole;

2. L'omogeneità nelle risposte fornite alla tavola 10 rispetto a fattori quali l'età dei soggetti (prima, seconda o terza classe elementare) e la scuola frequentata (la scuola dell'Infanzia Marcati o la scuola dell'Infanzia Millevoi).

In sintesi l'ipotesi che con questa analisi si va a verificare è che la coincidenza tra stimolo e contesto di somministrazione renda le risposte alla tavola 10 difficilmente comprensibili utilizzando categorie di analisi di tipo individuale (i bisogni dei singoli studenti, la loro storia personale, la loro età, ecc.).

La ricerca

Somministrazione e siglatura delle storie S.D.I.³

Per la ricerca è stato scelto un campione di bambini provenienti da due diverse scuole romane. Il primo gruppo proviene dalla Scuola dell'Infanzia Marcati sita in zona Torre Spaccata, ed è composta da 55 bambini. Il secondo gruppo dall'Istituto Comprensivo Domenico Purificato Scuola dell'Infanzia Millevoi, zona Ardeatina, Fonte Meravigliosa, è composto da 61 bambini. Il campione è composto, quindi, da un totale di 116 persone. Entrambi i gruppi sono composti dalle prime tre classi di una sezione, quindi dalla prima alla terza, con un range d'età variabile tra i sei e gli otto anni. La somministrazione è stata condotta da Febbraio ad Aprile 2004, iniziando con la scuola Marcati, poi la Millevoi. Durante la somministrazione del test sono state seguite le regole abituali, utilizzate per tutti i test tematici, con lo scopo di motivare i bambini e di ridurre al minimo le variabili di disturbo. A tutte le classi e agli operatori scolastici è stato comunicato preliminarmente in quali giorni, ore e classi sarebbe stato somministrato il test. Per ogni somministrazione erano presenti almeno due somministratori, generalmente tre. Prima di iniziare veniva apposto un cartello sulla porta della classe, con il quale si indicava che all'interno si stava svolgendo un test, per evitare che qualcuno entrasse interrompendo, così, il processo creativo. Veniva consegnato il materiale necessario per lo svolgimento del test S.D.I. e poi si procedeva dando la motivazione. A tutte le classi è stata data una motivazione standard:

“Noi vogliamo sapere quali storie piacciono ai bambini. Per essere sicuri, chiediamo proprio ai bambini di scrivere delle storie per noi. È questo il lavoro che adesso vi chiediamo di fare.

A ognuno di voi sarà dato un album con delle figure e un quaderno. Per ogni figura dovete inventare una storia: dite prima quello che sta succedendo nella figura e poi inventate una storia su quella figura. Non c'importa niente se nello scrivere fate qualche sbaglio: non faremo vedere le storie né ai vostri insegnanti né a nessuno qui a scuola. Potete scrivere tutto quello che vi viene in mente. È una specie di gioco, e molti lo trovano divertente.

Ognuno deve scrivere le sue storie, senza consultarsi con i compagni: se no come facciamo a sapere quali sono le storie che veramente piacciono a lui?

³ Per la composizione di questa parte del paragrafo, che si occupa di descrivere la fase di somministrazione dello S.D.I. nelle classi e il lavoro di siglatura delle risposte, si è fatto riferimento al resoconto di lavoro scritto dalla dr.ssa Lucia Bonella per la sua tesi di laurea.

Per scrivere queste storie serve solo il quaderno che vi diamo noi e una penna. Se avete scritto una cosa e la volete cancellare, fateci una riga sopra: non perdetevi tempo con le gomme.

Adesso mettete via tutto quel che avete sul vostro banco e tenete solo la penna. Noi passeremo fra i banchi a darvi i quaderni⁴.” (Verducci, 2004, p. 29).

La comunicazione verbale tra i bambini è stata limitata il più possibile. Gli operatori passavano tra i banchi e si fermavano a chiarire i dubbi dei singoli bambini e a prestare aiuto nella scrittura, quando ciò lo si riteneva necessario. Si è cercato di evitare che i bambini parlassero tra di loro e copiassero le produzioni degli altri. Ad ogni classe sono state date due ore di tempo per completare il test.

Ci siamo soffermati a descrivere la modalità di somministrazione del Test per capire alcune caratteristiche della situazione sperimentale (l'attenzione al lavoro individuale, la limitazione della comunicazione tra i bambini, la preoccupazione di non far copiare...) e il modo in cui, questa, può aver influito sulla produzione delle storie.

Elaborazione e analisi dei dati

Una volta completata la somministrazione e la siglatura dei testi S.D.I., i dati sono stati raccolti in una tabella composta dai bisogni, espressi tavola per tavola, da ciascun soggetto delle due scuole. Successivamente è stata condotta una analisi univariata ANOVA (Analysis of Variance) per verificare le due ipotesi di ricerca. Come riportato in tabella 1 (vedi allegato) la tavola 10 si differenzia dal resto delle tavole per l'alto numero di risposte classificate nella categoria “Bisogni di sicurezza” (**F: 7,420** significatività pari a **α 0,007**). Ci sono altre differenze nei bisogni fisiologici (F: 3,430; sig: 0,065) e in quelli di stima/adequamento (F: 3,115; sig: 0,079), tra la tavola 10 e le altre, ma non sono differenze statisticamente significative. Inoltre i bisogni codificati in relazione alla tavola 10 non differiscono in base all'età dei soggetti e la scuola di appartenenza, come riportato nelle tabelle 2 e 3 (in allegato). C'è una generale somiglianza tra le risposte degli studenti alla tavola 10, indipendentemente dall'età (prima, seconda o terza elementare) e dalla scuola frequentata (Marcati, Millevoi). Questo nonostante ci siano, se consideriamo le risposte date a tutte le tavole e non solo alla tavola 10, differenze statisticamente rilevanti nell'espressione dei bisogni di sicurezza tra gli alunni della Marcati e quelli della Millevoi (**F: 20,790; sig. 0,000** nella direzione di una maggiore presenza di bisogni di sicurezza nella Millevoi), ma anche differenze dovute all'età dei soggetti, per quanto riguarda i bisogni di sicurezza (**F: 37, 651; sig. 0,000** nella direzione, contrariamente alle aspettative⁵, di un incremento dei bisogni di sicurezza con l'aumentare dell'età e con il passaggio dalla prima alla terza elementare) ed i bisogni di appartenenza (**F: 4, 649; sig. 0,010**). Dopo aver verificato che le risposte date alla tavola 10 differenziano significativamente da quelle delle altre tavole, si è pensato di approfondire l'analisi, centrando l'attenzione sui bisogni codificati come “bisogni di sicurezza”. Nel test S.D.I. i bisogni di sicurezza vengono suddivisi in tre sotto categorie perchè, come riportato nel manuale “il bisogno di sicurezza” include molte manifestazioni, anche qualitativamente differenziabili tra loro (Boncori,

⁴ Questa consegna è in accordo con l'importanza che generalmente viene data al lavoro individuale in classe e, quindi, può essere percepita dagli studenti come una conferma del fatto che, nonostante non ci siano gli insegnanti, il modello di lavoro ed il ruolo a cui ci si deve attenere è sempre quello scolastico.

⁵ La teoria di Maslow è una teoria gerarchica per cui la comparsa di un bisogno di livello superiore presuppone la soddisfazione dei bisogni dei livelli inferiori. Ci si potrebbe aspettare, quindi, che con l'aumentare dell'età ci sia una graduale evoluzione nella soddisfazione dei bisogni dai livelli inferiori a quelli superiori fino all'autorealizzazione.

1996). Ciò ha condotto gli autori ad una classificazione minuziosa che comprende le sottocategorie *Aggressione (A)*, *Paura (B)*, *Ordine (C)*. Per verificare se nelle risposte alla tavola 10, prodotte dagli studenti delle due scuole elementari romane, ci sia una differenza fra le tre sottocategorie del “Bisogno di Sicurezza”, si è utilizzata la statistica del Chi².

Tab. 4 Confronto fra le sottocategorie del "Bisogno di Sicurezza"

	Observed N	Expected N	Residual
Aggressività	13	82,0	-69
Paura	28	82,0	-54
Ordine	205	82,0	123
Total	246		

Confronto tra A, B, C

Chi-Square	278,122
Df	2
Asymp. Sig.	0,000

Come si vede dalla Tabella 4, nelle storie prodotte alla presentazione della tavola 10, c'è una differenza statisticamente significativa (**Chi²: 278,122; sig: 0,000**) tra le sottocategorie del “Bisogno di Sicurezza” con una presenza nettamente prevalente di risposte siglate nella sottocategoria “Ordine”.

Conclusioni

La tavola 10, come scritto nel manuale dello S.D.I.⁶, è pensata per stimolare tutti, con l'eccezione di quelli fisiologici, i bisogni della gerarchia di Maslow. Si può sostenere, quindi, che soddisfa il criterio dell'*ambiguità* degli stimoli proiettivi. Rispetto alle altre tavole, che sono molto più definite nell'evocare un bisogno, la numero 10 dovrebbe discriminare più facilmente i soggetti, proprio perchè in grado di stimolare una gamma di bisogni molto ampia. I dati della presente ricerca, però, mostrano come questa tavola si differenzi, in maniera statisticamente rilevante, dal resto delle tavole, per la presenza molto elevata di risposte classificabili nella categoria “bisogno di sicurezza”. Questo dato va nella direzione di quanto ipotizzato: le risposte alla tavola 10, per la stretta concordanza tra ciò che rappresenta (una classe scolastica) e la situazione in cui viene presentata (una classe scolastica), possono essere interpretate facendo ricorso ad un diverso modello teorico: se generalmente si ritiene che le storie prodotte siano il canale attraverso cui vengono espressi bisogni individuali, in

⁶ Tavola 10 - *Un gruppo di scimmiette siedono in una classe scolastica. La maestra-scimmia è in piedi.* Tematiche presumibilmente stimulate: bisogno di sicurezza (come bisogno di competizione e come esigenza di norme) bisogno di appartenenza a un gruppo di amici, bisogno di stima, successo, adeguatezza (autostima ed eterostima, indipendenza) bisogno di autorealizzazione (crescita, autonomia) bisogno di conoscere e di esercitare la razionalità.

questo caso, sembra più corretto interpretare le risposte facendo riferimento al contesto in cui sono state prodotte. D'altra parte la *non familiarità*, cioè la presentazione di una situazione inattesa, nuova, è un requisito importante degli stimoli dei test proiettivi, in quanto dovrebbe innescare un meccanismo in base al quale il soggetto, per dare una forma "conosciuta" e rassicurante ad una situazione "sconosciuta", si ritira dalla situazione presente e ricorre a esperienze e ricordi di un passato familiare ed intimo, esprimendo così la sua personalità ed i suoi bisogni (Castellazzi, 1991). La tavola 10, al contrario, proprio per la sua *familiarità* con la situazione di somministrazione del test, invece di "astrarlo", allontanarlo dal presente, ricorda al soggetto la condizione in cui si trova, cioè la scuola con le regole e le convenzioni che conosce bene. La situazione di somministrazione, inoltre, è in linea, sotto molti aspetti, con ciò che parte della letteratura sulla cultura scolastica individua come gli elementi caratteristici dell'istruzione formale. Durante la somministrazione gli operatori si sono impegnati a limitare il più possibile la comunicazione, passando tra i banchi per controllare che non si parlasse e che non venissero copiate le produzioni degli altri bambini.

Così facendo sono state riprodotte le accortezze tipiche delle situazioni d'esame, in cui tutta l'attenzione è rivolta al lavoro individuale e alla sua valutazione.

Tutto ciò fa venire in mente la situazione scolastica tradizionale, in cui: "le attività sono sempre individuali, e anche quando occasionalmente esistono esperienze di lavori di gruppo, la valutazione è sempre del singolo. Gli allievi stanno insieme in un'aula, ma ad ognuno è richiesto di produrre e pensare in modo indipendente dagli altri [...], ogni strumento "esterno" è quindi visto come un aiuto non permesso allo svolgimento delle attività." (Zucchermaglio, 1996, p. 50).

Per questi motivi riteniamo che la tavola 10 possa essere stata percepita dai soggetti come un invito a parlare della scuola, ad esprimere il loro modo di viverla e di rappresentarla. In questo modo sono interpretabili anche altri due dati emersi in questa ricerca. Innanzitutto, le risposte alla tavola 10 sono molto simili tra tutti i ragazzi, indipendentemente dalla classe (prima, seconda o terza elementare) e dalla scuola frequentata (Marcati, Millevoi). L'ipotesi è che, al di là delle differenze specifiche tra i singoli istituti o classi, prevalga la condivisione delle "regole e abitudini" che sono tipiche dell'Istituzione Scuola e quindi comuni ai singoli istituti. Questa interpretazione è rafforzata dal fatto che, considerando le risposte a tutte le 12 tavole e non solo alla tavola 10, c'è una differenza statisticamente significativa tra le storie prodotte nelle due scuole per quanto riguarda i "bisogni di sicurezza". Ci sono, inoltre, differenze legate alla classe di appartenenza (prima, seconda o terza elementare) sia nei "bisogni di sicurezza" che nei "bisogni di appartenenza". Questo dato rafforza quello sulla tavola 10, confermando l'ipotesi che le storie prodotte parlino del modo di percepire la scuola più che dei bisogni dei singoli studenti. Per questo, probabilmente, le emozioni suscitate dalla tavola 10 sono le stesse, indipendentemente dalla scuola frequentata e dall'età. È interessante, a questo punto, approfondire il discorso vedendo che tipo di "bisogni di sicurezza" sono maggiormente espressi nelle storie prodotte alla presentazione della tavola 10. Abbiamo visto che al di là della macrocategoria "bisogni di sicurezza" la maggior parte delle risposte sono riconducibili alla sottocategoria "Ordine" (i dati mostrano una differenza statisticamente significativa, χ^2 : 278,122; sig: 0,000, nell'uso delle tre sottocategorie *aggressività, paura, ordine*). Per andare avanti in questo approfondimento è necessario, tuttavia, continuare nel cambiamento di modello teorico prospettato all'inizio ed interrogare i dati a nostra disposizione con strumenti differenti. In accordo con quanto sostenuto da Harrè e Secord (1972) "a nostro parere la vita sociale umana è linguistica in ogni suo aspetto, e per comprenderla nel migliore dei modi è necessario usare concetti linguistici e quasi-linguistici", generalmente gli psicologi che intendono studiare i "comportamenti situati" analizzano i testi, orali o scritti, prodotti da coloro che

condividono la situazione oggetto di studio. Quindi finché il comportamento viene visto come funzione di bisogni stabili dell'individuo i test ed i reattivi di personalità sono gli strumenti più appropriati, ma quando l'ancoraggio alla comprensione non è più l'individuo, ma il contesto in cui è inserito, allora occorre analizzare i discorsi e le conversazioni in esso prodotti, per esaminare come i partecipanti ad un discorso invocano, costruiscono, rendono rilevante o danno per scontata una particolare versione della realtà esterna e dei contenuti mentali. Con parole simili anche Carli e Panizza (2002) sottolineano che "la cultura locale si ricerca e si analizza partendo da testi, vale a dire da produzioni linguistiche che caratterizzano la popolazione interessata o il tema della ricerca". Per questo può essere utile sapere non tanto quanti ragazzi hanno bisogni fisiologici o di sicurezza, ma che idea di scuola viene condivisa nelle storie raccontate. Vediamo alcune storie: *"Le scimmie stanno studiando, stanno entrando a scuola, è suonata la campanella e sono uscite"* alcune volte, come in questo caso, si parla della scuola come routine, come luogo svuotato degli obiettivi di apprendimento che dovrebbero caratterizzarlo. Altre volte l'attenzione è al rapporto tra insegnante e allievi, ma anche in questi casi sembra prevalere il momento formale di valutazione, all'interesse per i contenuti dell'apprendimento *"Una classe di scimmie fa la verifica e il maestro l'ha spiegata, il maestro ritirerà le verifiche e le corregge"*. Nella maggior parte dei casi, comunque, le storie sono centrate sul rapporto con gli insegnanti, visti come autorità che controlla i comportamenti e stabilisce le punizioni *"Una mattina gli alunni scimmia andarono a scuola, ma tutti impauriti, il giorno prima il maestro li aveva picchiati, perchè si erano addormentati, cambiarono scuola"*. La noia e il racconto di studenti che si addormentano durante le lezioni, fanno venire in mente le parole sulla scuola di Lily Herbert (cfr. in Carli, 2002, p. 27) in cui l'obbligatorietà della condizione sembra riuscire a espellere qualsiasi investimento nella conoscenza: *"L'insegnante opera come unico adulto, che sa, confrontato con un gruppo di ragazzi, obbligati al lavoro scolastico perchè si trovano a scuola non di loro volontà"*. *"Mentre il maestro spiega i bambini si addormentano il maestro continua a spiegare e si svegliano"*; *"Tutti dormono il professore si incacchia"*. *"Il professore spiega però nessuno lo ascolta hanno discusso e hanno litigato fanno pace e lo ascoltano tutti"*; *"Delle scimmie invece di fare i compiti parlavano fra di loro visto che erano scimmie non sapevano fare i compiti e quindi parlavano il maestro si arrabiò vedendo che le scimmie non lavoravano mise una nota a tutti"*; *"In una classe ci sono delle scimmie e il maestro che stanno lavorando, a un certo punto iniziano a parlare uno si addormenta uno piange e altri ridono alla fine il maestro ha strillato e tutti si sono messi a piangere"*. Un altro elemento che emerge è lo scontro di potere tra "adulti che sanno e giovani che sono obbligati a stare a scuola". Un conflitto che diventa evidente quando in una storia si legge che *"delle scimmiette si riprenderanno la scuola"*.

In generale queste storie sono centrate sulla relazione tra studenti e insegnanti, relazione organizzata in primo luogo intorno alla disciplina e alla sua trasgressione. Come scrive Carli (2002) la disciplina è uno degli aspetti emozionali prevalenti nella scuola e rischia di "saturare emozionalmente" e di far passare in secondo piano gli altri obiettivi scolastici (che pure sono presenti nelle storie: *"Un maestro scimmia che impara ai bambini a scrivere il primo giorno di scuola le scimmie vanno a scuola e se ne vanno felici di tutte le cose che hanno imparato"*:

"La relazione di potere, che s'incarna nella pratica scolastica della "disciplina", sembra costruire dinamiche emozionali volte a simbolizzare emozionalmente la scuola come sistema di controllo dell'adulto che sa, sul giovane "che non è nella scuola per propria volontà"; questo controllo sembra esaurire, in sé, ogni dinamica emozionale di chi partecipa alla scuola, contribuendo ad un processo di simbolizzazione emozionale collusiva, fondato da un lato (quello adulto) sul bisogno rassicurante di controllare, dall'altro (quello giovanile) sul bisogno,

altrettanto rassicurante, di evitare il giudizio negativo e di ottenere l'accettazione affettiva dell'adulto valutante. Con tutte le varianti del caso: indifferenza dei ragazzi nei confronti della valutazione, quale dimensione rassicurante fondata sulla negazione, appunto; istituzione di nuovi criteri di valutazione, interni al gruppo giovanile e contrapposti a quelli degli adulti: criteri che svalorizzano chi studia ed aderisce ai moniti degli adulti, tacciato d'essere "secchione", "cocco" degli insegnanti o peggio...; alleanza dei giovani con le famiglie, al fine di contrapporsi alla scuola e alle sue regole [...]; scissione tra scuola e contesto sociale entro il quale ed in funzione del quale la scuola dovrebbe operare, vanificando così il senso dell'apprendimento scolastico [...] e così via" (Carli, 2002, p. 28).

A questo punto mi sembra importante sottolineare come rovesciando l'ottica con cui si guarda alle storie, e passando dalla centratura sui bisogni individuali al modo in cui viene raccontata e vissuta l'esperienza scolastica, si aprono spazi di intervento nelle due scuole. Questa ricerca, infatti, nata dall'interesse dei ricercatori per la validazione del Test S.D.I., può, su queste basi, ricoinvolgere le due scuole e costruire con loro, a partire dalla conoscenza della percezione del contesto-scuola da parte degli studenti, un intervento per promuovere modelli di simbolizzazione maggiormente competenti e funzionali allo sviluppo della missione formativa (Salvatore, 2002).

ALLEGATO

Tab. 1 - Differenza tra risposte alla tav. 10 e al resto delle tavole S.D.I.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Bisogni Fisiologici	Between Groups	2,359	1	2,359	3,430	,065
	Within Groups	396,815	577	,688		
	Total	399,174	578			
Bisogni di Sicurezza	Between Groups	8,068	1	8,068	7,420	,007
	Within Groups	1199,241	1103	1,087		
	Total	1207,309	1104			
Bisogni di Appartenenza e affetto	Between Groups	1,179	1	1,179	1,701	,193
	Within Groups	238,485	344	,693		
	Total	239,665	345			
Bisogni di Stima/adequatezza	Between Groups	1,275	1	1,275	3,115	,079
	Within Groups	105,572	258	,409		
	Total	106,846	259			
Bisogni di Autorealizzazione	Between Groups	4,748E-03	1	4,748 E-03	,022	,883
	Within Groups	18,321	84	,218		
	Total	18,326	85			
Bisogni di Conoscenza	Between Groups	3,213E-02	1	3,213 E-02	,184	,669
	Within Groups	27,769	159	,175		
	Total	27,801	160			

Tab. 2 - Bisogni espressi alla tav. 10 per gruppi d'età (prima, seconda e terza

classe)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Bisogni Fisiologici	Between Groups	,254	2	,127	,392	,682
	Within Groups	4,857	15	,324		
	Total	5,111	17			
Bisogni di Sicurezza	Between Groups	3,231	2	1,616	2,398	,096
	Within Groups	68,731	102	,674		
	Total	71,962	104			
Bisogni di Appartenenza e affetto	Between Groups	,190	2	9,524E-02	,571	,605
	Within Groups	,667	4	,167		
	Total	,857	6			
Bisogni di Stima/adequatezza	Between Groups	1,151	2	,576	1,006	,376
	Within Groups	20,592	36	,572		
	Total	21,744	38			
Bisogni di Autorealizzazione	Between Groups	,833	2	,417	,	,
	Within Groups	,000	3	,000		
	Total	,833	5			
Bisogni di Conoscenza	Between Groups	8,333E-02	2	4,167E-02	,062	,943
	Within Groups	,667	1	,667		
	Total	,750	3			

Tab. 3 – Bisogni espressi alla tavola 10 per scuole di appartenenza (Marcati, Millevoi)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Bisogni Fisiologici	Between Groups	,488	1	,488	1,688	,212
	Within Groups	4,623	16	,289		
	Total	5,111	17			
Bisogni di Sicurezza	Between Groups	5,541E-03	1	5,541E-03	,008	,929
	Within Groups	71,956	103	,699		
	Total	71,962	104			
Bisogni di Appartenenza e affetto	Between Groups	2,381E-02	1	2,381E-02	,143	,721
	Within Groups	,833	5	,167		
	Total	,857	6			
Bisogni di Stima/adequatezza	Between Groups	4,459E-03	1	4,459E-03	,008	,931
	Within Groups	21,739	37	,588		
	Total	21,744	38			
Bisogni di Autorealizzazione	Between Groups	,000	1	,000	,000	1,000
	Within Groups	,833	4	,208		
	Total	,833	5			
Bisogni di Conoscenza	Between Groups	,750	1	,750	,	,
	Within Groups	,000	2	,000		
	Total	,750	3			

Bibliografia

- Boncori, L. (1993). *Teoria e Tecnica dei test*. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Boncori, L. (1996). *Storie Da Inventare (S.D.I.). Un test tematico riferito alla teoria di Maslow*. Roma: CRISP.
- Carli, R. (2001). *Culture giovanili: Proposte per un intervento psicologico nella scuola*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (2002). Appunti di viaggio d'uno psicologo a scuola. *Psicologia scolastica*, 1 (1), 15-35.
- Carli, R. (2004, Maggio). *L'identità della professione psicologica e la costruzione di una epistemologia comune*. Paper presented at 2° Congresso Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, Roma.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo*. Milano: Franco Angeli.
- Castellazzi, V.L. (1991). *Introduzione alle tecniche proiettive*. Roma: LAS Editrice.
- Galimberti, U. (2006). *Dizionario di Psicologia*. Roma: Ed. Espresso-La Repubblica.
- Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità: Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Harré, R., & Secord, P.F. (1972). *The Explanation of Social Behavior*. Oxford: Blackwell (trad. it. *La spiegazione del comportamento sociale*, Il Mulino, Bologna, 1997).
- Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology*. New Jersey: Prentice Hall (trad. it. *Metodi di ricerca in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 1996).
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. NY: Harper (trad. it. *Motivazione e personalità*, Armando, Roma, 1975).
- Salvatore, S. (2002). Domanda sociale e missione educativa, *Psicologia Scolastica*, 1(1), 101-131.
- Verducci, L. (2004). *Storie Da Inventare "S.D.I.": Analisi dei bisogni in due scuole romane*. Tesi di specializzazione inedita.
- Zucchermaglio, C. (1996). *Vygotskij in azienda. Apprendimento e comunicazione nei contesti lavorativi*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

La teoria dell'attaccamento tra intersoggettività e gruppoanalisi

di Lucrezia Lorito*, Franco Di Maria*

Alle origini della teoria dell'attaccamento

È nella monumentale trilogia "Attaccamento e perdita" (Bowlby, 1969, 1973, 1980) che si ritrova il punto di arrivo di un lungo percorso rivolto agli effetti dell'adeguatezza delle cure materne sullo sviluppo dell'individuo. All'origine della teoria dell'attaccamento si pongono infatti le prime formulazioni bowlbiane basate su un modello lineare di costruzione dello sviluppo, ma numerose sono le variazioni e gli arricchimenti che nel corso degli anni sono pervenuti dalle molte e diversificate aree di interesse sul tema dell'attaccamento e dello sviluppo relazionale, contributi che hanno un chiaro intento: arricchire e comprendere maggiormente gli assunti condivisi, rispondere agli interrogativi irrisolti e indagare circa le aree inesplorate concernenti il complesso e vasto tema dell'attaccamento.

Accanto ai più classici studi sulla relazione diadica *care giver*-bambino, si trovano così studi sulla valutazione degli stili di attaccamento e sulla sua trasmissione intergenerazionale, indagini circa il legame di attaccamento entro la coppia e più di recente entro l'intera costellazione familiare e ancora riflessioni intorno al rapporto epistemologico fra la prospettiva intersoggettiva e la teoria dell'attaccamento. Altra importante area di indagine si rintraccia, inoltre, nel tema delle declinazioni di tale teoria nel trattamento psicoterapeutico, nonché a proposito della costruzione delle rappresentazioni mentali e delle narrazioni relative alle esperienze di attaccamento.

Procedendo a ritroso, individuiamo nell'opera di Bowlby (1973) la definizione del termine attaccamento, concetto con il quale l'Autore si riferisce alla capacità della figura genitoriale di sostenere le sensazioni di sicurezza del bambino. Per estensione esso consiste nella condizione nella quale un individuo è legato emotivamente ad un'altra persona, generalmente percepita come più grande, più forte e più saggia; esso è cioè lo stato e l'attualità degli attaccamenti di un individuo, attaccamenti che si dividono in sicuri e insicuri (Holmes, 1993).

Prova di tale legame è costituita, come sottolinea Holmes (1993), dalla ricerca di prossimità, che per Bowlby coincide con la pulsione sociale primaria, dal fenomeno della base sicura, espressa come insieme delle interazioni diadiche fra il bambino e il *care giver* (corrispondente allo sfondo di sicurezza descritto da Sandler all'interno del modello psicoanalitico), e dalla protesta per la separazione. Nel modello di sviluppo psicologico che descrive Bowlby molteplici sono i possibili percorsi che un individuo può intraprendere durante l'infanzia a seconda delle interazioni con il *care giver* ed è dalle interazioni ripetute nell'infanzia con la figura di attaccamento che si produce, a partire dall'adolescenza e in seguito ad esperienze di attaccamento positive, la rappresentazione della base sicura.

Differentemente dal modello freudiano, fondato sulla teoria homuncolare dello sviluppo, in cui cioè l'andamento dello sviluppo segue fasi fisse e preformate, e sulla scia del modello etologico, Bowlby preferisce la teoria epigenetica (Waddington, 1977), secondo la quale vi sono differenti percorsi di sviluppo possibili dipendenti dalle condizioni ambientali. Tale approccio consente una più raffinata spiegazione delle interazioni tra un individuo e il suo ambiente e permette altresì di concepire lo sviluppo come processo in divenire, libero da schemi fissi e al contrario legato ad un compromesso epigenetico tra i bisogni di attaccamento e la figura capace di sostenerli. Sebbene il bambino abbia una naturale propensione a formare attaccamenti, propensione fondata sulla stessa natura neotenuca della specie umana per cui la genesi del pensiero è data dal nutrimento relazionale ricevuto e dagli schemi familiari di relazione che agiscono sull'individuo, la natura e le dinamiche di questi dipenderanno dall'interazione fra l'organismo e il suo ambiente.

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo

Diversamente dal modello evolutivo psicoanalitico, inoltre, Bowlby afferma che i pattern di attaccamento persistono per tutta la vita, sono flessibili e se di tipo insicuro possono essere modificati da buone esperienze.

Innescato dalla separazione o dalla minaccia di separazione dalla figura di attaccamento è il 'comportamento di attaccamento', costituente il comportamento che appare in un soggetto che cerca la vicinanza con un altro individuo differenziato e preferito.

Alla base dell'attaccamento e del comportamento di attaccamento è quindi il 'sistema comportamentale di attaccamento', che comprende il pattern reciproco di comportamenti mostrati da chi cerca e da chi dà le cure e di cui entrambi i soggetti coinvolti sono consapevoli. Esso consiste quindi in un modello del mondo in cui vengono rappresentati il Sé, gli altri significativi e le loro interrelazioni. Strettamente interconnesso è inoltre il 'sistema comportamentale esplorativo', che Ainsworth (1967) identifica nella disponibilità da parte della figura di attaccamento a fornire una base sicura per l'esplorazione.

Centrale nella teoria è ancora il concetto di Modelli Operativi Interni (MOI). Sulla base della teoria cognitiva di Beck, infatti, Bowlby afferma che gli individui necessitano di una mappa del mondo per controllare e manipolare l'ambiente e ciò mediante due differenti modelli: uno 'ambientale', che informa sulle cose del mondo, ed uno 'organismico', che informa su se stessi in relazione al mondo. Riprendendo Craik, secondo il quale gli individui interiorizzano una relazione con se stessi, gli altri e la relazione fra questi due poli e importano nella propria testa un modello su piccola scala della realtà esterna (Craik, 1943), Bowlby (1973) afferma che i MOI sono modelli mentali che guidano e regolano il funzionamento umano, cioè strutture di riferimento che conservano la configurazione temporale e spaziale del mondo reale.

Le ripetute interazioni del bambino con il mondo esterno, quindi, portano allo strutturarsi di modelli operativi del comportamento prevedibile delle figure significative, di se stesso e dell'interazione fra tali diversi comportamenti (Bowlby, 1973). È quindi la presenza/assenza della figura di attaccamento che genera fiducia o sfiducia nella sua stessa disponibilità ed è su tale ontogenesi che si fondano le caratteristiche chiave dei MOI, che permettono al bambino di orientarsi rispetto alle relazioni sapendo chi sono le figure di attaccamento, dove le si può trovare e come esse reagiranno dinnanzi a richieste di cure e conforto.

Similmente Horowitz (1987) parla di 'modelli di relazioni di ruoli' e 'schemi Sé-altro', ovvero modelli rappresentazionali utilizzati dal bambino per predire il mondo e mettersi in relazione con esso, mentre Stern (1985) delinea il concetto di 'rappresentazioni delle interazioni generalizzate' (RIG) per spiegare l'intersoggettività nucleare che sostanzia la natura umana sin dall'età neonatale. Se nell'ambito delle neuroscienze alla base dell'intersoggettività è posta la scoperta dei neuroni specchio, Stern afferma l'esistenza precoce di stati affettivi interni che si sviluppano dentro la matrice intersoggettiva in cui il soggetto cresce, stati che si sviluppano poi grazie alle esperienze di interazione, e riconosce, a partire dal secondo mese di vita, lo sviluppo della consonanza affettiva, equivalenza cross-modale delle esperienze affettive interpersonali su cui si fonda *in nuce* il concetto di empatia (Gallese, 2003).

Intersoggettività e attaccamento possiedono dunque la stessa ontogenesi e come sistemi motivazionali primari si sostengono a vicenda, il primo creando le condizioni necessarie all'attaccamento e quest'ultimo favorendo lo sviluppo dell'intersoggettività mediante la vicinanza a persone significative (Lavelli, 2007).

Accanto ad un aspetto cognitivo dei MOI si pone la natura affettiva ad essi applicabile, secondo la quale la mappa è costruita a partire dalla generalizzazione delle esperienze relazionali tra il soggetto e gli agenti delle cure materne (*care givers*) e risente del bisogno di difendersi dalla perdita e dai bisogni dolorosi. Se dunque un bambino sicuro immagazzinerà un modello operativo interno di un agente di cure sensibile, amorevole ed affidabile e di un Sé meritevole di amore e attenzione, portando tali assunti ad influire sulle proprie relazioni, ciò tuttavia comprende anche il rischio che venga interiorizzata la mappa distorta ed incoerente del mondo che caratterizza lo stile di attaccamento insicuro, in cui il mondo è visto come luogo pericoloso, nel quale gli altri vanno trattati con precauzione e il Sé non è meritevole di amore. Tali assunti sono inoltre persistenti e meno passibili di modificazione in base alle successive esperienze.

È quindi mediante i MOI che i pattern di attaccamento dell'infanzia sono trasposti alla vita adulta e si trasmettono alle generazioni successive.

Numerose sono le evoluzioni portate negli ultimi decenni rispetto agli originari concetti bowlbiani inerenti l'attaccamento e la costruzione dei MOI, evoluzioni teoriche che Fonagy (2001), mediante il concetto di 'funzione riflessiva', riassume in una sequenza di sistemi rappresentazionali fondati sulle aspettative circa le caratteristiche interattive dei primi *care givers* (create durante il primo anno di vita e successivamente elaborate), sulle rappresentazioni di eventi e sui ricordi autobiografici a cui il soggetto fa risalire le esperienze di attaccamento e sulle capacità di comprendere le caratteristiche psicologiche di altre persone e distinguerle dalle proprie (capacità che Trevarthen, nel 1993, collega ad una sana ed efficace comunicazione emotiva, in cui il soggetto lascia che il suo stato della mente sia influenzato da quello dell'altro).

Secondo Bretherton (1991) i MOI sono il prodotto di una serie di operazioni di immagazzinamento, richiamo alla memoria e costruzione delle informazioni, in quanto il concetto di Modello Operativo da un lato consiste nei modelli organizzati nella memoria a lungo termine, dall'altro nella memoria operativa, essendo tali modelli anche deputati alla comprensione delle nuove situazioni che si presentano all'individuo. I modelli della memoria operativa vengono quindi revisionati sulla base delle rappresentazioni di persone o oggetti e delle relazioni contenute nella conoscenza individuale di base a lungo termine. Tale capacità ha un significato adattivo e l'adeguatezza con la quale i modelli simulano le relazioni con il mondo esterno e creano MOI di se stessi che includono il proprio e gli altrui processi rappresentazionali, fonda la caratteristica evolutiva principale della specie umana. Bretherton, inoltre, spiega il funzionamento del sistema di memoria a lungo termine nella costruzione dei MOI con l'attivazione di copioni, descritti per la prima volta da Schank e Abelson nel 1977, intesi come strutture di rappresentazioni organizzate in sequenze che comprendono schemi di azioni, relazioni ed emozioni, compreso il contesto in cui tali processi hanno luogo, similmente a quanto affermato da Byng-Hall (1995), secondo cui i copioni sono rappresentazioni di interazioni multipersonali e si attivano all'interno della famiglia. È infatti possibile, secondo l'Autrice, concettualizzare l'esistenza di schemi generalizzati che riguardano le esperienze di attaccamento, per cui in tale prospettiva i MOI divengono rappresentazioni mentali composte di sistemi di schemi, anche procedurali, organizzati gerarchicamente. Esperienze negative di attaccamento determineranno quindi modelli interni di relazione poco coerenti, perché vittime di processi difensivi di distorsione dell'informazione, portando quindi alla costruzione di pattern insicuri di attaccamento, particolarmente resistenti al cambiamento.

Le basi intersoggettive del legame di attaccamento

Come già affermato intersoggettività e attaccamento possiedono la stessa ontogenesi e come sistemi motivazionali primari si sostengono a vicenda, il primo creando le condizioni necessarie all'attaccamento e il secondo favorendo lo sviluppo dell'intersoggettività mediante la vicinanza a persone significative (Lavelli, 2007).

Tale dato trova riscontri importanti nel pensiero di Siegel (1999), secondo il quale a livello della mente le relazioni di attaccamento aiutano il cervello immaturo del bambino e ciò attraverso gli scambi emotivi con il genitore. Tali scambi devono essere caratterizzati, perché si crei un rapporto di attaccamento sicuro, dalla capacità dell'adulto di reagire in maniera pronta ed adeguata ai segnali trasmessi dal bambino, fornendo risposte che favoriscano la produzione di stati emozionali positivi e che facilitino il controllo di quelli negativi.

Analogamente Gallese (2003) sostiene che lo studio delle relazioni interpersonali, alla cui base collochiamo l'esperienza di attaccamento, mostra il carattere sociale della mente umana. A fondamento dell'intersoggettività egli pone la costruzione di uno spazio primitivo Sé-Altro (spazio noi-centrico) che si caratterizza per una forma paradossale di intersoggettività priva di soggetto. L'Autore afferma, più nello specifico, che all'inizio della vita abitiamo e condividiamo con gli altri uno spazio interpersonale multidimensionale, che occupa anche in età adulta una consistente parte dello spazio semantico sociale e che egli riconduce alla modellizzazione degli oggetti e degli eventi (fondata in primo luogo sull'azione dei neuroni specchio) con cui interagisce il soggetto e da cui esso trae la propria conoscenza del mondo.

Accanto all'organizzazione delle esperienze, i rapporti di attaccamento influenzano, secondo Siegel, lo sviluppo dei circuiti neuronali e hanno diretti effetti sulle attività cerebrali che mediano i processi mentali fondamentali (memoria, narrativa autobiografica, emozioni, rappresentazioni e

stati della mente), per cui la presenza di attaccamenti insicuri porterà ad un significativo rischio per il successivo manifestarsi di condizioni psicopatologiche ed è dallo scambio e dalla co-regolazione dei segnali cerebrali che è possibile, secondo l'Autore, osservare lo sviluppo della sintonizzazione affettiva descritta da Stern nel 1985. Siegel, inoltre, osserva che lo sviluppo del modello mentale di attaccamento dipende dall'attività della memoria implicita (la memoria procedurale che riproduce il già noto dell'esperienza del soggetto), la quale consente al soggetto di prevedere quali saranno nel futuro le caratteristiche del rapporto di attaccamento. La rilevanza del suo contributo risiede nell'osservazione che le esperienze di attaccamento partecipano all'aumento della capacità di conoscenza auto-noetica del soggetto sin dalla prima vita infantile.

Gli stati della mente esperiti dal bambino entrano infatti sin dal primo anno di età nella memoria emozionale e sono quindi appresi a livello implicito, venendo stabilmente iscritti nel cervello del soggetto. Centrale è quindi la distinzione fra memoria implicita (procedurale, non associata all'esperienza soggettiva interna ma implicata nella creazione dei modelli mentali) e la memoria esplicita (associata all'esperienza soggettiva interna e nel caso della memoria autobiografica a un senso di sé e del tempo) a sua volta comprendente la memoria episodica o autobiografica e la memoria semantica. Quest'ultima è da intendersi come insieme di rappresentazioni preposizionali che non evocano il viaggio mentale nel tempo e che quindi sono da ricondursi alla conoscenza noetica; la prima è intesa invece come fondata su processi auto-noetici (ovvero di conoscenza di se stessi, concetto che Napolitani riconduce all'esperienza vissuta o *erlebnis*), mediati dalle aree corticali frontali, che spiegano la capacità di avere una rappresentazione di se stessi nella realtà presente e in un futuro immaginario e che sembrano dipendere dal dialogo e dalle relazioni interpersonali fra il bambino e il *care giver*, a conferma della natura contesto-dipendente della memoria esplicita, la cui attività è mediata dall'ippocampo, zona deputata alla costruzione delle mappe cognitive dell'esperienza.

Wheeler (1997), inoltre, propone, come riporta Siegel, una distinzione fra memoria episodica e autobiografica, le quali sembrerebbero sottostare a due distinti processi, la prima implicante un senso di sé nel tempo, la seconda priva di tale valore. I modelli della memoria implicita, quindi, consentono di percepire e filtrare gli elementi della memoria esplicita ed è a sua volta possibile riconoscere le influenze esercitate dai ricordi impliciti, anche a livello non verbale, sul comportamento e sulle narrazioni.

La capacità narrativa svolge, infatti, il fondamentale ruolo di portare alla creazione di storie condivisibili da cui derivano particolari forme di comportamento che possono influenzare il mondo interiore ed avere effetti sulla modulazione delle emozioni e sull'organizzazione del Sé (Siegel, 1999), riflettendo quindi l'interazione sociale alla base dell'esperienza umana e la struttura stessa dei processi narrativi individuali associati alle precoci esperienze di attaccamento, che a loro volta si associano allo sviluppo di specifiche modalità di narrazione autobiografica.

Bretherton (1987) ritiene inoltre, che nell'approccio linguistico-narrativo sia rintracciabile la costruzione dei MOI, analogamente a Simonelli (2006) che sottolinea negli stili comunicativi e narrativi dell'esperienza interazionale la possibilità dell'adulto di narrare la propria storia di attaccamento. È in ciò che risiede dunque il legame fra comportamento di attaccamento e sua rappresentazione, in quanto è proprio nei correlati rappresentazionali dell'attaccamento nell'adulto che prende forma, per mezzo della comunicazione narrativa e dell'interazione fra i due sistemi della memoria implicita ed esplicita, il mondo interno dell'individuo rispetto alle relazioni.

I MOI dell'attaccamento, quindi, si costituiranno inizialmente come una sintesi di memorie implicite delle interazioni di attaccamento generalizzate ed esse diverranno, in seguito, memorie semantiche formulabili e formulate verbalmente.

Attaccamento e relazioni familiari: l'incontro con la gruppoanalisi

Riassumendo quanto finora discusso, possiamo concepire la teoria dell'attaccamento oltre la sola relazione diadica madre-bambino o *care giver*-bambino, ritrovando in essa un complesso spazio in cui le varie figure che compongono la famiglia e le altre figure significative esterne all'ambito più strettamente familiare trovano una precisa collocazione nello sviluppo della configurazione di attaccamento del soggetto e della sua competenza relazionale.

Main (1999), considerando le evoluzioni della teoria dell'attaccamento, che riconduce al tentativo di validazione delle prime formulazioni bowlbiane a partire dalla Strange Situation Procedure (SSP), sottolinea la necessità di intraprendere studi in relazione al contesto biologico, culturale, ecologico e familiare rispetto alla teoria dell'attaccamento, introducendo la necessità del superamento del monotropismo bowlbiano. L'Autrice infatti osserva la presenza di reazioni non identiche, e quindi di non identici stili di attaccamento, tra il bambino e i due genitori alla Strange Situation, concludendo che la differente qualità delle due relazioni di attaccamento sia l'esito di due separate esperienze intercorse tra il bambino e la madre e tra il bambino e il padre.

È nel concetto di monotropismo che risiede quindi il valore etologico dell'attaccamento esclusivo del bambino con il principale agente di cure, solitamente la madre. Impressionato dagli studi di Lorenz con le oche, che portano l'etologo alla definizione del concetto di imprinting, Bowlby specularmente ipotizza che un simile processo avvenga anche nello sviluppo infantile.

Le prime obiezioni a tale assunto pervengono dall'osservazione che gli attaccamenti si sviluppino gradualmente e in un lungo arco di tempo, ben al di là del 'periodo sensibile' individuato da Bowlby nel primo anno di vita, e che l'attaccamento umano possa invece essere considerato come gerarchico, in quanto dipendente da una lista di agenti di cure materne che si estende oltre le sole figure genitoriali, comprendendo nonni, fratelli, zii, insegnanti ed altre figure significative. Tali dati incrinano quindi l'idea dell'esistenza di un unico legame di attaccamento, portando allo studio del ruolo degli 'attaccamenti multipli', quindi della capacità di creare legami di attaccamenti con più figure affettive.

Alla base di questa propensione ad interagire con due o più persone si troverebbe la motivazione sociale di base che Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warney (1999) individuano nella 'competenza triangolare'. Tale matrice relazionale è almeno triadica, è presente già a tre mesi e sembra porsi alla base dello sviluppo delle alleanze familiari.

Per quanto supportata da dati sulle basi evolutive e genetiche del monotropismo (Attili, 2007), non si può escludere la presenza di una propensione neotetica all'interazione tra il bambino e altri significativi, che influenzeranno la formazione dei MOI rispetto all'attaccamento e contribuiranno all'adattamento del soggetto all'ambiente fisico e sociale.

Un tale spostamento di ottica diviene allora possibile e trova nel modello fornito da Hinde e Stevenson-Hinde (1991) un preciso fondamento. Gli Autori infatti richiamano l'attenzione sul dato che le caratteristiche degli individui influenzano la qualità delle loro relazioni. Ciò che appare importante è però il ruolo attribuito alla matrice relazionale complessa che contiene al contempo le relazioni tra gruppi di soggetti in interazione; in linea, dal nostro punto di vista, con quanto affermato in gruppoanalisi circa la costruzione di reti interattive e comunicazionali fondate sulla natura transpersonale della mente individuale.

Come affermano Marvin e Stewart (1999) è necessario, per una comprensione dell'attaccamento nella rete delle relazioni familiari, raffigurare all'interno della famiglia le diverse rappresentazioni di cura e di attaccamento, processo riassumibile secondo gli Autori nel concetto di 'modelli operativi interni condivisi'.

L'interesse per l'influenza che l'attaccamento esercita all'interno della costellazione familiare sembra così portare al superamento del dualismo teorico fra famiglia reale e famiglia rappresentata, frutto cioè di rappresentazioni mentali; in linea con i primi tentativi, inaugurati da Wynne nel 1984, di portare l'attaccamento all'interno dell'epigenesi dei sistemi relazionali.

Byng-Hall (1995) individua il ritardo rispetto all'esplorazione della teoria dell'attaccamento all'interno delle relazioni familiari nella prima scelta di Bowlby di rivolgersi esclusivamente allo studio degli aspetti diadici della relazione fra bambino e *care giver*, a causa della complessità stessa che Bowlby riteneva risiedesse nella compagine familiare, complessità che sembrava rendere la famiglia luogo inesplorabile per la ricerca scientifica.

È quindi con gli studi di Stevenson-Hinde (1990), Byng-Hall e Stevenson-Hinde (1991), Donley (1993) e Doane e Diamond (1994), che i terapeuti della famiglia spostano la teoria dell'attaccamento dalla diade all'intero gruppo familiare, approccio spiegato da Minuchin (1995) alla luce delle relazioni bidirezionali tra i vari membri del contesto familiare. Donley (1993) considera l'attaccamento come processo oltre la diade madre-bambino, diade che l'Autrice riporta entro una più estesa unità emozionale: la famiglia, setting dinamico ed emozionale e luogo di relazioni.

La definizione di tali relazioni a cui si accosta la teoria sistemica si ritrova, a nostro parere, parimenti all'interno dell'approccio gruppoanalitico, secondo cui è proprio nel primato delle relazioni che risiede la comprensione dell'esistenza di un mondo relazionale interno determinato dalle logiche intenzionanti di una rete (*network*) che va oltre il singolo e che offre l'immagine di un individuo composto da un mosaico di puzzle provenienti dal contesto. Immagine questa che sintetizza l'interazione tra il soggetto, la soggettività e il contesto familiare e sociale in cui il soggetto stesso è inserito (Foulkes, 1973) e che si pone quale fondamento della natura transpersonale della specie umana. La naturale centralità nel soggetto dell'attitudine ad assumere come fondante la propria relazione con l'Altro pone infatti le basi, dentro il discorso gruppoanalitico, per la comprensione dell'identità psichica che Napolitani (1987) colloca nell'*idem*, processo in cui l'essere umano si fa identico e si identifica con le qualità intenzionali altrui, affondando la propria componente soggettiva in un tessuto intenzionalmente affettivo da cui distinguersi mediante la capacità riflessiva e la propria capacità simbolica, sempre all'interno dell'innesto psichico fondato dalla e sulla cultura.

È a Byng-Hall e Stevenson-Hinde (1991) che si deve la definizione di 'copione familiare' come insieme dei modelli di lavoro condivisi dai membri della famiglia, mentre, abbastanza similmente, Stern (1995) parla di interazioni familiari multiple rappresentate sia nei copioni (o 'schemi di essere con' condivisi all'interno del contesto familiare), che nei miti, nelle leggende, nelle storie e nei romanzi familiari.

Allo scopo di illustrare le aspettative condivise dalla famiglia sul rispetto dei ruoli familiari, Byng-Hall (1995) propone quindi il termine di 'copione familiare', che l'Autore fonda sulla condivisione di una regola fondamentale e prioritaria: l'accudimento. Egli ritiene infatti che un copione di attaccamento familiare includa l'interazione fra tutti i rapporti di attaccamento, implicando da una parte la distribuzione dei ruoli fra chi accudisce e chi cerca cure, dall'altro includendo la rappresentazione mentale che ogni membro ha del funzionamento familiare. Ciò rappresenta quindi la tendenza a porre in rapporto le interazioni familiari manifeste con la configurazioni delle relazioni interne, rintracciabili nelle rappresentazioni del gruppo familiare, e conduce altresì alla comprensione del legame esistente fra stile narrativo, pattern comportamentali e disfunzioni presenti all'interno della famiglia, secondo il presupposto tipicamente sistemico che ogni rapporto abbia un'influenza su tutti gli altri.

Fondamentale, nello studio delle relazioni di attaccamento nella famiglia, appare così l'analisi delle modalità con le quali sono immagazzinati gli aspetti procedurali delle relazioni familiari, che Emde (1991) ritrova nelle abitudini complesse, nelle regole quotidiane, nell'alternanza dei turni e negli scambi interpersonali quotidiani che si svolgono all'interno del complesso contesto familiare.

Strettamente collegato appare a tal punto il concetto di 'base sicura della famiglia', sul quale si fonda la consapevolezza condivisa che i bisogni di attaccamento debbano essere protetti all'interno della rete di relazioni familiari. La base sicura familiare è infatti intesa come famiglia che fornisce adeguate figure di attaccamento che rendono tutti i membri sufficientemente sicuri e implica, parimenti, l'idea di una responsabilità familiare condivisa che assicura aiuto ad ogni membro della famiglia e quindi sicurezza.

Tra i fattori che influiscono sulla sicurezza Byng-Hall (1995) sottolinea la perdita, o la minaccia di perdita, di una figura di attaccamento (in linea con le prime formulazioni bowlbiane), la competizione per l'accudimento con un altro membro della famiglia, il rivolgersi a figure di attaccamento inadeguate, la ripetizione di perdite esperite nella generazione precedente e messe in atto, tramite precauzioni eccessive, dai genitori attuali, la presenza di esperienze di abuso in famiglia e l'esistenza di conflitti, come le lotte di potere o i conflitti di distanza, che interrompono l'esperienza di accudimento e la capacità esplorativa. Ciò si esprime, secondo Byng-Hall (1999), nella ricerca dei modelli cooperativi di collaborazione tra i membri durante l'accudimento, nella priorità del bisogno di offrire accudimento e nell'appartenenza familiare.

Proprio al concetto di appartenenza familiare sembra poter essere ricondotta la costruzione delle relazioni di identità sociale, garanzia per gli individui della capacità di predire le conseguenze del comportamento altrui (Gallese, 2003) mediante l'attribuzione di uno status di identità che riduca le differenze entro un'appartenenza condivisa che assicura continuità, anche mediante la creazione di quella che Reiss (1989) definisce memoria di gruppo, memoria che ciascun membro della famiglia ha e che nasce dal concreto incontro fra tutti i membri della famiglia, che collaborano alla costruzione di una memoria condivisa.

La famiglia è quindi da intendersi, in linea con il pensiero gruppoanalitico, come il luogo in cui si apprendono modelli multidimensionali e il pensiero familiare, in tale contesto, è visto come il mediatore tra lo scorrere delle generazioni e tra la gruppalità familiare e la complessa realtà del mondo. La famiglia è definibile dunque come la matrice familiare che fornisce al bambino i significati cruciali per la costituzione di un'immagine stabile del Sé e la sua mobilità rende il membro della famiglia capace di trasformare questi significati in nuove interpretazioni del mondo (Lo Verso, 1994). Per dirla con Foulkes (1973) il bambino è determinato dal contesto relazionale, cioè l'equilibrio relazionale intrapsichico è sempre legato a quello delle relazioni interpersonali.

Nell'ambito di questo ampio e sfaccettato panorama relazionale si collocano inoltre gli studi sul ciclo evolutivo del legame di attaccamento, fondati sull'assunto che quest'ultimo sia sottoposto a costanti processi di riorganizzazione e trasformazione lungo l'arco della vita del soggetto. Il ciclo evolutivo dell'attaccamento, secondo Carli (1999), consiste in una successione di relazioni diadiche che da asimmetriche nell'infanzia diventano simmetriche in età adulta, in funzione della relazione con il partner, e nuovamente asimmetriche nella maturità, in conseguenza dell'inversione dei ruoli del rapporto genitore-figlio tipica della tarda età adulta.

È inoltre applicabile, considerando la famiglia come unica entità relazionale sempre in rapporto con il mondo esterno, la duplice classificazione dell'organizzazione familiare che fornisce Minuchin (1974) in relazione alle due tipologie di attaccamento infantile insicuro descritte da Ainsworth: famiglie invischiate, con prevalenza di pattern ansioso-ambivalenti, e famiglie disimpegnate, in cui domina invece la presenza di uno stile evitante di attaccamento.

Allo stesso modo Stevenson-Hinde (1990) distingue fra un funzionamento familiare adattivo, supportivo e autonomo, corrispondente allo stile di attaccamento sicuro, e funzionamenti basati rispettivamente sullo stile evitante, ambivalente e disorganizzato. Il primo è caratterizzato da un funzionamento distanziante e insensibile che respinge i membri della famiglia, il secondo presenta un funzionamento familiare invischiato ed ipercoinvolto e il terzo, definibile come caotico, rivela invece un funzionamento familiare caratterizzato dall'assenza di struttura e da esperienze di abuso.

Tali modalità familiari fondate sullo sviluppo di relazioni di attaccamento di tipo insicuro si contrappongono quindi a compagini familiari connotate da supportività e fiducia che permettono lo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, assunto, per quanto a rischio di eccessivo classificazionismo, non troppo distante dalla concezione del concetto foulkesiano di matrice insatura e satura. La matrice insatura racchiude difatti la presenza di una possibilità creativa e di un'apertura al nuovo e di una rivisitazione della dimensione mitologica della famiglia, aspetti in cui riecheggiano sia la funzione svolta dalla narrazione quale sistema di trasmissione di relazioni che il concetto di funzione riflessiva; la matrice satura implica all'opposto un'impossibilità creativa e il blocco della nascita del pensiero individuale, che sembra riportare all'impossibilità generativa di emozioni ed affetti circa le esperienze relazionali che si ritrova nell'attaccamento distanziante e nell'invischiamento familiare che satura spazi di sicurezza e che si incontra nello stile preoccupato. Scopo della gruppoanalisi, come già affermato, è quindi quello di collocare il funzionamento psichico entro un contesto evolutivo e sociale, affermando la concezione interpersonale dell'essere umano in relazione ad altri (Marrone, 1999), in stretta vicinanza con quanto Bowlby afferma a proposito delle rappresentazioni interne del bambino. Il fondatore della teoria dell'attaccamento scrive infatti, nel 1988, che per comprendere le rappresentazioni mentali infantili e la relazione fra il bambino e i genitori nella realtà, sia necessario coniugare il mondo interno e il mondo esterno, conformemente a quanto scrive Foulkes nel 1975 affermando che le dinamiche relazionali d'oggetto sono processi originati in un network multipersonale di interazioni, rappresentato in primo luogo dalla famiglia primaria.

Possiamo quindi affermare, in accordo con il pensiero di Marrone (1999), che gruppoanalisi e teoria dell'attaccamento hanno dei principi essenziali comuni e che risiede nei concetti di matrice sociale della vita psichica e di Koinonia di De Maré (che è dialogo in comunione, condivisione e compartecipazione), il fondamentale link fra questi due modelli di studio e comprensione della natura sociale del soggetto e della struttura relazionale dell'identità.

Le ricadute nella clinica: la teoria dell'attaccamento nella psicoterapia gruppoanalitica

In accordo con Holmes, concependo la costruzione del sistema di attaccamento come creazione di un sistema psicologico immunitario in cui attenuare le difese erette dal soggetto, anche rispetto alla percezione del fallimento o dell'assenza di una base sicura interiorizzata, scopo della psicoterapia diviene quello di aumentare la consapevolezza della vita mentale dell'individuo, di immunizzarlo, e ciò attraverso il potenziamento della capacità narrativa, equivalente psicologico della componente immunologica (Holmes, 2001).

Probabilmente a causa dei cambiamenti interscambi nel passaggio fra le culture tradizionali, in cui la base sicura è fornita dalla famiglia e dal gruppo tribale, e la moderna cultura individualistica, in cui prevale un modello di famiglia nucleare e subnucleare per cui la base sicura deve essere cercata dentro di sé, la psicoterapia sembra essere l'unica possibilità perché si sviluppi una 'base sicura interna', o modello operativo interno della sicurezza (Holmes, 2001).

Così concepita, tuttavia, la funzione della psicoterapia sembra ricadere nel potenziamento dell'individuo e delle sue risorse con il rischio di compiere un isolamento rispetto al contesto transgenerazionale e transpersonale che fonda la vita psichica, dimenticando che già nelle società tradizionali la base sicura apparteneva ad un contesto grupppale di relazioni generanti sicurezza.

Sembra quindi che proprio un recupero del sistema relazionale della vita in gruppo, tipica delle culture tradizionali, possa aiutarci a comprendere sia la natura sociale della specie umana, che trova nell'attaccamento e nell'intersoggettività una delle sue prime manifestazioni, sia il valore che la psicoterapia di gruppo, con i fattori terapeutici e di sostegno che la caratterizzano, esprime rispetto alla costruzione nell'intervento terapeutico di una base sicura condivisa e alimentata dal gruppo stesso, in cui centrale diviene la figura del conduttore ma in cui, soprattutto, i membri del gruppo saranno visti spesso come fratelli.

Procedendo nell'analogia con le culture tradizionali, possiamo infatti ritrovare proprio nella figura del conduttore, primo paziente del gruppo secondo Foulkes (1975), la prima figura di attaccamento entro un sistema gerarchico di *caregiving*, allo stesso modo in cui nelle tribù un ruolo prioritario resta comunque attribuito alla madre, prevalente agente di cure, ma senza cadere nell'errore di considerare la sola relazione diadica terapeuta-paziente. Ciò che si vuole sostenere è che nel *network* di relazioni entro il setting di gruppo i rapporti siano uno a molti e molti a molti e che quindi il legame di attaccamento di ognuno determinerà il suo modo di rapportarsi al gruppo, compreso il conduttore. Al contempo si ritiene che si assista alla creazione di configurazioni di attaccamento del gruppo come rete (in ragione della matrice creativa del gruppo, del comportamento affiliativo e della coesione) che risentiranno della vita del gruppo stesso e che transiteranno, una volta avvenuto lo sviluppo di una cultura di gruppo, in forme sicure di attaccamento. Tale processo, che Ondarza Linares (2004) definisce "convalidazione consensuale dei Modelli Operativi Interni", si fonda quindi sull'intreccio dei MOI dei soggetti nella rete grupppale e sulla costruzione di modelli relazionali transpersonali.

Così concepita la psicoterapia gruppoanalitica si pone quale spazio intermedio fra il Sé individuale e il Sé grupppale, considerazione che ci sembra avvicini tale modello al focus posto sulla relazione che alimenta anche la teoria dell'attaccamento. In termini storici, infatti, è nell'evoluzione che l'apparato psicoanalitico compie uscendo dalla monade meccanicistica e pulsionale e spostandosi verso la relazione che si ritiene si fondi la vicinanza fra teoria dell'attaccamento e gruppoanalisi, la prima collocabile a livello dell'interpersonale, la seconda a livello del transpersonale.

Appare quindi utile considerare in psicoterapia, in ragione della natura complessa dell'individuo, la totalità delle dinamiche relazionali e delle strategie difensive messe in atto dal soggetto e poste in luce da un'applicazione clinica della teoria dell'attaccamento, essendo il sistema motivazionale di attaccamento uno dei sistemi che intervengono nella costruzione della mente e delle capacità relazionali di una persona (Muschetta, 2006).

È lo stesso Bowlby (1988) a ritenere che le tre principali forme di psicoterapia ad indirizzo analitico (individuale, familiare e di gruppo) siano influenzate dalla teoria dello sviluppo della personalità e della psicopatologia edificate sulla teoria dell'attaccamento. In particolare egli osserva che scopo del terapeuta è quello di aiutare il paziente a esplorare i modelli rappresentazionali di se stesso e delle proprie figure di attaccamento e ciò fornendo una base sicura, incoraggiando le sue esplorazioni circa il modo con cui intreccia relazioni con persone significative e circa i propri sentimenti e percezioni sulle esperienze di attaccamento, analizzando le relazioni transferali e portando alla consapevolezza dei modelli di sé e degli altri provenienti dall'infanzia.

Dall'applicazione dell'Adult Attachment Interview (George, Main & Kaplan, 1994) in terapia si osserva, tuttavia, che la sola offerta della base sicura al paziente da parte dello psicoterapeuta non spiega l'influenza che la teoria dell'attaccamento esercita sulla pratica terapeutica.

Allo stesso modo, l'evidenza che il rispecchiamento tra interazioni reciprocamente regolate non basta alla riuscita della psicoterapia (Dozier; Cue & Barnett, 1994), conduce all'importanza del ruolo che il terapeuta riveste rispetto alla sua capacità di empatia e di responsività (che è capacità di una funzione riflessiva), sia riguardo l'attaccamento che riguardo la separazione, nonché al valore della sintonizzazione nell'istituzione di un incontro reciproco creativo che possa ampliare il campo endopsichico (Rycroft, 1985) e sostanziare anche la creazione di una buona alleanza terapeutica (Speranza, 2006). Ciò porterà, secondo Holmes (2001), al ripristino nel soggetto della capacità narrativa, che è consapevolezza di sé, degli altri significativi e delle relazioni con essi, e quindi ad una nuova integrazione del Sé, grazie alla capacità del terapeuta, e anche del gruppo nel setting gruppale, di tollerare la protesta e di sostenere la crisi.

Ciò avviene, all'interno del setting di gruppo, sia mediante la libera fluttuazione comunicativa (Foulkes, 1973) che mediante la creazione di fattori di sostegno e di fattori terapeutici propriamente detti. In particolare i fattori di sostegno, individuati principalmente nella coesione, nell'appartenenza, nella condivisione, nella modifica in senso regressivo dei meccanismi di difesa e nell'empatia, e i fattori terapeutici analitici, fra i quali emergono il rispecchiamento, la risonanza, l'esperienza emotiva correttiva, l'addestramento dell'Io in azione, l'individuazione del Sé e la socializzazione (Pisani, 2000), sembrano permettere la creazione di quella base sicura indispensabile alla strutturazione della capacità narrativa ed alla solidificazione della matrice di gruppo che la contiene.

La costruzione di narrazioni, sul cui valore si fonda l'intero apparato psicoterapeutico, consente allora la ristrutturazione degli accadimenti e delle storie, permettendo lo stabilirsi di relazioni e di legami. Ciò richiama alla trasformazione e al passaggio, descritti da Napolitani (1987), tra l'accadimento, inteso come qualsiasi fenomeno che non ha ancora trovato spazio nel campo mentale del soggetto e che scorre davanti alla coscienza senza trovare spazio di significazione, in invento (dal latino *in-venire*, trovare qualcosa all'interno di), che consiste in un avvenuto processo di scoperta soggettiva e genuina da parte del soggetto. È mediante il processo di simbolopoiesi (simbolizzazione mentale interna che dona significato soggettivo ed esistenza agli accadimenti quotidiani) che l'accadimento può trasformarsi in invento, in quando il campo mentale di pensiero è organizzato in modo tale da consentire l'accoglimento e l'elaborazione di accadimenti nuovi (Di Maria & Lo Verso, 2002), passibili allora di narrazione e fonte di relazioni e legami.

Le trame narrative delineate attengono allo snodamento dei mutamenti e delle trasformazioni inerenti i soggetti e la loro identità e prevedono l'implicito psicologico che la conoscenza, l'osservazione e la ricostruzione del tema della verità sia la costruzione e ricostruzione della storia del paziente, che diviene un testo costruito all'interno della relazione stessa (Montesarchio, 2002). Nella teoria della narrativa l'Io è quindi un Sé autobiografico e polifonico, è cioè un racconto di mondi molteplici e di molteplici voci che interagiscono per creare un'auto-narrazione. L'incontro terapeutico diviene il tentativo di una nuova realizzazione del processo di "digestione" delle esperienze emotive, legate in primo luogo alle esperienze di attaccamento, in quanto ciò che viene narrato costituisce un lessico condiviso di sentimenti che corrisponde a ben guardare alla funzione riflessiva.

Come osservato da Ortu et al. (1992) mentre soggetti sicuri presentano una narrazione fluida ed integrata delle loro esperienze infantili e sanno valutarne consapevolmente le influenze rispetto ai loro stati mentali, i soggetti distanzianti svalutano l'esperienza di attaccamento presentando una narrazione scarna di ricordi e quelli preoccupati appaiono coinvolti nelle esperienze precoci di attaccamento, elemento che si riflette in una narrazione confusa e non veritiera invasa dal passato. Le strategie di attaccamento influenzano quindi non solo le interazioni fra partner affettivamente legati, ma condizionano anche la qualità narrativa relativa alle esperienze di attaccamento e quindi la capacità metacognitiva, che è sia riconoscimento delle capacità rappresentazionali che cambiamento rappresentazionale. Scopo dell'Adult Attachment Interview (George, Main & Kaplan, 1994) è quindi quello di valutare gli aspetti soggettivi del racconto autobiografico del soggetto, cioè lo stato della mente rispetto all'attaccamento, ponendo il soggetto intervistato in una situazione strana e insolita che sorprenda l'inconscio.

Main (1995), sulla base delle differenti capacità narrative dei soggetti con differenti configurazioni di attaccamento, indica l'esistenza di tre patologie prototipiche della capacità narrativa: l'aggrapparsi a storie rigide, la non storicizzazione dell'esperienza e l'incapacità della narrazione di contenere la sofferenza, patologie che si evidenziano nell'analisi delle narrative del paziente.

Dalla considerazione di tali specifiche patologie della narrazione e delle configurazioni di attaccamento dei soggetti, inoltre, si evincerà un modo di pensare alla struttura psicologica nei termini di un *continuum* tra la strutturazione e la regolazione affettiva (Slade, 2002).

Sulla base del rapporto qui delineato fra teoria dell'attaccamento, intersoggettività e teoria gruppoanalitica, concludiamo ricordando quanto indicato da Foulkes nei suoi scritti circa il ruolo del dispositivo gruppale. Grazie al setting ed alla funzione del gruppo, infatti, secondo l'Autore, emergono delle configurazioni sollecitate dalle interazioni fra gli individui e dal contesto gruppale posto sullo sfondo. Ciò che ne deriva è una rete di comunicazioni organizzate in senso verticale ed orizzontale, in cui la comunicazione diviene una spirale che attraversa il gruppo e in cui il gruppo si propone come contesto naturale in cui la storicità degli eventi è processata sia sul piano dell'esperienza che su quello della riflessione. All'interno del gruppo possono infatti coesistere, grazie al ruolo dei fattori terapeutici citati, le forme di memoria implicita ed esplicita (Ondarza Linares, 2004), conformemente a quanto detto a proposito dei sistemi di attaccamento.

La storia individuale viene così decostruita e coinvolgendo la rete gruppale acquisisce un nuovo senso, in virtù del processo simbolopoietico, che corrisponde quindi all'indagine del modello operativo contenuto nella narrazione e condiviso nel gruppo. La funzione riflessiva del Sé che nella psicoterapia duale normalmente avviene tra paziente e analista in gruppoanalisi avviene invece nella dimensione del Sé gruppale, nella sua doppia polarità: i modelli internalizzati della rete, o gruppaltà interna, e i modelli internalizzati del gruppo esterno come realtà più o meno strutturata (Ondarza Linares, 2004).

Prova della validità di tali argomentazioni e possibilità di sintesi di quanto finora affermato si ritrova in Marrone (1999), il quale individua sette compiti, a carico del conduttore, da svolgere in un lavoro gruppoanalitico orientato alla teoria dell'attaccamento:

- l'accrescimento della coesione e dell'affiliazione, così che il gruppo divenga una base sicura;
- l'esplorazione della situazione relazionale presente;
- la riflessione circa le risposte attese nel rapporto con gli altri;
- il potenziamento dei ricordi episodici e semantici, per considerare i MOI del passato e la loro influenza nel presente;
- l'individuazione delle crisi di empatia fra i membri, allo scopo di riflettere sulla riattivazione, tipica di attaccamenti insicuri, del timore di non empatia;
- la rilevazione delle strategie disfunzionali di un membro del gruppo per regolare la vicinanza agli altri, l'autostima e per disconoscere la vulnerabilità;
- la promozione della conoscenza interpersonale che stimoli una cultura della riflessione.

Ciò secondo Marrone avverrà inoltre alla luce delle quattro principali caratteristiche attivate nel setting di gruppo, quali l'apprendimento che il comportamento osservato sia determinato da cause interpersonali ed intrapsichiche, la sperimentazione che le persone esprimano emozioni diverse da quelle provate e che possano, anche inconsapevolmente, voler ingannare e l'apprendimento che le persone non siano spesso consapevoli delle proprie motivazioni ed energie, aspetti questi centrali delle dinamiche presenti nel lavoro gruppoanalitico, il cui fine è sempre quello del raggiungimento di un genuino e duraturo cambiamento dell'organizzazione mentale del paziente. Nel gruppo diviene così possibile sviluppare, grazie all'interazione con gli altri, la capacità metacognitiva alla base della funzione riflessiva (Marrone, 1999).

Possiamo allora evidenziare, concludendo, che nel setting gruppoanalitico avvengono, a livello del gruppo e in virtù della stessa natura gruppale della mente, un ampliamento della capacità riflessiva del soggetto ed un aumento delle possibilità trasformative del pensiero, che è sia lo scopo dell'intervento psicoterapeutico che la conferma del valore attribuito, egualmente nella teoria dell'attaccamento e in quella gruppoanalitica, ad una concezione interpersonale dell'essere umano che è tale soltanto se è in relazione con gli altri.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (1967). Suicidal behavior and attachment: A developmental model. In B. M. Sperling, & H. W. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 275-298). New York: Guilford Press.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. I, Bollati Boringhieri, Torino, 1972).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss* (Vol. 2). New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. II, Bollati Boringhieri, Torino, 1975).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Vol. 3). New York: Basic Books (trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. III, Bollati Boringhieri, Torino, 1983).
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*: London: Routledge (trad. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano, 1989).
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1061-1100). New York: John Wiley and sons.
- Bretherton, I. (1991). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle*. London: Routledge (trad. It. Le origini della teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris, a cura di, *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995).
- Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting family scripts*. New York: The Guilford Press.
- Byng-Hall, J. (1999). Family and Couple Therapy: Toward Greater Security. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 707-731). New York: Guilford Press.
- Byng-Hall, J., & Stevenson-Hinde, J. (1991). Attachment relationships within family system. *Infant Mental Health Journal*, 12, 187-200.
- Carli, L. (Ed.) (1999). *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Craik, K. (1943). *The nature of explanation*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Di Maria, F., & Lo Verso, G. (Eds.). (2002). *Gruppi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Doane, J. A., & Diamond, D. (1994). *Affect and Attachment in the Family: A Family Based Treatment of Major Psychiatric Disorder*. New York: Basic Books (trad. It. *Affetti e attaccamento nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milano, 1995).
- Donley, M. G. (1993). L'unità emotiva dell'attaccamento. In L. Carli (Ed.), *Dalla diade alla famiglia* (pp.65-92). Milano: Raffaello Cortina.
- Dozier, M., Cue, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.
- Emde, R. N. (1991). The Wonder of Our Complex Enterprise: Steps Enabled by Attachment and the effects of relationships on relationships. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 164-173.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warney A. (1999). *The primary triangle*. New York: Basic Books. (trad. It. *Il triangolo primario. Le prime interazioni fra padre, madre e bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 2000).

- Fonagy, P. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Foulkes, S. H. (1973). The Group as Matrix of the Individual's Mental Life. In L.R. Wolberg & E.K. Schwartz (Eds.), *Group Therapy* (pp. 211-220). New York: Intercontinental Medical Book Corporation (trad. it. Il gruppo come matrice mentale dell'individuo. In L. R. Wolberg, E. K. Schwartz, a cura di, *Terapia di gruppo*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma).
- Foulkes, S. H. (1975), *Group-Analytic Psychotherapy: Method and Principles*. London: Gordon & Breach (trad. It. *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio, Roma, 1976).
- Gallese, V. (2003). La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico. *Networks*, 1, 24-47.
- Hinde, R. A., & Stevenson-Hinde, J. (1991). Perspective on attachment. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge (trad. it. Prospettive sull'attaccamento. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris, a cura di, *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995).
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge (trad. It. *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina, Milano, 1994).
- Holmes, J. (2001). *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*. London: Routledge (trad. it. *Psicoterapia per una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano, 2004).
- Horowitz, M. (1987). *States of mind*. New York: Plenum Press.
- Lavelli, L. (2007). *Intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Verso, G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Main, M. (1995). Attachment Overview with implications for clinical works. In S. Goldberg, R. Muir, & I. Kerr (Eds.), *Attachment theory: social development and clinical perspective* (pp. 407-474). Hillsdale: Analytic Press.
- Main, M. (1999). Una visione di insieme sulla teoria dell'attaccamento. In L. Carli (Ed.), *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare* (pp.1-13). Milano: Raffaello Cortina.
- Marrone, M. (1999). *Attaccamento e interazione*. Roma: Borla.
- Marvin, R. S., & Stewart, R. B. (1999). Una cornice sistemico-familiare per lo studio dell'attaccamento. In L. Carli (Ed.), *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare* (pp. 19-64). Milano: Raffaello Cortina.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press (trad. It. *Famiglia e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976).
- Minuchin, S. (1995). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child development*, 56, 289-302.
- Montesarchio, G. (Ed.). (2002). *Colloquio in corso*. Roma: Franco Angeli.
- Muscetta, S. (2006). Attaccamento e psicoterapia: teoria e ricerca empirica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 567-590). Milano: Raffaello Cortina.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ondarza Linares, J. (2004). Gruppoanalisi e teorie dell'attaccamento: Gli aspetti metodologici e tecnici. *Attualità in Psicologia*, 19 (1-2), 51-60.
- Ortu, F., Dazzi, N., De Coro, A., Pola, M., & Speranza, A. M. (1992). Un contributo di ricerca sugli stili di attaccamento in preadolescenza: La coerenza della verbalizzazione nell'intervista. *Adolescenza*, 3, 269-287.

- Pisani, R. (2000). *Elementi di gruppoanalisi*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Reiss, D. (1989). The represented and practising family: Contrasting visions of family continuity. In A.J. Sameroff & R.N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 30-51). New York: Basic Books (trad. it. La famiglia rappresentata e la famiglia reale. In A. J. Sameroff, R. N. Emde, a cura di, *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991).
- Rycroft, C. (1985). *Psychoanalysis and Beyond*. London: Chatto.
- Schank, R. C., & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding*. Hillsdale: Erlbaum.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind. Toward a Neuro-biology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford (trad. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).
- Simonelli, A. (2006). La prospettiva rappresentativo-narrativa dell'attaccamento. In O. Codispoti & A. Simonelli (Eds.), *Narrazione e attaccamento nelle patologie alimentari* (pp.33-61). Milano: Raffaello Cortina.
- Simonelli, A., & Calvo, V. (2002). *L'attaccamento: Teoria e metodi di valutazione*. Milano: Carocci.
- Slade, A. (2002). Attachment Theory and Research. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 652-673). New York: Guilford Press.
- Speranza, A. M. (2006). La valutazione dell'attaccamento. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 539-566). Milano: Raffaello Cortina.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books (trad. It. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollallati Boringhieri, Torino, 1987).
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood Constellation. A Unified View of Parent -Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books (trad. it. *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino).
- Stevenson-Hinde, J. (1990). Attachment within family system: An overview. *Infant Mental Health Journal*, 11, 218-227.
- Trevarthen, C. (1993). The function of emotion in early infant communication and development. In J. Nadel, & L. Camaioni (Eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 48-81). London: Routledge.
- Waddington, C. (1977). *Tools for Thought*. London: Cape.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
- Wynne, L. (1984). The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development. *Family Process*, 23, 297-318.

Gravidanze e nascite a rischio alessitimico?

di Paola Manfredi*

Introduzione

Da quando a partire dalla seconda metà degli anni Quaranta Ruesch, (1948) e MacLean (1949) e successivamente Marty, de M'Uzan e David nel 1963 misero a fuoco, attraverso percorsi separati, alcune modalità di funzionamento psichico che possono essere considerate i precursori del costrutto dell'alessitimia -così come delineato nel 1970 da Nemiah e Sifneos - molti studi sono stati compiuti. In particolare rispetto all'originario concetto di Nemiah e Sifneos il modo attuale di intendere l'alessitimia è mutato: esso non viene più inteso come una caratteristica dicotomica del tipo "tutto o niente", ma piuttosto come un tratto che può essere presente con intensità differenti nei diversi soggetti. Inoltre si ritiene che possa interessare "aree mentali" circoscritte del funzionamento di una persona, quindi presentarsi solo per determinati affetti o per contesti e situazioni (Taylor et al., 1997; 2000). Si è inoltre messo in luce come l'alessitimia si accompagni ad un particolare stile interpersonale, caratterizzato da conformità sociale, evitamento del conflitto, relazioni non ematiche, fredde o distanzianti, superficiali. Tali caratteristiche portano quindi a categorizzare pazienti alessitimici secondo un pattern di attaccamento evitante (*avoidant-dismissing*) (Taylor, 2000; Verhaeghe, 2004).

Se pure non esistono studi epidemiologici recenti (anche dallo studio di validazione del Tas 20 sulla popolazione italiana - compiuto dalla Bressi et al., 1996 - sono passati più di dieci anni), la crescente mole di studi testimonia un interesse che da una parte affonda le radici nella clinica e dall'altra è verosimilmente testimone di un sempre più diffuso funzionamento psichico marcato dall'incapacità di espressione ed elaborazione degli affetti. Si segnala inoltre il rischio che proprio quei professionisti che, occupandosi della salute e della malattia delle persone, dovrebbero avere più di altri consapevolezza degli affetti, siano meno capaci di leggere le emozioni proprie ed altrui: sembrerebbe infatti che il percorso di studi e formazione in Medicina e Chirurgia selezionati o incentivi funzionamenti alessitimici (Dabrassi & Manfredi 2006; Hoffmann, Formica & Di Maria, 2007).

Con tali premesse ci si interroga sul funzionamento dei reparti di ostetricia ed in particolare su quali possano essere le prime esperienze che madre e bambino vivono e su come le patologie psicosomatiche che possono accompagnare la gravidanza possano essere accolte e gestite, nella consapevolezza che queste vicende lascino tracce rilevanti nella nostra vita e contribuiscano a creare aperture verso la salute o la malattia.

Affetti ed ostetricia: la dimensione "istituzionale"

Un'accreditata lettura (Guerra, 1992) ritiene che il sapere e la pratica medica intrattengano stretti legami con tre diverse e primitive fonti di ansia, che hanno a che fare con i segreti della vita e della morte, l'infrazione del tabù che interdice l'accesso al corpo dell'altro e l'incontro con la malattia e la morte (Guerra, 1992). Se questa ipotesi è vera in generale va detto che per alcune specializzazioni e per taluni reparti ospedalieri tali fonti di ansia acquistano un rilievo evidente: l'ostetricia è verosimilmente fra questi. Qui albergano i temi della vita, dal desiderio di gravidanza al meticoloso formarsi di un nuovo essere fino al parto-nascita. Qui ha spazio la morte, cercata e subita: la si incontra in una delle sue più crudeli espressioni, la morte di una neomamma e la morte di un neonato. Vi sono spazi anche per la malattia - nell'ampio spettro che va da quelle con breve e felice prognosi a quelle infauste - per le disabilità e per le anomalie - siano esse lievi oppure incompatibili con la sopravvivenza. Costante è infine l'infrazione del corpo altrui, con uno sguardo che scruta anche l'interno ed esplora i recessi più intimi. Eppure, anche qui, la medicina propone il controllo sugli intensi affetti e sulle profonde angosce, attraverso l'uso di meccanismi difensivi regressivi che sottraggono tali affetti alla pensabilità, e all'elaborazione.

* Professore Associato. Cattedra di Psicologia Clinica - Direttore Prof. A. Imbasciati - Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Brescia. V.le Europa, 11 - 25123 Brescia. Email: manfredi@med.unibs.it

La forza e la drammaticità dei temi enunciati non risiede unicamente nelle esperienze reali in cui essi si possono esprimere, non è mai il caso specifico di un paziente e basta, non è mai solo una storia clinica, ma tali temi si caricano di pathos per il legame che essi intrattengono con la dimensione affettiva profonda di ognuno di noi. Sono i fantasmi terribili che albergano nel nostro profondo che giustificano l'adozione, a livello "istituzionale"¹ di meccanismi difensivi (dinieghi, scissioni, negazioni, isolamenti affettivi.) che preservano l'operatore dall'incontro con l'ansia e l'angoscia. La sparizione, la non visibilità di tali affetti, la parcellizzazione della realtà sono chiari indicatori dell'efficacia di tale sistema difensivo. Sebbene, infatti, la maggioranza del lavoro svolto in ambito ostetrico abbia che fare con la patologia, sia in termini diretti – il medico ostetrico interviene solo nei parti patologici – sia indiretti, nelle pratiche volte a sorvegliare che gravidanza e parto non presentino condizioni anomale o di rischio – paradossalmente si esplicitano quasi esclusivamente dimensioni positive ed immagini rassicuranti e tenere. Anche l'uso di alcune espressioni e modi di dire può segnalare l'azione di meccanismi difensivi e in ambito ostetrico questi "indicatori linguistici" sono numerosi. Il parto-nascita è per antonomasia il "lieto evento", sebbene in esso si condensino molti ed intensi affetti e non solo la letizia! Ai dolori del parto si alludeva con l'espressione "mal grazioso", dove difficile diventa rendere ragione del bizzarro aggettivo, tanto più che tale dolore è apparentato ad angosce di morte. Sovente (più in passato) il medico ostetrico poteva orgogliosamente dichiarare di "avere fatto nascere" un ragguardevole numero di bambini, come se i bambini non venissero partoriti, ma il venire alla luce fosse opera di un medico (meglio se uomo!). L'embrione ed il feto - un essere ancora incompiuto, in fieri e non propriamente splendido in termini puramente estetici - è invece denominato e pensato già come "bambino" nel grembo della madre, carico di tutte le metafore più tenere immaginabili. Egli però potrebbe immediatamente perdere ogni attrattiva e attributo umano dal momento in cui una qualche anomalia facesse preferire la scelta (dolorosa) dell'interruzione di gravidanza. Tutti questi movimenti volti a modificare la realtà, a decurtarne alcuni aspetti (scissione e negazione), a idealizzarne altri nascono dall'esigenza di rendere tollerabile il lavoro e il contatto con gli utenti, espungendo tutti gli affetti dolorosi e potenzialmente depressivi. Tale strategia è però a lungo termine fallimentare dal momento in cui non permettendo l'incontro con gli affetti preclude ogni possibilità di elaborazione degli stessi. Verosimilmente questo compito appare così improbo da preferirgli un sottofondo continuo di ansia, magari diluita in operatività frenetiche ed acefale.

Affetti ed ostetricia: le pazienti

Il funzionamento istituzionale sopra descritto ha trovato in questi ultimi decenni un elemento collusivo a livello sociale per l'evidenza di disturbi psichici connessi all'inabilità di letture affettive, in particolare al rilievo assunto, in termini epidemiologici e di interesse scientifico, dall'alessitimia. Ci pare che questo contingente assetto potrebbe modulare verosimilmente anche le espressioni di disagio che le donne (gestanti) possono manifestare in ambito ostetrico e le interpretazioni cliniche dello stesso.

Parti prematuri e baby blues

Colpisce ad esempio constatare, sebbene possa trattarsi di una semplice coincidenza, come negli ultimi anni, in particolare negli Stati Uniti, si stia assistendo ad un incremento dell'incidenza di parti prematuri (Bydlowski, 2006). Questo incremento non ha trovato al momento spiegazioni da un punto di vista medico ed appare in effetti in contrasto con l'intensificarsi di controlli e metodiche diagnostiche sempre più raffinate e diffuse tra la popolazione. Sovente la patogenesi che induce parti particolarmente precoci si instaura in maniera repentina e senza rispondenza alle cure mediche. In alcuni casi è possibile, con la presa in carico psicologica delle gestanti, riconoscere un'eziologia squisitamente psichica e, garantire con l'intervento dello psicoterapeuta, un decorso fisiologico della gravidanza. In genere è la mancata elaborazione di avvenimenti familiari, la morte

¹ Il termine è utilizzato nell'accezione proposta da Jaques E. (1995) *Social Systems as a Defence against Persecutory and Depressive Anxieties* in A.A.V.V. *New Directions in Psychoanalysis*, Tavistock Institute London.

o la scomparsa senza notizie di qualche congiunto, magari anche della generazione dei nonni (transegerazionalità), a trovare espressione nella patologia gravidica che mette a rischio la vita del nascituro. E' decisivo quindi, in primis per la paziente, ma anche per il suo *entourage* familiare, poter riconoscere gli affetti rimossi, fornire un'interpretazione di quanto accade e avviare la distinzione fra biografie remote e quella attuale.

Un'altra evenienza che, come la prima, ha assunto recentemente un maggior rilievo epidemiologico è il fenomeno del *baby blues*, che pare interessare il 50-60% della popolazione. Esso è caratterizzato da uno stato generale di malessere ed irritabilità e da repentini cambiamenti d'umore. In esso la componente ormonale è certamente un significativo mediatore patogenetico, di cui tuttavia dobbiamo chiederci l'eziologia primaria. Di questa in ogni caso non vi sono evidenze che spieghino la maggiore diffusione nel nostro tempo. I giorni immediatamente successivi al parto sono psicologicamente assai impegnativi perché si richiede alla donna un cambio di prospettiva dalla relazione con un oggetto interno (non (sol)tanto il bambino nella pancia, ma il bambino immaginato e fantasticato nella mente materna) alla relazione con un oggetto esterno, con il bambino reale, che dichiara i propri bisogni e che mette alla prova la madre. Ella d'altro canto muta in poche ore la propria identità passando da gestante a madre, transitando per giunta da uno stato di relativo benessere (o di abitudine ai fastidi della gravidanza avanzata) ad una nuova condizione che, se pur per breve tempo, non è certo ottimale. Mutano inoltre rapidamente anche gli orientamenti dell'ambiente, che centrati prima sulla "donna e la sua pancia", si spostano decisamente sul nuovo nato.

I familiari tutti presi dalla nascita di solito non comprendono le tristezze materne, che tendono ad essere sottovalutate. E' possibile che i cambiamenti sociali abbiano una parte nella maggiore incidenza di questa depressione post-partum, dal momento che la donna può trovarsi più sola e meno supportata dall'ambiente familiare, mentre dal punto di vista psichico i compiti che deve affrontare la neomamma non sembrano essere sostanzialmente mutati nel tempo. Essi sono impegnativi anche in ragione del fatto che sono di per sé mutamenti grandi, sostanziali e che si instaurano in un tempo relativamente breve, anche se, e questo è l'elemento a favore, non sono inattesi. Esiste quindi la possibilità di attrezzarsi per affrontarli, se ci si prepara interiormente, se si ha la possibilità di meditare. [Soulé (1990) elogiava a questo fine il lavoro a maglia delle gravide!] e se si ha un buon equipaggiamento emotivo, cioè "un certo grado di equilibrio interno fondato su un bagaglio di buone esperienze (..) e di fiducia in buoni oggetti interni" (Salzberg Wittember, 1983 p. 23). Per quanto concerne le pazienti, a parte le risorse di cui le persone dispongono in modo differente, l'elemento chiave risiede nella possibilità di rappresentarsi il nuovo evento, non tanto in termini cognitivi, ma in termini affettivi, personali, specifici. La consapevolezza delle nostre emozioni, la permeabilità ai nostri affetti più profondi è anche in questa situazione un elemento di tutela e di protezione.

Un contributo in tal senso può essere offerto anche dal contesto, familiare ma anche ospedaliero – nel reparto e nei corsi di accompagnamento al parto-nascita - che potrebbero sostenere questo lavoro di elaborazione dando contenimento a quelle ansie ed angosce che da soli è più faticoso esplicitare e tollerare. Al di là di meritori progetti ad hoc, credo che un aiuto significativo si possa realizzare anche con piccoli gesti e brevi frasi se la mente degli operatori è pronta e preparata a leggere ciò che accade e a sentirlo emotivamente. Dire ad esempio ad una mamma che il neonato con il vestitino che lei gli ha confezionato ora sembra proprio il suo e che insieme sono proprio belli, potrebbe aiutare a riconoscere con una certa tranquillità, il senso di estraneità provato alla nascita e potrebbe suggerire che sarà attraverso le esperienze vissute (il vestito pensato, preparato per lui ed ora indossato) che si creerà un legame d'affetto.

Gravidanze e parti traumatici in donne non primipare

Vorrei infine affrontare il tema che mi pare emblematico nel nostro discorso, delle gravidanze a rischio in non primipare, avvalendomi del contributo di Monique Bydlowski (2000). Si tratta di donne che hanno già esperito un primo parto traumatico e che vivono le gravidanze successive con grandi angosce e rischi per la propria salute e per quella del nascituro. Si tratta di primi parti molto dolorosi e lunghi con esiti infausti, che contemplano la presenza di disturbi somatici gravi fino al decesso del bambino. Il medico ostetrico definisce le successive gravidanze ad alto rischio

per la possibile ripetizione degli incidenti incorsi nella prima gravidanza, anche in assenza di una semiologia medica obiettiva.

Un primo elemento che vorrei sottolineare è che proporre una lettura psicologica di questi casi non è, tanto più nell'istituzione ospedaliera che abbiamo tratteggiato, un dato scontato. Vi sono in tali situazioni elementi di concretezza, di realtà così recente, così attuale che apparentemente non richiedono altre letture ed ipotesi: nei "fatti" sembra sia già tutta la spiegazione.

Quando ci si sofferma su alcune caratteristiche psicologiche che accomunano le gravidanze di queste donne si nota un'assenza di inquietudine per il primo parto, atteso come evento naturale e vissuto invece con sorpresa in modo drammatico. Nel corso della seconda gravidanza emergono ricordi evocativi della prima. I racconti (e i ricordi) delle pazienti relativamente al primo parto traducono uno scenario a tre, in cui le pazienti appaiono estremamente dipendenti da un medico-ostetrico assente e da un'ostetrica in età avanzata che si inserisce nel rapporto paziente-medico e non soccorre la partoriente. Si nota ancora la comparsa, dalla fine del settimo mese, di incubi che ripetono la precedente esperienza. Si tratta di sogni che non danno luogo ad altre associazioni: anche qui sembrano schiacciati nel dato grezzo di realtà, ma suscitano tanta paura nelle pazienti da alimentare disturbi del sonno, in particolare nell'addormentamento. Tale quadro clinico sembrerebbe interpretabile alla luce del concetto di trauma e definibile diagnosticamente come nevrosi traumatica. Bydlowski richiama infatti il concetto di trauma, inteso come un "avvenimento della vita del soggetto, definito dalla sua intensità, dall'incapacità di farvi fronte adeguatamente, dallo sconvolgimento e dagli effetti patogeni durevoli che provoca nella organizzazione psichica. In termini economici il trauma sarebbe un afflusso eccessivo di eccitazione rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare ed elaborare psichicamente queste eccitazioni" (2000, p. 40). E' questa una definizione non attuale, ma in linea con l'elaborazione freudiana del concetto di trauma. Oltre all'eccitamento subitaneo ed eccessivo, non eliminabile con i consueti mezzi a disposizione del soggetto e pertanto foriero di disturbi sul "funzionamento energetico", si riconosce in tale visione, un'azione frammentata del trauma, articolato in una prima scena (modello legato alla seduzione infantile) e in una seconda scena, insignificante in sé, ma che, su qualche base associativa, rievoca il ricordo della prima. Sarebbe questa prima che scatenerrebbe un afflusso di eccitazione tale da sopraffare le difese dell'Io, ma solo a distanza di tempo verrebbe conferito il significato patogeno alla prima scena (*après coup*).

Tale modello sembra prestarsi ad interpretare quanto avviene con le seconde gravidanze a rischio. Il primo parto sarebbe equiparabile alla prima scena, mentre la seconda gravidanza costituirebbe la seconda scena vissuta nell'angoscia e negli incubi per il ricordo traumatico a posteriori attribuito. L'eccitamento eccessivo necessario perché si attui un trauma sarebbe dato dalle condizioni particolari delle gestanti: lo stato di gravidanza, caratterizzato dalla "trasparenza psichica" (Bydlowski, 2004) porrebbe la donna in una condizione di fragilità e di suscettibilità psichica, creando le condizioni perché si verifichi il trauma. Maggiore è inoltre la vulnerabilità dal settimo mese, quando più intensa appare l'attività onirica ed infatti è questa la data in cui maggiore è l'incidenza di parti prematuri e in cui compaiono i sintomi delle nevrosi traumatiche.

Bydlowski sottolinea come i racconti delle donne possano essere letti come interpretazioni di uno stesso canovaccio: le rappresentazioni ruotano attorno ai temi della scena primaria e dell'incesto. Nei racconti del primo parto potremmo vedere la messa in scena delle imago parentali incarnate dal medico-ostetrico e dalla ostetrica anziana: la madre (ostetrica) terrebbe il padre (medico) lontano dalla figlia (paziente), ma il divieto dell'incesto è stato già infranto e il bambino, che ne è il simbolo vivente, va incontro a morte o violenza. Come è evidente questi temi sono noti al nostro inconscio, essendo presenti sia in quello individuale che in quello collettivo. L'elemento pregnante non è quindi costituito dai contenuti di questi rappresentazioni, ma se mai dal lavoro che su di esse viene o meno compiuto, da quanto gli affetti legati alle rappresentazioni sono parzialmente accessibili ed elaborabili. La letteratura sulla gravidanza concorda sul lavoro psichico che ogni donna deve affrontare nel momento in cui assume l'identità di madre. In tale lavoro si ripercorrono tappe evolutive significative che concorrono alla costituzione dell'identità femminile e materna (Pines, 1982, parla della gravidanza come terzo processo di separazione-individuazione) e centrali sono pertanto il rapporto con la propria madre e il complesso edipico. Della parziale rimozione di questi temi sono testimonianza i sogni delle gestanti, che la trasparenza psichica rende piuttosto espliciti, il diffuso timore del parto, il senso di disgusto che la madre può provare al primo contatto

con il corpo del neonato appoggiato, dopo il parto, sul proprio corpo e l'inquietante somiglianza dei gemiti del parto con quelli dell'orgasmo.

Nelle donne che vivono seconde gravidanze a rischio vi è probabilmente una non permeabilità a questi contenuti inconsci - testimoniata dall'assenza di apprensione e di sogni - che, senza avvisaglia, emergono in modo brutale con il primo parto. Si crea così una sorta di breccia, di crepa da cui filtreranno in gravidanze successive gli incubi ripetitivi. Purtroppo i temi edipici ed incestuosi così espliciti nel primo parto non sono spontaneamente accessibili all'elaborazione da parte delle primipare perché questi sono in realtà iscritti nel corpo del bambino. Analogamente ad altre patologie psicosomatiche, vi è una sorta di cortocircuito mentale che mette il soggetto "al riparo dal riconoscimento di un crimine che si fa a sua insaputa" (Bydlowski, 2000 p.45), ma a differenza di quelle altre patologie l'iscrizione del dolore non mentalizzato non avviene nel corpo della madre, ma in quello del bambino, che è prova flagrante del desiderio incestuoso. Vi è poi la proiezione della colpa sull'ostetrica e sul medico.

In situazioni come queste descritte è possibile ipotizzare più livelli di intervento psicologico. Un primo passo è condividere, all'interno del reparto di ostetricia, l'idea dell'esistenza di dinamiche psichiche (quali che siano) e della loro continuità con la dimensione somatica (gravidanza e parto come eventi psicosomatici). Quando anche non siano possibili interventi psicologici, è almeno attuabile una prima forma di tutela dei nascituri e delle gestanti, connessa alla possibilità di programmare parti cesarei, anche quando le indicazioni siano esclusivamente psicologiche.

Un altro livello di intervento si colloca nell'area della prevenzione secondaria e può essere pensato come presa in carico delle pazienti che hanno avuto un primo parto particolarmente difficile o traumatico. Un'altra interessante area - di prevenzione primaria - potrebbe essere rappresentata da corsi di preparazione alla gravidanza e al parto pensati come una sorta di accompagnamento psico-affettivo. Nella dimensione grupppale potrebbero trovare contenimento e tutela le emozioni e gli affetti che attraversano le vicende della riproduzione umana e potrebbero essere individuate le situazioni in cui eventualmente tale supporto non sia sufficiente. Soggetti con difese molto rigide, inaccessibilità a determinati contenuti inconsci o condizioni di particolare vulnerabilità potrebbero richiedere percorsi specifici (colloqui focalizzati, psicoterapie brevi...). Potrebbe inoltre essere utile allertare preventivamente l'équipe medico-ostetrica per una maggiore attenzione e vigilanza, in particolare durante il parto.

Affetti e benessere

Al di là di specifici spazi e mirati interventi in ambito psicologico, crediamo che un importante e benefico effetto sull'equilibrio psicosomatico delle gestanti potrebbe essere esercitato da un funzionamento complessivo del reparto di ostetricia permeabile alle emozioni. Un reparto in cui l'assetto istituzionale non ruoti attorno alla negazione degli affetti, ma al loro riconoscimento, può non solo promuovere il benessere degli operatori, ma esercitare un'azione educativa e di promozione della salute nei confronti degli utenti. In particolare le donne nel periodo della gravidanza vivono sovente condizioni di vulnerabilità psichica e di attenzione nei confronti di possibili riferimenti - come modelli di "madri buone" - che le rendono particolarmente recettive a quanto gli operatori dell'area ostetrica trasmettono loro. Di fronte a nuove esperienze, come possono essere quella della gravidanza, del parto, di una malattia, di un aborto, gli operatori sono verosimilmente agli occhi degli utenti "esperti", non solo per quanto loro direttamente compete in termini medici, ma anche per l'aspetto umano, relazionale, affettivo degli eventi suddetti, avendo di essi esperienza, anche se professionale e non personale. Il modo attraverso cui gli operatori affrontano, vivono una determinata situazione può offrire una chiave di lettura agli utenti, può essere percepito come un modello a cui riferirsi.

E' opportuno quindi avere consapevolezza di questa responsabilità e delle opportunità che essa offre. Se ad esempio di fronte alla perdita di un feto o ad un bambino nato morto, l'istituzione non prevede e magari scoraggia l'identificazione del bambino e i rituali di lutto, sottolineando d'altra parte l'idoneità fisica ad una nuova gravidanza, che viene quasi incoraggiata come lenitiva del dolore presente, si trasmette il messaggio che di fronte al dolore l'unica risorsa sia la negazione e la fuga. Senza dire del rischio per la salute psichica dell'eventuale nuovo nato, incaricato di dover far dimenticare il morto, che, in quanto sottratto ad ogni prova di realtà, rischia di essere il bambino

perfetto e impareggiabile. Viceversa se l'istituzione sa dare o cerca parole per il dolore, sa offrire degli spazi di pensiero, sa prendersi il tempo, sa sostenere il silenzio, insegna ai genitori che il dolore può essere contenuto e compreso, che esso è davvero grande, ma che c'è ancora spazio per altri affetti. Questo vale per i pazienti, ma anche per gli operatori!

Oltre a situazioni piuttosto specifiche di sofferenza, non va dimenticata la grande maggioranza di persone che vivono la gravidanza e il parto senza complicanze da punto di vista medico. Anche queste persone passano attraverso esperienze emotivamente molto dense e impegnative che, a seconda di come possano essere vissute ed elaborate, possono arricchire la persona o impoverirla e complicare la relazione di cura del neonato. L'importanza dell'espressione delle emozioni in ambito ostetrico è verificata anche da studi empirici. Si riconosce ad esempio come la funzione riflessiva che le gestanti possono avere più o meno sviluppata eserciti un'azione di tutela sul feto rispetto a stimoli ansiogeni (Monk, Sloan, Fifer, Myers & Bagiella, 1996). L'utilità protettiva dell'espressione delle emozioni è stata verificata anche rispetto alla sintomatologia da stress post partum. Bucci, Solano, Donati e San Martini (2005) sostengono che scrivere per 20 minuti, in sei sessioni, tra il 7° e l'8° mese, emozioni e pensieri della gravidanza, conduca ad una diminuzione del livello di alessitimia e positivi effetti sulla sintomatologia depressiva, il benessere psicologico e la percezione del dolore del parto. Di Blasio e Ionio (2001), rilevano invece come lo scrivere, secondo il modello di Pennebaker, un breve racconto del proprio parto a due giorni dallo stesso, faciliti l'elaborazione dei contenuti di "evitamento", causa di sentimenti di chiusura e di ansia, e conduca ad una riduzione, nell'immediato, dei sintomi di iperattivazione ansiosa.

I risultati di queste ricerche non sono però stati tradotti in pratiche di assistenza diffusa, sebbene siano chiari i vantaggi e relativamente contenuto l'impegno economico. Una ragione, fra le altre, per cui queste rimangono occasioni non colte crediamo sia ancora da ricondurre alla difficoltà di tenere nella dovuta considerazione gli aspetti affettivi. Non ci sembra casuale che in questi ultimi anni si sia invece preferito investire denaro pubblico per proporre gratuitamente l'analgisia epidurale durante il travaglio. Oltretutto questa viene generalmente proposta come una semplice procedura medica sulla quale non è il caso di porsi molti interrogativi, anche se in realtà vengono veicolati, dagli stessi medici, due messaggi un po' diversi. Da una parte sembra che la scelta sia tra il desiderare di partorire soffrendo o partorire senza dolore, dall'altra pare sia una procedura da preferirsi per quelle donne che non sanno sopportare il dolore. Tenuto conto che elettivamente si propone alle primipare che potrebbero affrontare travagli di parto più lunghi, non si capisce quali parametri una persona abbia per sapere che non potrà affrontare il dolore del parto, però si manda un messaggio di discredito, svalutante, che rischia di colludere con il timore che normalmente una donna avverte di fronte ad un evento così forte – non solo fisicamente - come il parto. L'alternativa è quindi pensarsi un po' masochiste – voglio soffrire partorendo – oppure un po' incapaci – non sono in grado di partorire senza analgesia! Di fatto, al di là dell'effettiva innocuità ed efficacia dell'analgisia epidurale, si ripropone un parto altamente medicalizzato, dopo anni in cui è stato invece promosso il ruolo attivo della donna, ed un parto in cui tante delle emozioni e degli affetti normalmente presenti sono esclusi, direi proprio anestetizzati!

Ci pare opportuno inoltre ricordare come nei reparti di ostetricia si compia non solo l'esperienza pregnante ma tuttavia circoscritta del parto (sebbene la memoria non misuri il tempo ed il ricordo del parto rimane comunque dentro di noi!), ma vi sia l'incontro tra la madre ed il proprio figlio. Qui hanno inizio i primi scambi post-natali, le prime importantissime relazioni tra neonato e genitori, le prime esperienze di allattamento, le prime reciproche conoscenze olfattive, tattili e visive, tutte esperienze che perdurano, come continua la relazione. Sono questi momenti spesso indimenticabili, emozionanti e in gran parte gioiosi, festosi, ma non sono queste le uniche emozioni. L'incontro con il neonato è un incontro con un essere in gran parte sconosciuto, ma che per una buona parte di tempo, scandirà nuovi ritmi di vita per la madre e il padre. Il suo sonno, la sua fame, i suoi bisogni scalzeranno quelli dei genitori e ciò non avverrà sempre senza dolore, senza aggressività, senza stanchezza, senza dubbi, senza tristezza. Nel parto la presenza di aggressività e amore è intensa e presente anche fisicamente, successivamente, svanito il dolore fisico, non evaporano i sentimenti. Se l'immagine di maternità con cui le donne possono confrontarsi anche nei reparti di ostetricia appare, proprio per l'incapacità di avvicinare e riconoscere le emozioni, un'esaltazione idealizzata e mistificante di madri perfette, dolcissime, e felici, la possibilità di riconoscere l'ambivalenza dei sentimenti che legano ogni madre al proprio

bambino e di elaborarli costruendo una relazione autentica e promotrice di sviluppo mentale, sarà certamente più difficile.

Il non riconoscimento degli affetti può preludere a pattern di attaccamento evitanti e a funzionamenti alestitimici: una madre che non sa ascoltare i propri affetti, può diventare una madre poco capace di riconoscere le emozioni del figlio e poco efficace nell'insegnare una lettura delle emozioni e promuovere lo sviluppo della capacità riflessiva (Fonagy & Target, 2001). In tal caso la ricerca di sempre maggiori tutele da un punto di vista medico e le scelte operate da molti reparti di ostetricia per favorire i primi rapporti bambino *caregiver* (es. *rooming in*, promozione dell'allattamento a richiesta, spazi-tempi di intimità con neonato e genitori...), nella consapevolezza dell'importanza fondamentale di questi per il benessere psicofisico del neonato, risulterebbero se non vane almeno contraddittorie.

Crediamo che lo snodo fondamentale risieda proprio nella capacità degli operatori e del reparto di proporre modalità di funzionamento che tengano conto e valorizzino le emozioni e gli affetti di tutti i soggetti: sono questi che sostanziano le relazioni e arricchiscono di senso ogni incontro. Da qui passa la nostra salute!

Bibliografia

Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie*. Presses Universitaires de France (Trad. it.: *Il debito di vita: I segreti della filiazione*. Urbino: Quattro Venti, 2000).

Bydlowski, M. (2000). *Je rêve en enfant: L'expérience intérieure de la maternité*. Editinon Odile Jacob. (Trad. it.: *Sognare un figlio: L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon, 2004).

Bydlowski, M. (2006, 6 ottobre). *Gravidanza ed implicazioni psichiche*. Paper presented at meeting Gravidanza ed implicazioni psichiche, Treviso.

Guerra, G. (1992). *Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento*. Roma: NIS La Nuova Italia Scientifica

Pennebaker, J.W. (2001). Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute. In: Solano, L. (eds). *Tra mente e corpo*. Milano: Raffaello Cortina.

Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis* 63, 311-319.

Salzberg Wittember, I. (1983). Di fronte ad una nuova esperienza. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 1, 20-27.

Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V. & Aguglia, E. et al., (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. In *Journal of Psychosomatic Research*, 41, VI, 551-559.

Bucci, F., Solano, L., Donati, V. & San Martini, P. (2005). Regolazione affettiva e salute in gravidanza e nel puerperio: effetti di un intervento di scrittura in 39 gestanti primipare. *Infanzia e Adolescenza*, 4 (2), 114-128.

Di Blasio, P. & Ionio C. (2001). Elaborazione emotiva e sintomatologia da stress post partum. *Psicologia della Salute*, 2, 27-44.

Dabrassi, F. & Manfredi, P., Quasi medici, quasi alestitimici (2006). *La cura* N° 2, Anno 2, p.47

Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.

Hoffmann, C., Formica, I. & Di Maria, F. (2007). Caregivers in formazione e Alestitmia: Un'indagine empirica su un campione di studenti dell'Università di Palermo. *Giornale di Psicologia*, vol. 1, N° 1, 20-27.

MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the 'visceral brain': recent developments bearing on the Papez theory of emotion. In *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.

- Marty, P. & De M' Uzan, M. (1963). Le pensée opératoire. *Revue française de Psychanalyse*, 27, 1345-1356.
- Monk, C., Sloan, R.P, Fifer, W.P., Myers, M.M. & Bagiella, E. (1999). Third trimester pregnancy buffers women's cardiovascular reactivity to psychological stress. *Psychosomatic medicine*, 61, (1), Jan/Feb.
- Nemiah, J.C. & Sifneos P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In HILL, O.W. (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, 2, 26-34. London: Butterworths.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press. Trad it.: Disturbi della regolazione affettiva. Roma: Fioriti, 2000.
- Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia teory and research. *Canadian Journal of Psichyatry*, 35, 290-297
- Soulé, M. (1990). La madre che lavora sufficientemente a maglia, apologia del lavoro a maglia. Il suo ruolo nella capacità fantastica della madre. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 57, 749-753.
- Verhaeghe, P. (2004). On being normal and other disorders. HandbooK of Psychodiagnostic. NewYork: OtherPress

Per una psicologia clinica dello sviluppo. La competenza a costruire contesti come prodotto dell'intervento.

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

Premessa

In questo lavoro torneremo sulla definizione di sviluppo come prodotto dell'intervento psicologico clinico orientato dai costrutti della collusione e dell'analisi della domanda¹. Declineremo tale esito come competenza a costruire contesti.

Per sviluppare questo tema, dovremo accennare ad alcune questioni preliminari. La prima consiste nel considerare la rilevanza della tendenza conformista entro l'intervento psicologico in generale e in quello psicologico clinico in particolare. Tale tendenza va in una direzione opposta a quella che noi vogliamo proporre e pensiamo sia opportuno confrontarci con essa. La seconda concerne l'interazione tra le finalità conformiste dell'intervento e l'agito conformista presente entro le varie agenzie che si occupano dell'intervento psicologico su differenti fronti: del mandato sociale, della committenza, della comunità professionale, di quella scientifica. La terza riguarda l'esigenza di proporre una psicologia dello sviluppo che non sia un capovolgimento valoriale del conformismo da un lato, dell'intervento sul deficit (che costituisce il versante pragmatico della psicologia conformista) dall'altro. Cosa vuol dire promuovere sviluppo? Non si tratta di trasgredire², come non basta evocare metaforicamente il benessere come contraltare della disfunzione, del disadattamento, della patologia³. Si rende necessario tornare ancora una volta su una traduzione dello sviluppo entro modelli psicologici precisi, declinabili in specifiche prassi di intervento.

Prenderemo quindi in considerazione la proposta di un intervento psicologico volto allo sviluppo e alla costruzione di contesti, considerando come essa interagisca con le modalità della discussione scientifica. Discussione che si realizza con dissertazioni e ricerche, ma anche con agiti entro i gruppi che la animano. Sottolineiamo come la discussione scientifica sia fatta non solo di idee che si confrontano tra loro ma anche di persone. Persone che in rapporto a tali idee, vivono emozioni, le agiscono e a volte riflettono su di esse. Spesso tale questione viene ricordata per essere subito

*Professore associato presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "La Sapienza", ** Professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "La Sapienza", *** Psicologa.

¹Il modello della collusione è stato proposto da Carli e Paniccia all'inizio degli anni ottanta (Carli & Paniccia, 1981) e successivamente precisato e approfondito al fine di porre le basi per l'analisi della domanda e più in generale per proporre una teoria psicoanalitica della relazione sociale e della convivenza. Si tratta di un modello che ha come unità di analisi la relazione, non il singolo individuo. Un modello che si fonda sulla simbolizzazione affettiva collusiva, vale a dire sulla simbolizzazione affettiva concernente il medesimo contesto, che costruisce la relazione tra chi quel contesto condivide. Sottolineiamo che si tratta di un contesto simbolico e non strutturale. La collusione è un fenomeno che attraversa gruppi, organizzazioni, dimensioni culturali; è un fenomeno che fonda la relazione sociale. Per un accostamento a tale modello rimandiamo al lavoro in cui Carli (2006a) ricorda l'esperienza sperimentale, nell'ambito della psicologia clinica e sociale, che gli ha consentito di porre le basi. Il modello è stato sviluppato in numerosi contributi nel corso degli anni; per una sua proposta riassuntiva rimandiamo a Carli & Paniccia (2003) e Carli & Paniccia (2005). Secondo questo modello i problemi che le persone, i gruppi, le organizzazioni portano allo psicologo hanno origine entro le relazioni ed è dentro una relazione, quella tra chi porta la domanda e lo psicologo, che i problemi possono essere conosciuti e trattati. La specificità della metodologia dello psicologo clinico consiste nel pensare, insieme con il cliente, le emozioni vissute entro la loro relazione ed usarle per costruire ipotesi di sviluppo del cliente stesso.

²La trasgressione intesa come andare contro le regole è un complemento del conformismo; noi pensiamo che per una persona, per un gruppo, per un'organizzazione l'unica vera trasgressione, intesa come andare al di là del limite, sia pensare, ovvero riuscire ad assumere una posizione meta in rapporto alle condizioni collusive ed agite che organizzano la loro convivenza.

³Vedi ad esempio il regolamento del Collegio dei docenti universitari di psicologia clinica, citato da Grasso (2006, p. 6).

dopo abbandonata. Come se non si potesse far altro che tenerla genericamente a mente, e come se fosse altra cosa dal dibattito scientifico. Interagente con quest'ultimo, ma non propriamente intrinseca, inerente ad esso. Vorremmo in questo caso tentare di affrontarla come questione non parallela, ma interna alla scientificità e all'attenzione ai metodi.

A questo scopo intendiamo cercare un'integrazione tra ambiti concettuali e il loro risvolto emozionale. Non vorremmo prevalessse l'ipotesi che le emozioni vanno tenute fuori quando si persegue la scientificità delle metodologie di intervento. Oppure, che tra idee e gruppi che le incarnano è bene porre una separazione quando si vuole restare su un piano di scientificità; che quest'ultima concerne le idee, mentre per i gruppi lasceremo agli antropologi, ai sociologi, agli storici il compito di occuparsene. In questo caso per la nostra proposta di una psicologia clinica che produce sviluppo e competenza a costruire contesti non ci sarebbe alcuno spazio.

Sottolineeremo come la psicologia che corregge deficit e quella che promuove sviluppo non solo rimandano a due ambiti concettuali diversi, ma anche a due mondi emozionali differenti. Quando parliamo di teorie, parliamo anche di emozioni. Tali dinamiche emozionali, collusivamente condivise, attraversano la prassi dei professionisti, il dibattito sull'intervento e – non ultima – la posizione che i clienti dell'intervento hanno verso di esso. Al tempo stesso, spesso constatiamo l'ignoramento che questi interlocutori – professionisti, comunità scientifica, clienti - hanno delle loro reciproche posizioni e attese, come ci dicono sia alcune ricerche⁴ che alcune osservazioni critiche di Autori che commentano tali rapporti⁵. L'ignoramento è una forma specifica di relazione, che ostacola la conoscenza e al tempo stesso incentiva gli agiti entro la relazione stessa. La presenza di tali dinamiche emozionali, la loro maggiore o minore pensabilità, caratterizzano le attuali vicende della psicologia clinica. Con il rischio che l'unico sbocco possibile sia il loro agito entro azioni militanti a favore o contro una o l'altra ottica. Con un certo vantaggio, entro questa ipotesi, delle ottiche più compatibili con l'agito emozionale.

Come si vede, non pensiamo che la separazione all'interno della clinica tra chi la sperimenta nella prassi e chi la sperimenta nella ricerca – ad esempio verificando la prassi clinica - sia opportuna e che le due posizioni siano incompatibili. Tenere le componenti emozionali fuori dalla riflessione su ciò che si fa, incentiva il loro agito tanto nella prassi di intervento come nella ricerca. È necessario adottare un metodo quando si considerano le componenti emozionali presenti nell'intervento. È altrettanto importante, per lo stesso intento di salvaguardare l'attendibilità dei nostri criteri e del nostro operato, prendere in considerazione la componente emozionale presente nella ricerca e nel dibattito scientifico. Non si capisce perché un fenomeno che ci interessa tanto quando lavoriamo come clinici, del quale come clinici conosciamo l'ineludibile rilevanza e sul quale lavoriamo duramente per conquistarne la comprensione, debba essere messo del tutto fuori da un'attenzione guidata da un metodo scientificamente fondato, quando lo si vive nel confronto sulla clinica tra professionisti e ricercatori. Tale attenzione non sostituisce la presa di posizione militante, ma

⁴ Interessanti sotto questo profilo alcune ricerche condotte nel Lazio e in Toscana dai rispettivi ordini degli psicologi sulla domanda che la popolazione di quelle regioni rivolge agli psicologi (Carli, Paniccia & Salvatore, 2004; Carli, Paniccia, Bucci & Dolcetti, 2008; Carli & Salvatore, 2001). Le ricerche di cui parliamo si caratterizzano per essere rivolte ai potenziali clienti degli psicologi, e chiedono loro di esprimere le attese che hanno sulla professione psicologica. Tali ricerche mostrano come l'attesa di correzione di deficit sia ben più circoscritta di quanto il dibattito entro la disciplina psicologica lasci supporre. Mostrano anche che, quando essa è presente, la sua presenza è in rapporto con vissuti fortemente anomici e di mancanza di sviluppo entro le culture che la esprimono. Sembrerebbe, in altri termini, una domanda reattiva a un vissuto di difficoltà a stare nella propria situazione di convivenza, ed espressiva di una richiesta di isolare ed espellere i problemi. Mentre per le culture che si vivono in sviluppo, la domanda è di integrazione tra le differenze entro contesti di convivenza. Dicevamo che si tratta di ricerche volte a esplorare la domanda dei potenziali clienti dell'intervento psicologico. Più spesso, in Italia, si assiste a ricerche sugli psicologi rivolte agli psicologi stessi. Questo dato è stato letto come una prova della scarsa attenzione al cliente, da parte di questa professione.

⁵ Dazzi e De Coro (2007) parlano, a proposito della relazione tra chi fa ricerca sulla psicoterapia e clinici che la praticano, di un dialogo tra sordi.⁵

pensiamo che debba convivere con essa. Questo aspetto del dibattito sull'intervento psicologico clinico ci farà riflettere sull'esigenza che, anche al suo interno, si diventi capaci di costruire setting. In altri termini, di organizzare contesti di relazione in cui le dinamiche emozionali non vengano solo agite, ma abbiano anche occasione di analisi e di pensabilità.

Svolgeremo parte delle nostre argomentazioni adottando termini del linguaggio ordinario; in particolare, faremo riferimento al senso comune. Con questo vogliamo sottolineare la trasversalità delle tematiche trattate e il fatto che l'analisi della domanda è solo uno dei modelli con cui può essere declinato un intervento mirato allo sviluppo. Vorremmo indirizzare l'attenzione verso il problema e non verso il modello, nei limiti in cui questo è possibile.

Senso comune e conformismo come riferimento dell'intervento psicologico clinico

Diversi Autori sottolineano come, nella psicologia che interviene, ci sia un prevalente riferimento al senso comune o alle posizioni della maggioranza. Tale aspetto è ricordato in questa Rivista, con una sottolineatura critica della spinta al conformismo che ne deriva, da Salvatore (2006), Grasso e Stampa (2006), Grasso (2006). Imbasciati a sua volta si chiede se, quando si parla di salute mentale, "sia davvero 'salute mentale' o un assetto mentale consono alla cultura della maggioranza" (2006, p. 40). Se ne consideriamo la recente storia, vediamo come diversi fattori concorrano a far sì che la psicologia clinica vada assumendo una fisionomia medicalizzata e correttiva. Fisionomia sempre più evidente nella sua declinazione psicoterapeutica, che per altro tende ad assumere una veste accentuatamente conformista e una posizione egemonica entro l'intervento psicologico clinico. Questa tendenza può essere spiegata dalla speranza di acquisire un maggior successo collusivo, rispondente ad attese di controllo proprie di una società che, alle prese con il difficile compito di integrare diversità, cerca nel conformismo una rassicurazione. Come sostiene Renzo Carli (2006b), l'ancoraggio ad una qualche forma di disagio e l'orientamento individualista della psicoterapia comportano l'assunzione implicita di modelli conformisti, quali obiettivi dell'intervento. "La Psicologia Clinica, così intesa, rischia di diventare la *longa manus* del potere sociale che ha interesse al controllo ed all'uniformizzazione dei comportamenti e dei sistemi cognitivi" (p. 54). Considerazioni condivise da Grasso e Stampa. I due Autori, discutendo le premesse teoriche e metodologiche della ricerca indirizzata all'efficacia della psicoterapia scrivono: "Il sentimento di benessere soggettivo, psicologico e/o fisico, corrispondente all'adesione a valori e stili di vita correnti, o al riconoscimento della propria appartenenza a un settore della società, è assunto acriticamente e in modo lineare quale parametro fondante il giudizio clinico" (2006, p. 7). Di contro, come scrivono Di Maria e Falgares (2006), che ricordano l'ineludibile valenza politica comportata dall'intervento psicologico, l'obiettivo della psicologia clinica non è mai il mantenimento dell'ordine costituito. "La psicologia in generale e la psicologia clinica in particolare vanno concepite primariamente come scienze del contesto, dell'intervento, del cambiamento e della convivenza, interessate alla progettualità, alla pensabilità e alla realizzazione di trasformazioni dello status quo" (p. 1). Sul tema della sovrapposizione della psicologia clinica alla psicoterapia si esprimono su questa Rivista diversi Autori. Oltre a Grasso, Carli e Imbasciati, già citati, ricordiamo Cigoli & Margola (2006); Di Blasi & Lo Verso (2006). Tutti concordi nel sottolineare la cecità, in termini di sviluppo della professione psicologica, di tale riduzione. Citiamo ancora Renzo Carli: "Con l'approccio individualista (...) si è persa l'attenzione a problemi di altra natura ed a domande di altro genere, non trattabili con l'applicazione ortodossa delle tecniche psicoterapeutiche. In tal modo la Psicologia Clinica ha pagato e sta pagando un tributo di grande rilievo alla sua identificazione acritica con la psicoterapia. Si pensi, ad esempio, (...) al grande tema dell'integrazione di differenti culture entro un medesimo contesto sociale. (...) Si pensi all'adattamento scolastico ed alla richiesta rivolta alla scuola di sapersi integrare entro la domanda formativa del territorio entro il quale opera. Si pensi alle famiglie dei malati mentali ed al sistema sociale entro il quale è previsto l'inserimento dei malati mentali stessi (...). Gli esempi potrebbero continuare; è evidente la restrizione impoverente della Psicologia Clinica, se limitata ad una funzione psicoterapeutica che si occupi di singoli individui (...)" (2006, p. 55).

Sulla relazione tra finalità conformiste dell'intervento psicologico da un lato, e tendenza a reificare categorie concettuali entro il senso comune dall'altro, si esprime con articolate argomentazioni Salvatore (2006). Conformismo e senso comune possono essere messi in rapporto con l'agito dei processi collusivi che organizzano la convivenza. Pensiamo ai modelli della relazione sociale basati sulla successiva articolazione entro i contesti della dinamica collusiva. Pensiamo, ad esempio, a quanto abbiamo definito neo emozioni: costruito che, probabilmente, è quanto più si avvicina a ciò che viene definito come senso comune⁶.

Vorremmo ora citare un antropologo dotato di vivace ironia, che ha definito il senso comune "ciò che sanno tutti quelli che indossano abiti e ragionano rettamente" (Geertz, 1983/1988, trad. it. p. 93). Geertz nota come il pensiero basato sul senso comune neghi di essere un insieme relativamente organizzato di riflessioni sull'esperienza, e come invece asserisca che i suoi principi siano prodotti immediati dell'esperienza stessa. I suoi assunti "si fondono per formare un'unica grande sfera del dato e dell'innegabile, un catalogo delle realtà naturali così perentorio da farle entrare di forza in ogni mente sufficientemente limpida da accoglierle" (p. 94). Le parole "innegabile" e "perentorio" sono ciò che ci colpisce, l'indiscutibilità la loro caratteristica. Geertz rincara la dose: "nessuna religione è più dogmatica, nessuna scienza più ambiziosa, nessuna filosofia più generale." (p. 106). Ma la cosa più interessante notata dal nostro antropologo è che tale inflessibilità è resa possibile dall'incoerenza. Il senso comune può essere perentorio poiché la sua funzionalità è basata sull'assolutismo di ciascuna affermazione e sulle scissioni tra un'affermazione e un'altra. Le incoerenze e le imprevedibilità con cui si scontra l'esperienza possono essere ricondotte al noto, purché vengano risolte una per volta e non ci si occupi delle relazioni dell'una con l'altra. Ecco il punto cruciale. Ricondurre al noto e insieme renderlo naturale, non avvertirne la portata culturale, quindi costruita e relativa. "Gli uomini tappano i buchi delle loro credenze più necessarie con qualunque fango riescono a trovare" (p.100). Geertz ci ricorda l'utile funzione conformista – utilizzando il linguaggio psicologico, parleremmo di processi di assimilazione - del senso comune. Sottolineando come per la sua efficacia giovi alimentare la fantasia che esso sia immediato e naturale e non la constatazione che sia costruito e culturale.

Se diamo uno sguardo più generale alle scienze sociali, constatiamo come esse siano generalmente più attrezzate per una modellistica del conformismo e dell'assimilazione, che per quella dell'accomodamento e del cambiamento innovativo. A partire da tale premessa, non solo si tende a vedere anche la psicologia come agente di conformismo, ma – e questo ci interessa di più - ad attribuirle una funzione particolarmente connotata ed attiva in questa direzione. Per questo motivo, la psicologia viene assai raramente interpellata perché contribuisca a dare risposte ai grandi temi sociali. Più spesso è rigettata perché non intervenga, con i suoi psicologismi ovvero con un riduzionismo individualista e peggio ancora intrapsichico, a vanificare le tematiche trattate privandole della loro valenza sociale e politica. Se diamo uno sguardo al modo in cui si sviluppa la riflessione sull'intervento psicologico entro la sociologia, le cui considerazioni risultano interessanti perché orientate all'analisi critica della funzione sociale della psicologia, troviamo conferma di tale stereotipo. Il primo dato: la rappresentazione della psicologia presso i sociologi non solo sembra esaurirsi nell'intervento rivolto a singoli individui, ma si sovrappone alla psicoterapia. Il secondo

⁶ Il concetto di neo emozione è stato proposto da Carli e Paniccia (2002, 2003, 2005). Il termine fa riferimento a dimensioni emozionali note, frequenti e verificabili nella vita quotidiana, volte a costruire relazioni sociali collusive, ovvero modalità di relazione condivise all'interno di un contesto sociale poiché fondate su comuni modi di simbolizzare affettivamente il contesto stesso. Le neo emozioni sono: obbligare, pretendere, controllare, diffidare, provocare lamentarsi, preoccuparsi. Le relazioni sociali, analizzate con le neo emozioni, sono sempre riferibili a un processo di legittimazione sociale; ad esempio, è giusto che una madre si preoccupi per i suoi figli, che un figlio si lamenti di un padre severo, che una moglie controlli un marito supposto infedele, che un uomo diffidi della sua donna se costei non ha un atteggiamento rassicurante, ecc.. Si tratta, sempre, di proposte relazionali volte a possedere l'altro e la relazione cui si partecipa, orientate a vincolarla entro un copione stabilito. Questo anche grazie al conformismo evocato, che legittima la relazione di possesso. Come si vede, si tratta di processi emozionali che non appartengono all'individuo, al suo mondo intrapsichico, quali sono le emozioni di rabbia, amore, gioia, paura; di contro, fanno riferimento sempre alla relazione sociale. Possiamo trovare nell'ambito di questa Rivista un riferimento alle neo emozioni nel contributo di Carli sul resoconto (2007b, p. 192).

dato: generalmente la sociologia sembra parlare dell'intervento psicologico come di una prassi che non è organizzata dalla relazione con problemi, ma dal riferimento a una norma sociale. E' quest'ultima che giustifica l'esistenza dell'intervento psicologico e che ne definisce l'esito. In altre parole l'immagine che la sociologia ha della prassi psicologica coincide con un intervento volto a modificare caratteristiche individuali, sulla base di parametri di normalità e adeguatezza dettati dalla società. E' un'immagine nella quale non trova alcun posto la posizione critica di molti psicologi, prima evocata, sulla funzione conformista dell'intervento e la loro proposta di intervenire sulle relazioni per promuoverne lo sviluppo⁷. Viene alla mente che tale visione conformista della psicologia possa rappresentare, sintomaticamente, la scarsità di modelli per il cambiamento innovativo delle stesse scienze sociali. Tuttavia, se possiamo constatare che la stessa sociologia è più attrezzata a definire processi di assimilazione, piuttosto che di accomodamento, non possiamo dimenticare l'immagine prevalente che la psicologia propone di se stessa e il suo rilevante riferimento al senso comune coincidente con le posizioni di maggioranza. A partire da questa premessa conformista, parte della letteratura sociologica connota positivamente la funzione di correzione del deficit, attribuita alla psicologia; vede in ciò una funzione di adattamento ai contesti sociali⁸. Un'altra parte solleva una critica simmetricamente opposta alla posizione ora delineata. La psicologia si occupa di conformare gli individui alle richieste del sistema sociale, rende conformi, manipola, ristabilisce una normalità data per scontata. E' uno strumento di controllo sociale. Entro la posizione che sottolinea le funzioni di controllo si delinea una critica alla norma sociale in sé, più che alla psicologia conformista. Il malessere, il disturbo psichico sono conseguenze del cattivo funzionamento di un sistema che impone norme e valori che confliggono con un buon adattamento delle persone al loro ambiente⁹. Il rapporto tra individuo e contesto è considerato in una relazione di causa-effetto; la società determina conseguenze sugli individui. L'unico intervento possibile si pone ad un livello economico e politico. Per la psicologia conformista è bene non ci sia alcuno spazio. Per altri Autori la critica cambia radicalmente. Il deficit è espressione di categorie e modelli di intervento proposti dalla psicologia stessa per trattare i problemi su cui è chiamata ad intervenire¹⁰. Ciò che si critica è la scelta della psicologia di proporre presunte dimensioni individualistiche e/o intrapsichiche da correggere. Scelta che porta con sé, inevitabilmente, un'ottica autoreferenziale e decontestualizzata¹¹.

Eppure, se torniamo ai modelli psicologici, vediamo sconfessato lo stereotipo psicologista che per i sociologi, come del resto per buona parte delle scienze sociali, sembra così scontatamente acquisito. La psicologia non solo non è necessariamente individualista ma, diversamente dalle altre scienze sociali, ha modelli genetici e non solo descrittivi della relazione. E propone, grazie ad

⁷ Tra gli Autori esplorati fa eccezione Manoukian, (1998), che suppone la possibilità e l'utilità di ridefinire diversamente l'oggetto di lavoro psicologico; l'Autrice parla di relazioni con i contesti di appartenenza piuttosto che di dimensioni individuali deficitarie. Ricordiamo, per altro, la formazione anche psicoanalitica e psicosociale di Franca Manoukian che appartiene al Comitato scientifico della RPC.

⁸ Ricordiamo Melucci (1991), tra l'altro fondatore di una scuola di psicoterapia, Ingrosso (1996, 2000), Cerroni & Rinaldi (2004), un testo scritto da un sociologo e una psicologa a confronto.

⁹ Possiamo tra questi Autori ricordare Bauman (2004, 2005) che indica nella individualizzazione e nella perdita di competenze politiche e pubbliche, della capacità di creare e mantenere legami sociali, il problema della contemporaneità. Senza supporre che la psicologia possa contribuire a creare tali competenze. Anzi, ipotizzandola come un fattore che accentua i processi di individualizzazione.

¹⁰ Ad esempio, McCarthy (1992), Manghi (2000), Furedi (2004a, b). Furedi parla specificamente di medicalizzazione dell'intervento psicologico e, più ancora che nei confronti di quest'ultimo, orienta la sua critica alla psicologizzazione della società attraverso le istituzioni più o meno pubbliche, che si arrogano la funzione di promotrici del benessere per le persone.

¹¹ Sottolineiamo come tale immagine conformista si riproponga anche nella letteratura filosofica che si è occupata di psicologia. Ricordiamo pure come la filosofia si proponga entro un ambito applicativo, quello della consulenza filosofica, argomentando come esso si ponga obiettivi di conferimento di senso all'esperienza e di sviluppo in opposizione all'intervento psicoterapico, che invece si occuperebbe esclusivamente di ricondurre a parametri di normalità aspetti deficitari dell'individuo. Oppure, nel caso della psicoanalisi, di conoscere processi inconsci intrapsichici senza nessuna connessione con dimensioni storico culturali (Achenbach, 1987; Galimberti, 2005; Lahav, 2004). Le critiche del tipo proposto da Furedi (2004a, b) sono portate da questi Autori a supporto delle loro tesi.

essi, modelli di intervento. Con tali modelli può contribuire in modo rilevante alle tematiche entro cui dibattono le scienze sociali, grazie ad una competenza che non le viene riconosciuta, sepolta com'è sotto lo stereotipo individualista e correttivo. È proprio entro l'ambito della psicologia che il senso comune è stato ricondotto a una funzione relazionale. Heider (1958) ha dato al senso comune una funzione di organizzatore di relazioni che potremmo tradurre così: nel pensiero ingenuo, o senso comune, quando si pensa agli altri, questi ultimi - gli altri, appunto, non noi - vivono nel mondo delle caratteristiche individualistiche relativamente stabili e nell'ambiente dato. Quando si pensa a sé stessi, si tende invece a vivere nel mondo del rapporto tra individuo e contesto, nel mondo del contesto costruito. Si potrebbe aggiungere, a tale visione, la funzione delle emozioni: emozioni che ci farebbero capire la genesi della differenza di ottica tra la valutazione di noi stessi e quella degli altri. Per lo psicologo, il senso comune non è solo un repertorio di significati funzionali all'adattamento, come lo è per l'antropologo, ma soprattutto l'organizzatore di una trama di relazioni.

Torniamo ora alla centralità del senso comune come ancoraggio, entro il dibattito scientifico, dell'intervento psicologico. Se il senso comune organizzasse sia la domanda rivolta allo psicologo che la risposta proposta dalla professione e dalla collettività scientifica, cosa accadrebbe? Per rispondere abbiamo bisogno di ricorrere al linguaggio formalizzato. 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. Potremmo dire che si consacrerebbe la prevalenza dell'assimilazione sull'accomodamento.

Intervento psicologico e dinamiche di appartenenza

La psicologia che si occupa di consulenza, entrando nella vita quotidiana delle persone per interagire con il corso degli avvenimenti, mentre è tendenzialmente orientata da condivise finalità conformiste, si presenta agli occhi dei suoi clienti e degli stessi specialisti come un viluppo di prassi e teorie difficilmente districabile. Massimo Grasso (2006) ce lo ha ricordato, per ciò che concerne quel variegato ambito di modelli che definiamo psicologia clinica, nel primo numero di questa Rivista: è, per l'Autore, una delle questioni di cui la Rivista stessa si dovrà occupare. Questo è vero sia per la psicologia clinica che, più in generale, per la psicologia dell'intervento. Del resto si è sottolineato più volte come la differenziazione della psicologia dell'intervento in ambiti quali la psicoterapia, la psicologia del lavoro, la psicologia scolastica, sia solo apparentemente legittima. Se ci si pensa, ci accorgiamo che è unicamente descrittiva, non ritrovandosi in queste distinzioni alcun riferimento a specificità di metodo o di modelli teorici. Questo tema è stato ripreso, con la solita efficacia, da Sergio Salvatore (2006) in questa Rivista. La distinzione in scuole, alla quale per un certo tempo si è fatto affidamento, ha mostrato i suoi limiti. Si è trattato di una distinzione che non ha contribuito a sviluppare integrazioni. Al tempo stesso, la confusione dei confini tra le scuole si è riflessa in una confusione di costrutti per i quali già si stentava a mantenere salda la relazione tra teoria e declinazioni operative. I concetti si reificano, si confondono con quanto dice il senso comune e acquistano una falsa chiarezza nella quale ci si può riconoscere in molti, ma in modo ingannevole. Pensiamo al concetto di inconscio, che sembrava squisitamente psicoanalitico. Non solo ha assunto molteplici vesti, forse non adeguatamente riassunte da una lettura critica entro la stessa psicoanalisi; oggi si parla anche, e confusamente, di inconscio cognitivo. Con l'inconscio cognitivo si indicano, secondo il senso comune, gli aspetti della mente che non sono accessibili alla coscienza. Salvatore (2006) vede un rapporto tra questa perdita di demarcazioni e il delinearsi di un rinnovato interesse verso teorie generali, verso nodi paradigmatici trasversali volti a ristrutturare il discorso psicologico. Se da un lato questo nostro contributo va proprio in questa direzione, dando ragione a Salvatore, non possiamo fare a meno di sentirci in minoranza in questo intento, almeno per ciò che concerne la realtà italiana. Di riconoscerci, quindi, in quanto dice Grasso che, nel lavoro già citato, parla di convergenze ateoriche ove la teoria viene scavalcata da una sorta di empirismo che la rende superflua. Si tratta di convergenze apparentemente non conflittuali, ma in realtà conviventi entro obiettivi di conquista della supremazia, almeno per ciò che concerne l'ambito psicologico clinico. Supremazia che

verrebbe conquistata, entro un vuoto di confronto, da quelle posizioni che godono di una maggiore rilevanza sociale. Noi diremmo, nei termini dell'analisi della domanda, da quelle posizioni che godono di un maggior successo collusivo. Grasso ci ricorda così un elemento che confonde ulteriormente il quadro se, come spesso capita, lo si trascura. Le teorie e i metodi si incarnano in agenzie sociali con una storia, degli interessi da difendere, delle vicende particolari. Nell'ambito dell'intervento psicologico una distinzione tra storia delle idee e storia dei gruppi sociali che le rappresentano dovrebbe essere sviluppata e approfondita molto più di quanto non si faccia. Carli (2006c) ricorda che le differenze hanno radici culturali, e che per parlarne bisogna contestualizzarle nella storia dei gruppi che le sostengono. In particolare, nella lotta tra questi gruppi per la conquista dell'egemonia culturale e il potere ad essa connesso. "Oggi sembra prevalere la tolleranza, nell'ipotesi che c'è spazio per tutti e per tutti i modelli di convivenza (...) Ciò che la tolleranza non consente è lo sviluppo" (p. 119-120).

In altri termini, dinamiche di appartenenza prevarrebbero sulla riflessione, lo studio dei problemi, il confronto, la ricerca. Tutti questi temi ci sembrano di grande interesse e quest'ultimo in modo particolare. Basti pensare che il conflitto tra dinamiche di appartenenza fondate sul possesso e relazioni orientate allo scambio, è al centro delle nostre riflessioni di psicologi clinici sulla realtà sociale.

A partire da queste premesse, vogliamo sviluppare alcune riflessioni sul prodotto dell'intervento psicologico. Esplicitiamo quanto già si evince dalla lettura di queste prime pagine. Pensiamo che la psicologia clinica non si riduca alla psicoterapia. Dando rilievo alle premesse teoriche che fondano l'individuazione dei problemi e i metodi con cui questi vengono affrontati, proponiamo una psicologia dell'intervento che attraversi, con il suo contributo, ambiti che le convenzioni disciplinari collocano in aree del tutto separate. La storia di alcuni di noi, impegnati nel campo della psicoterapia come della consulenza organizzativa, testimonia questo intento. Pensiamo inoltre che l'integrazione si fondi sull'individuazione delle discordanze e non sulla loro confusione, quindi sulla possibilità di confrontarle per renderle feconde, grazie alla loro diversità.

L'ambiente dato e il contesto costruito

Muniamoci del filo di Arianna che, attraversando tali diversità, le legga trasversalmente. Cerchiamo entro la psicologia che interviene due anime, emozionali prima ancora che concettuali, individuandole nelle loro caratteristiche.

La prima anima presuppone un mondo adeguatamente funzionante, del quale l'intervento psicologico non si occupa. In questo mondo tutte le umane emozioni, cognizioni e attività rispondono allo scopo al quale sono volte e per cui sono state pensate. A meno che non ci sia un errore, una disfunzione. L'intervento in questo caso tende, nei limiti del possibile, a ripristinare la funzionalità perduta. A risolvere, togliere di mezzo il problema. Problema visto come un ostacolo che si è messo di traverso entro un cammino sostanzialmente lineare. Si riprenderà il percorso interrotto, una volta che l'intervento abbia avuto successo. Gli individui, i gruppi, le organizzazioni possono presentare disfunzioni nel loro adattamento; lo psicologo interverrà per riportarli, nei limiti del possibile, entro la retta via. Siamo in un'ottica che valorizza la conformità all'esistente. Individui, gruppi, organizzazioni sono pensati entro un ambiente ben funzionante e fornito di adeguate risorse; un ambiente non anomico, diremmo nel linguaggio dei sociologi. Un mondo dalle regole chiare ed efficienti, che basta conoscere. L'intervento psicologico si occupa di questi deficit di conoscenza, per correggerli. Individui, gruppi, organizzazioni vengono aiutati dalla consulenza psicologica ad adattarsi, a conformarsi a tale ambiente, apprendendo o ripristinando le giuste competenze. L'ambiente in cui individui, gruppi ed organizzazioni si collocano, non è implicato nel cambiamento promosso dalla consulenza psicologica. Rimane sullo sfondo, fa da cornice. In latino *ambio* vuol dire circondare; l'ambiente è ciò che ci circonda. Questo ambiente che sta intorno a noi viene considerato come un dato. Un dato tutt'altro che inerte, d'altro canto. Le sue caratteristiche strutturali e culturali fanno da riferimento per l'intervento, esprimono attese che si pongono come presupposto e guida per quest'ultimo.

Potremmo dire che questa è la psicologia che corregge deficit. Ci interessano, nell'intento di cambiamento promosso dalla consulenza psicologica, più i comportamenti dei vissuti. Questi ultimi, se considerati, sono visti nella loro traduzione in comportamenti adeguati all'ambiente. Ad esempio, ci si occupa che si abbia un adeguato sentimento di autostima, al fine di sostenere con esso i nostri intenti. Avremo, in questa ottica, buoni comportamenti e buoni vissuti. Anche le emozioni vengono valutate come positive o negative, a seconda che siano al servizio di un buon comportamento o contro di esso. Entrambi, vissuti e comportamenti, sono visti come risposta adeguata o inadeguata a uno stimolo che proviene dal mondo esterno, dall'ambiente. Anche quando rinunciamo a considerare la mente come una scatola nera di cui non possiamo conoscere il contenuto e vogliamo interessarci del suo funzionamento, ci interessa che la mente risponda in modo adatto, percettivamente, cognitivamente, emozionalmente, allo stimolo. Ci interessa che decodifichi correttamente gli stimoli e che abbia appropriate risposte emozionali. Ad esempio, che non ci si spaventi per pericoli che nei fatti non esistono. Una persona che, per qualche motivo, non sia adeguata al suo ambiente non potrà che patire tale condizione di inadeguatezza. Il suo sviluppo, la sua crescita, il suo adattamento non hanno seguito la via prevista per i più diversi motivi. Che siano attribuibili alle sue caratteristiche relativamente stabili o alla sua storia, sotto questo profilo non è così rilevante. Questa mente di cui valutiamo e correggiamo le capacità di adattamento all'ambiente, è una mente individuale. Questo è un punto importante. E' una mente individuale in quanto ben distinta dall'ambiente. E' una mente che entra in relazione con gli altri; ma che esiste a prescindere dagli altri. Questo punto importante non sarà chiaro se prima non consideriamo l'altra anima della psicologia che interviene, che ci propone una mente sociale, ovvero una mente che non esiste senza relazioni, al di fuori delle relazioni. Entro questa ottica, chi si rivolge allo psicologo è definito dal suo non adattamento a un ambiente assunto come parametro; ciò che lo caratterizza è questo deficit, che potrà essere oggetto di adeguata diagnosi. Quanto più la diagnosi su tale mancato adattamento sarà precisa, tanto più si potrà intervenire opportunamente. L'individuo non ben adattato patisce tale deficit, e a causa sua si rivolge allo psicologo. Resta il problema dell'ottica individualistica che definisce gli individui attraverso caratteristiche relativamente stabili; come produrre un cambiamento entro un sistema relativamente stabile? Tale questione attraversa, in modi più o meno esplicitati, l'ottica della correzione del deficit.

L'altra anima della psicologia presuppone un ambiente in interazione continua con gli individui, i gruppi, le organizzazioni. L'ambiente cambia gli individui, questi ultimi cambiano l'ambiente. Un ambiente che non solo è in uno stato di continuo mutamento, ma anche non scontatamente orientato nel migliore dei modi, né necessariamente dotato delle risorse adeguate agli scopi delle persone che lo abitano. Un ambiente che non si costituisce come premessa dell'adattamento e come norma cui adeguarsi, ma come prodotto critico dell'interazione umana. Un ambiente la cui manutenzione ci riguarda in qualsiasi momento, poiché è il prodotto della nostra interazione; ambiente la cui evoluzione non è scontatamente ottimale. E' un ambiente che non può essere assunto come modello cui conformarsi. In questo caso l'ambiente non fa da cornice al comportamento, ai vissuti delle persone, ma è parte integrante di quei comportamenti e di quei vissuti. Gli individui non si possono separare dall'ambiente in cui sono iscritti. In questo caso preferiamo parlare di contesto. Il contesto è ciò che è intessuto, intrecciato insieme. Il contesto viene costruito dalle relazioni delle persone che, interagendo tra loro, ne fanno parte. In questa seconda modalità di intervento l'interazione tra individui e contesto è inclusa nell'intervento stesso. Oggetto dell'intervento è proprio tale interazione. Ci si occupa della competenza delle persone a organizzare relazioni, a costruire contesti. In questa ottica, anche il contesto è sempre oggetto di cambiamento entro l'intervento psicologico. In tale 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. Ricordiamo la psicologia della gestalt. Quella psicologia che ha sottolineato come non esista percezione senza significato, ovvero scissa dalla costruzione di senso dell'oggetto percepito, da parte di chi percepisce. In questa psicologia, la centralità del significato sposta l'attenzione dello psicologo dai comportamenti ai vissuti. Questi ultimi non sono reazioni più o meno adeguate all'ambiente, ma lo costruiscono. I contesti sono prodotti della mente relazionale, sociale. Il contesto del quale parliamo è una visione

in evoluzione, quindi critica, dell'ambiente. Non c'è una solida cornice cui fare riferimento, né sotto il profilo delle risorse né sotto quello regole che organizzano la convivenza. Il contesto viene continuamente riorganizzato e non è per nulla detto che ciò avvenga nel migliore dei modi. La varietà di visioni del mondo che il cliente propone allo psicologo non viene considerata in un'ottica diagnostica, del tipo adeguate/non adeguate. Essa viene considerata sotto il profilo di una competenza esplorativa, costruttiva di relazioni di scambio e di occasioni di convivenza.

Collocandoci in questa ottica, abbiamo più volte detto che ci occupiamo di una psicologia che persegue sviluppo. Occuparci di sviluppo significa per noi occuparci di situazioni critiche, a rischio. Se manca un ambiente che si ponga quale parametro, chi si rivolge allo psicologo non è caratterizzato da un deficit di adattamento. La domanda, in questa ottica, va capita in base alla contingenza culturale che la produce. E' in questa seconda ottica che acquista rilievo quanto dice Salvatore in conclusione del suo lavoro già citato, a proposito della promozione del mandato sociale della psicologia. Tale promozione non può che basarsi sulla lettura culturale della domanda.

Riassumendo, nella prima ottica l'obiettivo della consulenza psicologica è che l'individuo si adatti all'ambiente; nella seconda che implementi la sua competenza a costruire contesti. Nel primo caso sono centrali i processi di controllo: si controlla che si attui ciò che ci si attende debba attuarsi. Il *contre-rôle* è il registro che fa da riscontro al registro originale e serve a controllare i dati. Nel secondo sono prevalenti sistemi di verifica: ci si attrezza con criteri che permettano di dare significato a ciò che accade. La verifica è l'esplorazione della realtà, non il controllo che essa proceda come deve. Nei modi in cui si opera, le differenze tra le due ottiche incidono molto. Si tratta di due modalità assai diverse. Esse influiscono in modo rilevante sugli obiettivi che ci si pone, sui metodi, sull'accertamento di ciò che si è fatto.

Il caso di A e la rilevanza del senso comune

Facciamo un esempio. Si presenta dallo psicologo, uno psicoterapista in questo caso, l'impiegato di un'azienda, il signor A, al quale il medico aziendale ha consigliato di chiedere una consulenza psicologica a causa dei suoi numerosi ritardi sul lavoro. In azienda l'impiegato è apprezzato, ma i ritardi potrebbero compromettere la sua carriera. Cosa fa lo psicologo che corregge deficit? Si impegna a far sì che l'impiegato arrivi puntuale al lavoro. Come verificherà l'efficacia di quanto va facendo? Sarà molto semplice: l'intervento sarà efficace se A smetterà di fare ritardo. Ciò sarà verificabile da tutti. Dallo psicologo, dall'impiegato, dall'azienda, entro categorie condivise di lettura dell'evento. Un comportamento è cambiato nel senso atteso. Senso già previsto nel primo momento dell'intervento, in cui il problema da risolvere si è configurato come ritardo¹².

Per lo psicologo che opera in questo modo sta diventando sempre più rilevante la stesura del caso trattato entro protocolli il più possibile formalizzati. Si tende a escludere ciò che non può essere standardizzato, visto come inopportuna discrezionalità del professionista, fonte di errore e ostacolo alla comparabilità dei dati. Tali protocolli dovrebbero presentare una diagnosi, definire obiettivi, meglio se concordati con il cliente, e indicare procedure da seguire, se possibile riferite a una

¹² Nel 2000 è uscito negli USA un testo (Dumont & Corsini) in cui cinque psicoterapisti, a partire da un caso trattato da un sesto e di cui quest'ultimo dava il resoconto del primo incontro, ne ipotizzavano il trattamento descrivendone presupposti, metodo, percorso possibile. Si trattava, appunto, di un uomo al quale il medico della sua azienda aveva consigliato di consultare lo psicologo in seguito ai suoi ritardi al lavoro. I sei psicoterapisti si impegnano a risolvere il problema adottando differenti metodi psicoterapeutici, ma tutti con l'obiettivo che l'uomo non faccia più ritardi, senza esplorare la relazione dell'uomo con l'azienda e con loro. In questo senso, riteniamo il testo un buon esempio di ciò che intendiamo per psicologia che corregge deficit. Il testo è stato tradotto in italiano nel 2003 con la prefazione di Renzo Carli, che ha proposto la teoria dell'analisi della domanda, riferibile alla psicologia che promuove sviluppo. Prefazione che i curatori della traduzione italiana hanno chiesto proprio perché il testo fosse confrontabile con un'ottica diversa. Testo e prefazione permettono di approfondire le differenze tra le due anime della psicologia che qui stiamo tratteggiando.

psicologia sperimentale che avvalorò la prassi adottata¹³. Tutta la procedura è pensata per rendere il processo psicoterapeutico, e i suoi risultati, ostensibili anche e soprattutto a terzi, diversi dalla coppia psicologo-cliente. Quando l'ambiente si pone come norma, i risultati saranno da riferire ai parametri che l'ambiente esprime attraverso le sue agenzie, e dovranno essere controllabili da queste. In questo caso, l'agenzia sociale che propone il parametro cui adeguarsi è l'azienda con la sua esigenza di evitare i ritardi.

Come si comporterà invece lo psicologo che lavora avendo alla mente lo sviluppo della competenza a costruire relazioni? Si chiederà che rapporto c'è tra A e l'azienda che lo invia alla consultazione. Comincerà a considerare, insieme ad A, cosa significhi per quest'ultimo che il medico aziendale lo abbia consigliato di andare da uno psicologo. Ci si chiederà, tra A e lo psicologo, in nome di chi A pensa di essere lì. Quanto creda che c'entri lui stesso, con un proprio progetto di vita e di lavoro, e quanto è lì sentendosi mandato dall'azienda. Lo psicologo ed A esploreranno così la relazione tra l'azienda e A, e quella che ne deriva tra A e lo psicologo. L'obiettivo sarà che A acquisti maggiore consapevolezza su come vive la propria posizione entro l'azienda e più in generale su ciò che desidera dal proprio lavoro. Come pure su altri aspetti della vita che in un primo momento non sono apparsi, ma che possono emergere entro il dipanarsi delle questioni.

Come verrà verificato questo intervento? Come si capisce, l'ostensibile indicatore dell'assenza di ritardi, un comportamento sotto gli occhi di tutti e al tempo stesso rispondente alle attese dell'ambiente in cui si colloca la coppia terapeutica, rappresentate dell'azienda, verrà a mancare. Potrà anche darsi che, nell'esplorare le sue motivazioni nei confronti della consulenza psicologica, A non senta più il bisogno di esprimersi sintomaticamente attraverso il ritardo ed inizi ad essere puntuale. Come potrebbe essere che emerga esplicitamente una conflittualità con l'azienda, prima manifestata sintomaticamente dal ritardo. Potrebbe succedere che A cambi lavoro. In altri termini non sappiamo, all'inizio dell'intervento, che strada possa prendere una maggiore competenza di A nel trattare le sue emozioni in rapporto ai propri progetti di vita. Non possiamo prefigurare, prima dell'esito della consulenza psicologica, la meta alla quale A dovrebbe tendere. Né la traduciamo in un comportamento, un evento constatabile da tutti. Ciò che cambia sono i vissuti, e le nuove competenze che A acquisirà potrebbero non andare nel senso delle attese dell'azienda così come appaiono dall'invio, pur restando la nuova direzione presa da A del tutto legittima entro il più ampio contesto sociale.

Se per lo psicologo che corregge deficit lo strumento utile è un protocollo standardizzato del caso¹⁴, quello che opera entro questa ottica utilizzerà il resoconto¹⁵, inteso come ricostruzione dei passi che costruiscono la relazione tra lui e il cliente. A iniziare dal modo in cui viene riformulata la domanda iniziale – vengo perché il medico aziendale me lo ha consigliato – in seguito all'esplorazione di quale sia la posizione di A in merito; proseguendo con quanto avviene nel rapporto, ciò che viene concordato, cosa viene fatto, come tutto ciò evolve nel corso del tempo e perché. Come si vede, in questo caso non c'è un cambiamento prefissato da perseguire, ma una competenza a costruire cambiamento da apprendere. E' quanto è stato definito un obiettivo metodologico. Ciò che si fa non è meno ostensibile, attraverso il resoconto, di quanto accada per

¹³ Una rassegna recente della letteratura su questo argomento, in particolare prodotta negli Stati Uniti e in Germania, si trova in Pagano (2007). E' interessante sottolineare che l'interesse del testo prima citato di Dumont e Corsini, la sua capacità di comunicare ciò che gli Autori pensano e fanno, risiede nel fatto che questi ultimi utilizzano un metodo di resocontazione molto più vicino a quello che attribuiremo alla seconda anima della psicologia, capace di rendere la successione delle contingenze che si verificano in un caso, e non tale procedura standardizzata.

¹⁴ Sull'adozione di protocolli standardizzati, vedi ancora Pagano (2007).

¹⁵ Sulla resocontazione la Rivista di Psicologia Clinica ha avviato dei gruppi di lavoro sul territorio italiano, in stretta collaborazione tra università e professione, che stanno man mano producendo resoconti e riflessioni sulla resocontazione nell'area della Rivista dedicata a questo scopo. Sono state anche realizzate, nel maggio 2008, due "Giornate sulla resocontazione come metodologia dell'intervento Psicologico Clinico"; gli atti verranno pubblicati sul numero 2, 2008 della Rivista stessa. Per una prima teoria del resoconto, segnaliamo il lavoro di Carli del 2007.

la psicologia che corregge deficit adottando protocolli formalizzati. Aggiungiamo anzi che il resoconto rende ostensibile un aspetto fondante dell'intervento, che la standardizzazione dell'intervento stesso cela, ovvero ciò che avviene entro la relazione tra cliente e psicologo¹⁶. Scrive Carli a proposito di quelle correnti di pensiero che propongono di anteporre all'attività clinica una fase diagnostica, di rilevazione "oggettiva" dei disturbi del cliente: "Si tratta di tentativi legittimi ed interessanti, evidentemente. Sembra peraltro che non si tenga conto di quanto si perde, seguendo queste strade. Perdita, a mio avviso, di grande rilievo. Negli approcci ora delineati, si perde completamente il senso della relazione; coerentemente a questo, si perde ogni possibile lettura simbolico emozionale della relazione. Tutto questo sembra sostituito da un'altra dimensione simbolica, peraltro agita e non pensata: la simbolizzazione di chi pretende di definire la 'malattia' del paziente, di individuare la cura appropriata per quel disturbo-malattia, di valutare l'efficienza dell'intervento e di dimostrarne la validità alla comunità scientifica" (Carli, 2007a, p. 221).

Come si vede, confrontando le due modalità di intervento emergono questioni di rilevante interesse e con esse le differenze che caratterizzano le due ottiche. Emerge una diversità sul come si verifica un intervento psicologico. Nel caso della psicologia che corregge deficit ci si attende un cambiamento previsto di atteggiamenti e comportamenti, riferibile quindi al controllo e da leggersi entro categorie che si pretendono immediatamente condivisibili da azienda, cliente e psicologo. In questo caso è preferibile siano tratte dal senso comune, o almeno traducibili nei termini di quest'ultimo: del tipo "arrivare puntuali al lavoro". Condivisibili, lo ricordiamo, non significa soltanto immediatamente comprensibili, ma anche approvate. Il senso comune non offre solo codici accessibili a tutti, ma esprime i valori prevalenti, 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.

L'attività dello psicologo che promuove competenza a costruire contesti, si organizza invece entro categorie che nascono da una messa in discussione del senso comune. Ciò non avviene entro un astratto confronto concettuale tra psicologo e cliente, ma si attua attraverso un'esperienza emozionale critica. Il senso comune è un potente ed efficiente organizzatore dei vissuti emozionali ed al tempo stesso delle relazioni; entro il setting dell'intervento, esso viene messo in discussione. Si può affermare che, in questa ottica, il setting è una specifica modalità di relazione istituita tra psicologo e cliente proprio con l'intento di poter mettere in discussione il senso comune sulla base del quale il cliente ha fino a quel momento operato. Questo perché una componente rilevante della competenza a costruire contesti è la possibilità di vedere criticamente quanto viene dettato dal senso comune¹⁷.

L'immediata comprensione degli obiettivi dell'intervento, tramite il riferimento al senso comune presente nella psicologia che corregge deficit – far arrivare un impiegato in orario, far fare gli esami a una studentessa inadempiente - ha due conseguenze assai rilevanti. In primo luogo, illude lo psicologo sulla possibilità di poter fare una promessa collusiva al cliente e di ottenere così la sua alleanza. In secondo luogo, permette il controllo dell'intervento anche ad agenzie sociali diverse dalle comunità scientifica e professionale, per altro a loro volta non al riparo da dinamiche collusive. Ricordiamo ancora una volta che le agenzie sociali interessate al controllo e alla verifica dell'intervento psicologico sono diverse. C'è la comunità scientifica, tutt'altro che compatta al suo interno e divisa tra esigenze di controllo e di verifica. Ci sono le diverse comunità professionali (di cui ricordiamo gli interessi spesso conflittuali: si pensi alla psicoterapia contesa tra medici e psicologi). Ci sono i servizi sociosanitari (dove al pubblico sempre più spesso si affianca il privato, con le conseguenze che ciò comporta in termini di decentralizzazione e esigenze di controllo), le agenzie (ministeriali o interne alle aziende sanitarie) preposte alla certificazione e al controllo dei

¹⁶ Insieme ai protocolli formalizzati, consideriamo anche l'applicazione di scale di misurazione di atteggiamenti del cliente, come ad esempio la SWAP, che vanno a sostituire, in nome di una maggiore validità empirica, una comprensione di quanto avviene nella relazione tra cliente e psicologo, obiettivo al quale invece risponde il resoconto.

¹⁷ Sulla sconfirma del buon senso come obiettivo dell'intervento psicologico clinico vedi Paniccia (2003).

servizi psicologici. Ci sono l'opinione pubblica, i tribunali. Ricordiamo ancora una volta come la presenza di tale complesso insieme di agenzie, la loro influenza, siano ben rintracciabili entro quella specifica area dell'intervento psicologico che è la psicoterapia. Mentre per molti aspetti la ricerca sulla psicoterapia è stata avviata proprio grazie alla presenza di tali agenzie¹⁸, non si trovano criteri condivisi di verifica, anche perché non si è ancora accettato di riconoscere le esigenze, spesso tutt'altro che sovrapponibili, di tutti i soggetti implicati. Le differenti posizioni potrebbero integrarsi solo riconoscendone la diversità di intenti e di metodo. Integrarsi, è importante sottolinearlo, non vuol dire perdere le differenze, ma assumere un'ottica meta rispetto ad esse, grazie alla possibile condivisione di obiettivi di ordine superiore rispetto a quelli che ciascuno parzialmente si dà. Senza pretendere, del resto, di azzerare la conflittualità presente entro le diverse posizioni.

Come si declinano tali questioni nel caso del nostro ritardatario, il signor A? Quando il problema viene affrontato nell'ottica della correzione del deficit, l'azienda è presente quanto A, se non di più, poiché è sul suo mandato - evitare i ritardi - che viene regolato l'intervento: si opera come se A fosse scontatamente d'accordo. Si fa come se la presenza dell'azienda nell'invio e l'esigenza che gli impiegati arrivino puntali fossero un dato di fatto, che non si discute. Nell'intervento che promuove sviluppo si evidenzia, invece, come tra A e l'azienda l'accordo non sia scontato. Lo psicologo chiede ad A cosa ne pensa dell'invio, quindi quali siano i suoi obiettivi nel lavoro e nel rapporto con l'azienda. Nel primo caso le attese dell'azienda e quelle di A vengono ritenute identiche. Nella seconda modalità di intervento si suppone che possano differire ed essere anche in conflitto. Un'altra questione rilevante è che, nel primo caso, il cambiamento atteso si può dichiarare fin dall'inizio: evitare i ritardi. Nel secondo non è possibile definire il cambiamento atteso sotto forma di una specifica meta da raggiungere, se non attraverso dichiarazioni del tipo: "accrescere la competenza di A ad organizzare i suoi contesti di vita". Solo nel corso dell'intervento sarà possibile vedere se e come A acquisirà una maggiore competenza a trattare con l'azienda e con i suoi contesti di riferimento, e in che modo tradurrà tale competenza in pensieri e iniziative. Ciò rende il cambiamento non immediatamente ostensibile a terzi, e affida ad A e allo psicologo il trovare indicatori specifici in corso d'opera e alla fine dell'intervento. Resta inoltre del tutto aperta la questione di quanto A sia interessato a che i suoi cambiamenti siano resi ostensibili, dallo psicologo, alle diverse agenzie di controllo prima evocate.

La funzione della resocontazione

Stiamo proponendo una psicologia che pone al centro della propria attenzione una soggettività relazionale, contestualizzata e riflessiva. Il riferimento è al contesto, alle sue dinamiche collusive, alle sue funzioni organizzative, alla sua cultura, alla sua storia. L'esplorazione e la definizione dei limiti dell'ambiente pone tale psicologia soggettiva al riparo dall'esaurirsi entro dimensioni individualistiche o intrapsichiche. Al tempo stesso la pone al riparo da un relativismo che vanifichi possibilità di feed-back, di riscontro, di verifica in rapporto alla rappresentazione degli stati del mondo prodotti da tale soggettività¹⁹.

Entro tale ottica, il rigore scientifico non è garantito dal riferimento a procedure convalidate in laboratorio o entro gli ambiti della scientificità altri dal luogo dell'intervento, a monte dell'intervento stesso; intervento che si pone, quindi, quale occasione d'applicazione di saperi prodotti in un altrove.

Il rigore è garantito, di contro, dall'attenzione costante alla relazione tra teoria e prassi. Per sostenere tale attenzione è necessaria una metodologia attenta alla relazione che intercorre tra simbolizzazioni emozionali con cui la soggettività di chi interviene traduce gli stati del mondo, le teorie formalizzate che adotta, la prassi in cui esse si esplicano. Senza un'attenzione continua alle

¹⁸ Negli Stati Uniti, le agenzie di assicurazione che pagano gli interventi hanno avuto un importante peso nel dare avvio alla ricerca sull'efficacia della psicoterapia.

¹⁹ Sul relativismo e la critica dell'anti antirelativismo proponiamo il contributo di Geertz (2000).

categorie che fondano la prassi, intese come simbolizzazioni emozionali della relazione e del contesto e loro traduzione formalizzata, non è concepibile alcuna scientificità. Ciò è più che mai vero se si tratta di un intervento psicologico clinico. La competenza del clinico consiste nel saper porre attenzione clinica alle proprie categorie formalizzate, cogliendone il fondamento simbolico ed emozionale da un lato, la loro traduzione operativa dall'altro. A nostro avviso gli scarti e le distanze tra simbolizzazione emozionale degli eventi, categorie formalizzate e prassi sono il terreno fertile di individuazione di quella caratteristica di novità che il resoconto produce e di cui parla Carli (2007b) nel suo contributo in proposito. Ciò comporta una continua attenzione alla relazione tra linguaggio ordinario e linguaggio formalizzato. Senza esaurirsi nelle allusioni o nelle metafore da un lato, nella definizione formalizzata priva di emozionalità e di pensiero dall'altro²⁰. Pensiamo a quelle che abbiamo proposto come le due anime della psicologia. Esse sono, prima ancora che due assetti teorici e metodologici, due modi emozionali di vivere il proprio ambiente, la propria funzione, la relazione con il cliente.

Il metodo pertinente, allo scopo di aiutare il clinico a monitorare la relazione tra le simbolizzazioni emozionali con cui organizza il contesto di intervento e le categorie che utilizza, è la resocontazione. Entro questa metodologia, il riferimento è la verifica e non il controllo, l'esplorazione e non la riconduzione alla norma. L'attenzione rivolta dal clinico alle categorie formalizzate che utilizza è costantemente presente entro il corso dell'intervento, entro quella circolarità tra formalizzazione, esplorazione dell'emozionalità implicata, prassi, che il resoconto rende possibile.

Accenneremo soltanto, in questa sede, a un tema che riteniamo di grande interesse e senza il quale non si capirebbe come si renda possibile tale circolarità esplorativa: la funzione conoscitiva che la logica dell'inconscio permette con la sua polisemia di significati emozionali attribuiti all'oggetto. Senza l'esplorazione polisemica delle realtà, riorganizzata da categorie dividenti e differenzianti, continuamente riformulabili e relative, non sarebbe possibile assimilazione. Per questo motivo riteniamo fondamentale, entro la nostra proposta concettuale, una concettualizzazione di inconscio come modo di funzionare della mente.

Il caso di B La competenza a costruire contesti

Un giovane paziente, B, non riesce a fare quegli ultimi esami che lo porterebbero alla laurea. Al momento dell'esame subisce quelli che lo psicologo della correzione del deficit potrebbe chiamare attacchi di panico²¹. B afferma di sentirsi, in prossimità di un esame, del tutto svuotato. Non ritrova nella sua mente nessuno dei contenuti di cui dovrebbe parlare. Lo vince un'angoscia che svanisce solo quando decide di rimandare. Tali rimandi si succedono tuttavia senza fine. Nel frattempo si trova a mentire con chi s'attende da lui un corso regolare degli studi. Fa infatti credere che tutto procede come dovrebbe. L'angoscia ritorna accresciuta. A questo punto B si rivolge allo psicologo.

Tutto questo accade nonostante B conosca bene le materie su cui dovrebbe essere esaminato per concludere il suo corso. Infatti, anche non essendo laureato, da tempo lavora nell'ambito della sua disciplina fianco a fianco con dei laureati, sapendone quanto e più di loro. Questo, perché manifesta una maggiore esperienza ed un notevole interesse per la materia che ha un carattere

²⁰ Allo scopo di esplorare sperimentalmente le simbolizzazioni emozionali collusivamente vissute entro uno specifico contesto simbolico da determinati gruppi sociali, Carli & Paniccia (2002) hanno proposto una metodologia di ricerca-intervento, l'Analisi Emozionale del Testo, basata sull'esplorazione, attraverso categorie formalizzate riferibili alla psicologia clinica, del linguaggio ordinario visto come portatore di significati emozionali collusivi. Tale metodologia legge attraverso modelli formalizzati il linguaggio ordinario, e deriva da tali analisi nuovi modelli formalizzati.

²¹ Se la domanda è organizzata dalla cultura, il paziente che propone allo psicologo di avere "attacchi di panico", come oggi può succedere, non parla esclusivamente di un sintomo che concerne il paziente stesso, ma propone attraverso queste parole uno specifico vissuto sulla relazione tra lui e lo psicologo. Vissuto che andrà esplorato a partire da quanto il paziente comunica di aver appreso, attraverso tali termini, non solo su di sé, ma anche sugli psicologi e la psicoterapia.

accentuatamente tecnico. Tale competenza l'ha portato ad avere un ruolo di coordinamento di un gruppo di lavoro composto di laureati; ma ogni volta che deve assumere questa funzione, dando indicazioni o portando correzioni, vive situazioni di forte disagio.

Capiremo meglio la situazione con un esempio. Una collega che lui coordina non ha completato per tempo un'importante documentazione che va consegnata al cliente, perché questi possa seguire l'avanzamento del lavoro. B ha scoperto, nei suoi controlli, l'incompletezza della documentazione e si è chiesto, con perplessità, cosa era possibile fare. Gli viene in mente che potrebbe dire alla collega di porre rimedio alla cosa con un lavoro extra, in urgenza. Ma poi preferisce farlo lui stesso, lavorando con molto sacrificio a tarda sera, dopo aver concluso il suo abituale lavoro. Parlandone con lo psicologo, si accorge con una certa titubanza e sorpresa che l'esitazione nel parlare alla collega è stata accompagnata da un sentimento di cui, al momento, non si era reso conto: ha avuto paura che quest'ultima potesse reagire con una violenta rabbia aggressiva. Ma su questa paura di provocare una reazione rabbiosa ha glissato, l'ha soffocata, e si è messo a fare il lavoro pensando che, tutto sommato, avrebbe reso le cose erano più semplici e veloci. Tuttavia, anche prima di accorgersi di questa paura, non è riuscito a vivere l'evento tranquillamente. Non è per niente convinto di aver fatto ciò che voleva fare. Si rimprovera di non saper parlare, di non saper "dire la sua". Di farsi vincere dal timore degli altri, ai quali non riesce a tener fronte "alla pari". Passa molto tempo a rimuginare sul fatto e a dirsi che dovrebbe essere capace di "dire le cose come stanno", specie quando sa, come in questo caso, che "è giusto". Ma se solo si immagina mentre parla con la collega, torna a sentire un forte disagio e pensa che non ce la farà mai. Poi giustifica il disagio provato pensando che, come non laureato, non può coordinare dei laureati.

B cerca di riorganizzare il suo vissuto entro categorie di senso comune assunte, proprio come il senso comune vuole, come imperativi: dovrebbe saper dire la sua, dire le cose come stanno, sentirsi alla pari con gli altri, regolarsi su ciò che è giusto, laurearsi. Passa il tempo a rimproverarsi in nome di queste doverosità apparentemente indiscutibili, che dovrebbero rimetterlo in carreggiata. Ma nessuna di queste ingiunzioni diventa efficace per lui. Lo psicologo che corregge deficit si metterebbe al lavoro perché B impari a dire la sua, si senta alla pari con gli altri, si laurei. Si adopererebbe per promuovere un processo di assimilazione.

Cosa fa lo psicologo che promuove sviluppo? Comincia, con B, a fare ipotesi sulla sua competenza a costruire relazioni. Entro il modello dell'analisi della domanda, la premessa è che B abbia un proprio specifico vissuto dei rapporti, delle ipotesi su come vadano le cose tra le persone. Sul quel vissuto, su quelle ipotesi B agisce e si regola. Il modello che B. ha della relazione è attivo quando teme di parlare alla collega e suppone in lei una reazione rabbiosa. Tale modello è collusivo e, in quanto tale, espressivo del contesto nel quale B. ha vissuto l'esperienza della quale parla; ma è anche un modello che in quello stesso contesto ha trovato occasione di fallimento. B porta un vissuto di non adeguatezza, di sfasamento in rapporto alla situazione. Possiamo aggiungere che B agisce un modello collusivo di relazione, ma non lo pensa.

B in effetti non pensa per nulla a modelli di rapporto, ma fa riferimento a caratteristiche individuali relativamente stabili. Lui, B, "non è risoluto", "non ha fiducia in sé". Questo è un punto interessante, poiché mostra come delle categorie psicologiche individualistiche troverebbero immediata corrispondenza nel vissuto di questo cliente²². Quanto al supporre che la collega potesse reagire rabbiosamente, B la fonda pure su un'ipotesi individualistica. Basata sulla personalità della collega. La collega è "impulsiva" e "irresponsabile", non interessata al lavoro. Non ci sarebbe da

²² Ricordiamo di nuovo la sovrapposizione tra alcuni modelli psicologici e senso comune. Il modello a cinque fattori della personalità, per fare un esempio, nella sua genesi ha proceduto "dall'assunzione che la maggior parte delle differenze individuali sono già codificate nel linguaggio quotidiano, si estrae da questo linguaggio un campione rappresentativo comprensivo e ragionevole dei termini descrittivi di personalità" (Ostendorf & Angleitner, 1994, p. 130). Si noti anche che tendenzialmente si sono cercati "fattori universali del linguaggio della personalità" (p. 128), con un programmatico disancoramento da ogni componente contestuale e culturale. Si può mettere in rapporto la corrispondenza di tali modelli con il senso comune e la possibilità che questi modelli abbiano quella "maggiore rilevanza sociale" di cui ci parla Grasso (2006).

meravigliarsi se reagisse in modo insofferente e violento a un rimprovero. Notiamo che tali ipotesi sulla propria e l'altrui personalità non portano B da nessuna parte, che questo è il sentimento di B, e che per questo motivo B si rivolge allo psicologo.

Lo psicologo propone a B di cercare delle alternative. Lo invita a chiedersi cosa poteva spiegare il suo timore di parlare e la rabbia della collega, se invece di pensare alle reciproche personalità si fosse fatta un'ipotesi sul modello di relazione che poteva giustificare tali comportamenti. Chiedersi, ad esempio, se B e la collega condividevano il sentimento della loro interdipendenza. Se si sentivano alla ricerca di finalità comuni nella loro relazione. Se potevano fare riferimento agli obiettivi del lavoro e condividere la soddisfazione di poter rimediare a una svista. In quest'ultimo caso potevano tenerci entrambi a che i documenti arrivassero completi al committente. In questo caso, B sarebbe andato a parlare alla collega. La collega, che B immagina reagire rabbiosamente, sembra vivere in tutt'altro contesto emozionale. Nel mondo emozionale immaginato da B quando pensa alla collega non c'è alcuna interdipendenza tra le persone. L'altro non può che aggredire. Ogni feed back è un'invasione di campo distruttiva. In questo mondo la collega non può che essere presa da una irrimediabile fantasia di intoccabilità del proprio comportamento qualunque esso sia; da una intolleranza ai rimandi, incongruente con il lavoro e con qualsiasi feed back la realtà le rinvii. Tacendo con la collega sul problema che si è venuto a creare, B non ha dato a quest'ultima nessuna possibilità di essere diversa da questa fantasia che ha su di lei. Il silenzio di B inchioda la collega nella parte di irresponsabile, rabbiosa, impermeabile a ogni rimando. B, nel vedere come il suo silenzio abbia obbligato la collega a restare nel ruolo di persona che non sa stare alla realtà, scopre il versante violento del suo apparentemente prudente silenzio e della sua sacrificale sollecitudine a riparare il danno senza parlarne. B stesso, del resto, non si sta dando alternative in rapporto a tale posizione violenta, perché non sta pensando alle sue emozioni. Che così non può capire ma solo agire. Si pensi a come ha tentato di negare la paura che la collega si arrabbi con lui. Se si fosse interrogato sul perché fosse intimorito, avrebbe potuto cogliere la paura di una ritorsione da parte della collega e risalire alla sua aggressione verso di lei. Del resto B, senza pensare a quanto sta vivendo, senza fermarsi a capire le sue emozioni e fantasie, nel parlare alla collega non avrebbe potuto che agire il sentimento di rimproverarla e giudicarla. E non avrebbe potuto dare alla collega, e a se stesso, un'opportunità di cercare un prodotto nella relazione. Ad esempio, stare alle regole di un lavoro ben fatto e di partecipare alla sua riuscita. Avrebbe aggredito la collega e colto l'occasione di dirle quanto fosse inaffidabile e come il lavoro risentisse di questo suo inopportuno modo di essere. Ciò giustifica la paura di essere aggredito, di rimando.

Ricordiamo B che pensa di dover essere "più sicuro di sé"? Forse ora possiamo cogliere che non pare per niente una buona soluzione ai problemi di B. Non si tratta, per B, di saper aggredire senza timore delle ritorsioni. Ciò significherebbe "essere più sicuro di sé" entro le fantasie che B ha della relazione. Si tratta piuttosto di analizzare tali fantasie. Ad esempio confrontandole con quale funzione organizzativa potrebbe avere il suo rapporto con la collega. Una funzione che non è di rimprovero, il dire alla collega quali siano le sue imperfezioni, ma di ricondurre la relazione al riconoscimento della reciproca interdipendenza. Già, ciò che va riorientato è il rapporto tra lui e la collega; non deve mutare lui oppure la collega, indipendentemente l'uno dall'altra. Questa capacità di riorientare la relazione è, per altro, in stretto rapporto con la funzione di coordinamento di B. B, ricordiamolo, coordina il gruppo del quale la collega in questione fa parte.

Adesso possiamo fare qualche considerazione sul fatto che B sia andato dallo psicologo perché non riesce a fare gli esami. Al solo pensiero, come dicevamo, viene preso da un'emozione di vuoto che lo paralizza. Questo impedisce a B di laurearsi. B, al contempo, assume all'interno del suo gruppo di lavoro una funzione di coordinamento che, nel suo vissuto, lo pone "al di sopra" dei colleghi laureati. Proviamo a mettere insieme questi elementi, sempre facendo ipotesi su quali siano i modelli di relazione soggiacenti. Da un lato B è timoroso del potere. Del professore esaminatore, di qualcuno che ha il potere di giudicarlo. Dall'altro B spazza via dalla sua strada e rende inutile l'esaminatore, evitando di fare gli esami. Ma anche assumendo un ruolo, il coordinamento, che a suo avviso dovrebbe essere assunto da un laureato mentre lui laureato non è. Proviamo a tradurre in parole l'emozione che trapela da questo insieme di indizi: "lo come non

laureato faccio ciò che farei se fossi laureato. Questo mi mette in imbarazzo”. Ma anche: “A che serve laurearsi, se io da non laureato faccio ciò che farei da laureato?”. Entro quest’ultima fantasia non serve la laurea, non servono i professori; questi ultimi sono potenti, sono minacciosi, ma possono essere tolti di mezzo.

Queste fantasie dicono che, per B, le relazioni si collocano su due polarità contrapposte e complementari. Da un lato un potere minaccioso nei suoi giudizi e nelle sue pretese, che chiede adempimenti. Dall’altro una ribellione silenziosa e destrutturante ogni relazione funzionale. La ribellione silenziosa ha come suo interlocutore il potere minaccioso. Al contempo sottraendosi ad esso, impedendogli di agire, lo fa fuori. Quando lo psicologo chiede a B con quali di questi due poli si identifichi, se nell’adempimento o nella ribellione, B che, lo aggiungiamo qui, con tutto il suo modo di fare si presenta come una “bravo ragazzo rispettoso delle autorità”, si riconosce nella ribellione silenziosa. Sta vedendo le sue difficoltà a fare gli esami come un opporsi ai compiti che gli vengono assegnati da un potere minaccioso. Pensiamo al vuoto mentale che precede l’esame. Se lo pensiamo entro una relazione, quella con il professore, il vuoto assume il senso di un: “davanti a te non mi viene in mente nulla da dire”. “A te non ho assolutamente nulla da dire”. Ovvero: “mi rifiuto, nel modo più fermo, di parlarti”. Indicando allo psicologo il suo identificarsi con la parte ribelle, B sta dicendo che tale parte è presente nella relazione di psicoterapia anche se in forma tacita, e che bisogna accorgersene. Ma chiede al contempo che lo psicologo valorizzi questa parte ribelle, la ascolti come parte più vicina a B. In qualche modo si può cominciare a supporre che B stia chiedendo alla psicoterapia di insegnare, alla parte ribelle e silente, come si fa a parlare. E come essa possa diventare efficace, competente nell’ambito sociale. B e lo psicologo iniziano a capire quale specifica cosa, ben lontana dal senso comune, significhi per B “imparare a dire la sua”.

B comincia a intravedere perché non serve a nulla il farsi le prediche sulla doverosità basata sul buon senso, quindi sulla norma; prediche del tipo: “essere più sicuro di sé”. Appena B delinea una doverosità, la boicotta. Quindi B si riconosce prima di tutto nella reattività ribelle. Ma dopo averci pensato un po’, aggiunge che tuttavia gli appartiene anche il versante del fare i compiti. Quando fa il lavoro della collega, si riconosce nel ruolo di chi teme di contravvenire a un dovere. Sì, in definitiva ci sono tutte e due le cose nel suo vissuto e nel suo comportamento. Quanto poi a rimproverarsi di “non saper dire la sua” intuisce che, se dire la propria è assumere la parte del potere violento che rimprovera aggressivamente, forse è anche opportuno che non gli riesca: lo metterebbe entro rapporti rischiosamente violenti.

Ora lo psicologo e B possono accorgersi che la collega trasgressiva somiglia parecchio alla parte ribelle di B. Non sta ai compiti, è irresponsabile. Non abbiamo motivo di dubitare che tale collega possa avere queste caratteristiche. Ma ci interessa di più capire come B abbia, con il suo silenzio, reso impossibile che la collega si avvallesse di un realistico rimando su un suo comportamento. Il silenzio di B priva la collega di un prezioso feed back sul suo lavoro, e le impedisce di essere eventualmente diversa da come B la suppone.

Possiamo ipotizzare che B abbia avuto difficoltà a parlare chiaro alla collega; così come ha difficoltà a parlar chiaro con se stesso. Cosa vuol dire parlarsi chiaro? Certo, non fare la predica. Piuttosto, cominciare a chiarire, capire. Capire che la questione è di trovare un’alternativa alla relazione fondata sulle due polarità: compiti dati da un’autorità giudicante, reattività ribelle. Per esempio, puntare sulla competenza a stare nei rapporti, dove B riconosca la sua interdipendenza entro la relazione. Sia nel coordinare il gruppo, che nel fare gli esami. B trova facile condividere questa analisi sulla funzione di coordinamento.

A B sembra meno chiaro ciò che lo psicologo gli propone circa il rapporto di esame. Lui teme di essere valutato, come tutti lo temono. In questo caso gli pare proprio di vedere la relazione per quello che è. Il professore valuta, questo è indiscutibile. Nessuno vuole essere valutato, anche su questo non ci piove. Come si possono vedere criticamente, sotto un’altra luce, queste ovvietà? La paura degli esami è largamente condivisa da parte di chi deve farli. Lui la prova soltanto un po’ più

del normale, un po' troppo. Siamo di nuovo confrontati con il deficit. L'emozione andrebbe bene, solo che è esagerata.

Va aggiunto che B sta collaborando con una cattedra della sua università. Anche qui ha conquistato una funzione di collaborazione grazie alle sue competenze. B aiuta il professore nelle commissioni d'esame. Come vive B, che evita gli esami, la sua funzione di esaminatore? B si sente "come loro, come i ragazzi; uno di loro". Sta "dalla parte degli studenti". Lo psicologo e B si chiedono cosa voglia dire "stare dalla parte degli studenti". Stare dalla parte degli studenti fa supporre che ci siano parti contrapposte, quindi un conflitto tra studenti e professori. Stando dalla parte degli studenti, ci si schiera nel conflitto: per gli studenti, contro i professori. Si dà per scontato che tra professori e studenti non ci possa essere un obiettivo comune. Il modo con cui B vede la relazione d'esame distruttura ogni possibilità di funzione formativa. E' di nuovo attiva la parte ribelle di B. Quella che, configurando obblighi e opponendosi ad essi, disfa ogni possibilità di reciprocità nelle relazioni. Tutto ciò che si può fare è mettere al riparo gli studenti, nei limiti del possibile, dal potere dei docenti, intenti a perseguire i loro obiettivi sulla pelle degli studenti. Ancora una volta, assumendo queste fantasie sulla relazione come dati di fatto, B non facilita una possibilità di scambio, di riscontro, di conflitto realistico. L'emozione con cui B si rappresenta la situazione d'esame è che si tratti di un giudizio violento e arbitrario, non utile, fondato su un'esibizione narcisistica del professore, da cui B mette al riparo gli studenti.

Ricostruendo questi vissuti, B comincia a pensare, intuire una differente modalità di relazione tra professori e studenti. Con un interessante corollario. B, per analizzare la propria posizione di esaminatore e di esaminando, ha bisogno di poter vedere criticamente anche il contesto collusivo al quale partecipa entro la vita universitaria. Di capire le simbolizzazioni emozionali collusive presenti all'interno dell'università e il modo in cui queste danno significato alla relazione di esame. Di vedere criticamente, in altri termini, l'assunto solo apparentemente ovvio per il quale i professori valutano e gli studenti si sentono valutati entro una relazione di minaccia. Infatti tale minaccia ha senso solo entro un agito della valutazione, scisso dall'apprendimento e dalla finalità professionalizzanti di quest'ultimo. B, considerando questi aspetti, può recuperare che i suoi vissuti sono una rappresentazione emozionale degli eventi e non la constatazione di dati di fatto. Questo gli permette di intuire che potrebbe avere delle alternative nel modo in cui vivere gli esami. Ad esempio, potrebbero essere anche vissuti in riferimento ad una verifica utile entro il processo di apprendimento.

Ci fermiamo qui. Il lettore potrebbe chiedersi come B e lo psicologo si siano occupati della vita familiare e affettiva di B. Lo hanno fatto vedendone aspetti coerenti con quanto abbiamo fin qui detto. Basti dire che B è un "bravo ragazzo, che non dà dispiaceri ai genitori", per poter cominciare a intuire che nel legame con la famiglia di origine non ha mai affrontato un conflitto e una separazione individuante. E che tale elusione è in rapporto con la fantasia di sentirsi da un lato adempiente a quanto gli altri vogliono da lui, dall'altro ribelle. Ci si potrebbe anche chiedere quale sia il rapporto tra B e lo psicologo, e in che modo c'entri con tutto ciò di cui abbiamo parlato. B va regolarmente alle sedute ed è, se possiamo dire così, un "bravo paziente". Lavora, pensa, riprende quanto gli viene detto dallo psicologo in modo interessato. Tuttavia di quando in quando fa delle assenze di cui non dice nulla, se escludiamo che le preannuncia. B si è per qualche tempo regolato in questo modo, con un'ordinata scissione tra parte ribelle silente e parte adempitiva. La ribelle non venendo alle sedute e non parlandone; l'adempitiva venendo e lavorando in modo diligente. Solo dopo un certo lavoro e un certo tempo è stato possibile riflettere insieme con B su questo agito. Mettendo insieme quanto B sta vivendo nel rapporto con lo psicologo e quanto vive negli altri suoi contesti di riferimento. B recupera una motivazione intensamente emozionata nell'andare dallo psicologo: ora pensa che ha chiesto una psicoterapia perché sentiva che la sua vita stava andando in una direzione completamente opposta a quella che si aspettava. Ha provato per questo un sentimento di disperazione. Ora B intuisce come verso tale "direzione completamente opposta" lo portasse la parte ribelle, che va recuperata e non eliminata. Per integrarla con la parte adempitiva, che stava iniziando a sentire come profondamente mortificante.

Qual è l'intento dello psicologo con B? Spiegargli come fare le cose, come pensarle? Dirgli come si collabora con una collega, come si realizza una funzione di coordinamento, come si fa un esame, come ci si emancipa dai genitori? Niente di tutto questo. Ogni ipotesi interpretativa proposta e discussa non è finalizzata a dire come stanno i fatti, se visti nel modo giusto, e come adattarsi ad essi. E' orientata, di contro, a sperimentare che si può interpretare, dare un senso all'esperienza. Cercando punti di riferimento a questo scopo. Ad esempio, facendo riferimento ai diversi contesti organizzativi del paziente, incluso il setting psicoterapeutico, ponendone a confronto le dinamiche collusive con le finalità produttive. Imparare a interpretare, e al tempo stesso scoprire che lo facciamo già, e riflettere sulle categorie emozionali che utilizziamo. Non si apprendono atteggiamenti corretti, ma un metodo.

Forse ora si può meglio comprendere cosa intendiamo quando affermiamo che nell'intervento che promuove sviluppo non ci si pone nell'ottica di correggere deficit. Portare B a fare gli esami, senza esplorare le premesse del problema, significherebbe eludere il problema che B porta. Si tratta di un problema di relazione, e il lavoro con lo psicologo può sviluppare la competenza di B a costruire i suoi contesti, affettivi, di lavoro, di formazione²³.

Bibliografia

Achenbach, G.B. (1987). *Philosophische Praxis*. Köln: Jürgen Dinter. Trad. it. (2004). *La consulenza filosofica*. Milano: Apogeo.

Bauman, Z. (2004). *Wasted lives: Modernity and its outcasts*. Cambridge: Polity press. Trad. it. (2005). *Vite di scarto*. Roma-Bari: Laterza.

Bauman, Z. (2005). *Liquid life*. Cambridge: Polity press. Trad. it. (2006). *Vita liquida*. Roma-Bari: Laterza.

Carli, R.(2006a). La collusione e le sue basi sperimentali. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 179-189. Consultato il 22 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Carli.htm

Carli, R. (2006b). Psicologia clinica: professione e ricerca. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 48-60. . Consultato il 23 maggio 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Carli.htm>

Carli, R. (2006c). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 118-120. Consultato il 20 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/editoriale.htm

Carli, R. (2007a). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 220-224. Consultato il 20 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_07/editoriale.htm

Carli R. (2007b). Notazioni sul resoconto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206
Consultato il 7 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Carli.htm

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

Carli., R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

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

²³ Ci piacerebbe poter esplorare con il lettore come sia possibile sviluppare una competenza a costruire contesti anche entro un caso di consulenza organizzativa. Non potendolo fare in questa sede, lo rimandiamo a un caso già pubblicato dalla Rivista di Psicologia Clinica e concernente un intervento all'interno di un Centro di Salute Mentale (Paniccchia, Di Ninni & Cavalieri, 2006).

- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Bucci, F., & Dolcetti, F. (2008). *La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana*. Firenze: Ordine degli Psicologi della Toscana. In corso di stampa.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., & Salvatore, S. (2004). *Lo psicologo nella cultura locale della regione Toscana*. Firenze: Ordine degli Psicologi della Toscana (supplemento a Psicologia Toscana).
- Carli, R., & Salvatore, S. (2001). *L'immagine della psicologia: Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Kappa.
- Cerroni, U., & Rinaldi, A. (2004). *Dialettica dei sentimenti: Dialoghi di psicosociologia*. Lecce: Manni.
- Cigoli, V., & Margola, D. (2006). Per una fondazione relazionale del metodo clinico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 24-32. Consultato il 4 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Cigoli_Margola.htm
- Dazzi, N., & De Coro, A. (2007). Psicoterapia e ricerca empirica: Due termini inconciliabili o la proposta di un nuovo paradigma nella psicologia clinica? *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-9. Consultato il 7 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_07/Editoriale.htm
- Di Blasi, M., & Lo Verso, G. (2006). La psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 43-47. Consultato il 2 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/DiBlasi_LoVerso.htm
- Dumont, F., & Corsini, R.J.(2000). *Six Therapist and One Client*. New York: Sprinter Publishing Company. Trad. it. (2003). *Psicoterapie a confronto: Un caso visto da sei terapeuti*. Milano: Mcgraw-Hill.
- Furedi, F. (2004a). *Therapeutic Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Trad.it. (2005). *Il nuovo conformismo: Troppa psicologia nella vita quotidiana*. Milano: Feltrinelli.
- Furedi F. (2004b). Reflections on the medicalisation of social experience. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (3), 413-415. Consultato il 2 novembre 2006 su: <http://www.frankfuredi.com/articles/medicalisation-200408.shtml>
- Galimberti, U. (2005). *La casa di psiche: Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*. Feltrinelli: Milano.
- Geertz, C. (1983). *Local Knowledge. Further Essays in Interpretative Anthropology*. New York: Basic Books, Inc. Trad. It. (1988). *Interpretazione di culture*. Bologna: Il Mulino.
- Geertz, C. (2000). *Available Ligth. Anthropological reflections on philosophical Topics*. Princeton, N.J: Princeton University Press. Trad. It. (2001). *Antropologia e filosofia*. Bologna: Il Mulino.
- Grasso, M. (2006). Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-18. Consultato il 4 5 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Grasso.htm>
- 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.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons. Trad. It. (1972). *Psicologia delle relazioni interpersonali*. Bologna: Il Mulino.
- Imbasciati, A. (2006). Psicologia Clinica: presente e futuro. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-42. Consultato il 16 maggio 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Imbasciati.htm>
- Ingrosso, M. (1996). Viaggio nel pianeta salute. In M. Ingrosso, F. Montuschi & S. Spinanti (Eds.), *Salute/Malattia* (pp. 6-73). Assisi: Cittadella.

Ingrosso, M. (2000). Salute. In A. Melucci (Ed.), *Parole chiave: Per un nuovo lessico delle scienze sociali* (pp. 169-182). Milano: Carocci.

Lahav, R. (2004). *Comprendere la vita*. Milano: Apogeo.

Manghi, S. (2000). Emozioni. In A. Melucci (Ed.), *Parole chiave: Per un nuovo lessico delle scienze sociali* (pp. 97 – 105). Milano: Carocci.

Manoukian, O.F. (1998). *Produrre servizi: Lavorare con oggetti immateriali*. Bologna: Il Mulino.

Maria, F., & Falgares (2006). Politica della psicologia clinica e/o psicologia clinica della politica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 19-23. Consultato il 20 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/DiMaria_Falgares.htm

McCarthy, E.D. (1992). Emotions are Social Things: An Essay in the Sociology of Emotions. In D. D. Franks & E.D. McCarthy (Eds.) (1989). *The Sociology of Emotions* (51-72). Greenwich, CT: JAI Press.

Melucci, A. (1991). *Il gioco dell'io: Il cambiamento di sé in una società globale*. Milano: Feltrinelli.

Ostendorf, F., & Angleitner, A. (1994). Sulla generalità e comprensività del modello a cinque fattori della personalità. In G.V. Caparra & G.L. Van Heck (Eds.), *Moderna psicologia della personalità* (pp.128-174). Milano: LED Edizioni universitarie.

Pagano, P. (2007). Il resoconto clinico come diagnosi di problemi e pianificazione del trattamento: Un'analisi della letteratura internazionale sul caso clinico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 354-363. Consultato il 4 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_07/Pagano.htm

Paniccia, R.M. (2003). Il rapporto con l'estraneo: Un criterio psicologico per individuare il cliente della scuola. *Psicologia Scolastica*, 1 (2), 207-240.

Paniccia, R.M., Di Ninni, A., Cavalieri, P. (2006) Un Intervento in un Centro di Salute Mentale, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80 – 95. Consultato il 26 5 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/PanicciaDininniCavalieri.htm>

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato il 4 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm

La verifica della formazione universitaria: una metodologia di ricerca.

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

Quale verifica per quale psicologia.

Premessa

La ricerca che presenteremo contribuisce al dibattito sulla formazione alla professione psicologico clinica in ambito universitario, adottando come vertice la sua verifica. Le questioni della formazione professionalizzante entro l'area clinica della psicologia sono affrontate attraverso confronti anche aspri, rintracciabili nella letteratura americana ed europea¹. Il tema che le attraversa, di particolare criticità, è la separazione se non la scissione tra la teoria e la prassi clinica. Più problematica ancora appare la convivenza di teorie e prassi di intervento profondamente diverse che tendono a ignorarsi, come sta accadendo entro la realtà italiana. Questa situazione contribuisce ad indebolire la credibilità della nostra professione, che fatica a definire la specificità dei suoi modelli di intervento e mima modelli di altre discipline, come quella medica di area psichiatrica. A questo possiamo aggiungere la difficoltà occupazionale che sta attraversando la professione psicologica in Italia, imputabile anche ai problemi di una formazione universitaria che sembra rinunciare a formare professionalmente psicologi clinici, non condividendo teorie e modelli di formazione in tal senso. Le tematiche della scissione tra teoria e prassi, della convivenza tra ottiche che è al tempo stesso eludente il confronto e conflittuale, sono al centro della nostra strategia formativa, perché gli studenti possano discuterne e affrontarle.

L'articolo si compone di tre parti. Nella prima esplicitiamo la nostra visione di psicologia clinica e la metodologia di verifica usata nella ricerca che presenteremo. Nella seconda approfondiremo la metodologia formativa che definiamo "lezione emozionate" attraverso la resocontazione dell'esperienza verificata nella ricerca. Nella terza presenteremo i dati sulla verifica delle lezioni.

Diagnosi o relazione

Definiamo la psicologia clinica psicologia della relazione. I problemi che le persone, i gruppi, le organizzazioni portano allo psicologo hanno origine entro le relazioni ed è dentro una relazione, quella tra chi porta la domanda e lo psicologo, che i problemi possono essere conosciuti e trattati. Questa definizione comporta diverse implicazioni.

- I problemi dei quali lo psicologo si occupa non concernono l'individuo ma la relazione tra individuo e i suoi contesti di convivenza.
- Il contesto di cui si parla è un contesto simbolico; ci si occupa di vissuti e non di comportamenti.
- Lo psicologo conosce i problemi di chi richiede il suo intervento analizzando la proposta relazionale che viene agita all'interno della relazione tra lui e il cliente; relazione entro la quale i modelli di convivenza del cliente, non più funzionali al compimento dei suoi desideri realizzativi, vengono aggiornati.
- Nella proposta relazionale riprodotta da chi chiede l'intervento è rintracciabile il processo di significazione, secondo un codice simbolico affettivo, della realtà sociale alla quale partecipa.

*Professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "La Sapienza", **Psicologa,

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

¹ Per un approfondimento del dibattito europeo e statunitense sulla formazione in psicologia clinica, segnaliamo Pagano (2007) e Potì (2007). Sulla situazione italiana, vedi Grasso (2006), Carli (2006a), Imbasciati (2007).

- L'emozione che lo psicologo vive nella relazione con chi richiede il suo intervento è in rapporto con il processo di simbolizzazione affettiva della domanda agita dal cliente ².

Secondo quanto premesso, la specificità della metodologia dello psicologo clinico consiste nel pensare, insieme con il cliente, le emozioni vissute entro la loro relazione ed usarle per costruire ipotesi di sviluppo del cliente stesso. È opportuno sottolineare come non esista una "normale" simbolizzazione del contesto a cui tendere. L'obiettivo del lavoro consiste nell'acquisire un metodo di conoscenza del proprio modo di simbolizzare emozionalmente la realtà, che non tende al conformarsi alla realtà stessa, ma a una sua esplorazione. Si tratta di conoscere le proprie modalità di simbolizzazione affettiva, le proprie teorie relazionali, per poterne costruire altre più funzionali alla realizzazione di nuovi obiettivi di convivenza. Nuove modalità di rapporto che rendono obsolete, non sbagliate o malate, quelle fino a quel momento utilizzate.

Stiamo parlando di un processo di conoscenza fortemente ancorato agli specifici obiettivi, ai desideri realizzativi di chi pone una domanda. Sono obiettivi da conoscere e costruire, non riconducibili a itinerari di sviluppo già predetti all'interno di teorie di personalità e di psicopatologia, coniugate con modelli di adattamento sociale previsto. Siamo entro un intervento che presuppone un cliente, cioè un interlocutore con interessi, obiettivi di sviluppo quanto meno potenziali e risorse, con il quale ci si accorda sul significato del lavoro che si farà insieme. Chiariamo per altro che il riferimento all'inconscio ci permette di includere in un processo complesso come la contrattazione degli obiettivi dell'intervento entro la relazione tra psicologo e chi pone la domanda, o come la definizione degli obiettivi di sviluppo del cliente, la realtà dell'ambiguità emozionale e della sua complessa e spesso conflittuale elaborazione.

Questa visione della psicologia clinica comporta l'assunzione di una posizione critica nei confronti di un altro modo di intendere la stessa disciplina, che vede in un modello che definiamo diagnostico la propria appartenenza professionale. Si tratta di modi radicalmente diversi di intendere l'intervento dello psicologo. Il modello diagnostico presuppone di realizzare una conoscenza dell'altro attraverso l'uso di strumenti – test, scale, interviste – che ricercano nell'oggettività la validità dell'azione conoscitiva. E' palese il riferimento al modello medico. Un modello che fa la sua comparsa alla fine del 1700, quando il pensiero ritorna "all'efficace modestia del percepito" (Foucault, 1963, p. 6). La conoscenza è affidata allo sguardo e assicurata dalla completezza dei dati osservati: vedere è capire. E' un modello che economizza il pensiero facendolo coincidere con la percezione: il significato è fuori di me che lo registro. Si compie, a ritroso, quel cambiamento di paradigma del pensiero scientifico contemporaneo che M. Grasso e S. Salvatore (1997) individuano nel passaggio da un'"ipotesi essenzialista" ad un'"ipotesi costruttivista". Dal pensare che l'attività di conoscenza non consiste nella rappresentazione del reale, ma è il risultato di un'operazione di categorizzazione che il soggetto realizza entro modelli iscritti nella specifica posizione osservativa prescelta (ipotesi costruttivista), si torna a pensare che le proprietà degli oggetti risiedono negli oggetti stessi e il mondo naturale possiede una propria regolarità descrivibile nei termini di leggi universali, a-storiche (ipotesi essenzialista).

Siamo in un'epoca storica nella quale la psicologia clinica tende ad assumere "modelli e modi di operare che fondano il potere dello psicologo clinico, al pari di quello dello psichiatra, sulla conoscenza dell'altro (...)" (Carli & Paniccia, 2007, p. 40). Conoscere l'altro vuol dire ricondurlo all'interno di definizioni e nosografie, grazie a quella logica classificatoria che, citando ancora M. Foucault, "addomestica la variabilità e l'infinito" (1963, p. 52). Conoscere l'altro vuol dire esercitare un potere conferito allo psicologo dal bisogno di nominare e separare il normale e il diverso, l'uguale e l'altro. Bisogno non naturale ma culturalmente definito, associato a precise contingenze storiche. Scrivono R. Carli e R.M. Paniccia (2007): "Sintetizzando in modo generale ma sufficientemente corretto si può dire che la psichiatria tenda a proporre divisioni stereotipali, precise e scientificamente fondate tra normalità e patologia quando la destra storica è al potere;

² Nella nostra definizione di psicologia clinica stiamo facendo riferimento alla teoria dell'analisi della domanda, entro la quale è stato elaborato il costrutto di collusione come modalità emozionale inconscia che organizza la relazione sociale, per la quale rimandiamo a Carli & Paniccia (2003), Carli & Paniccia (2005).

tenda, di contro, a negare queste differenze e a sostenere la forza del diverso, dell'emarginazione, nel caso in cui, politicamente, spiri il vento di sinistra" (p.40).

Proporre una psicologia clinica quale psicologia della relazione vuol dire proporre una diversa modalità di conoscenza, che comporta l'abbandono della fantasia di acquisire, attraverso una professione, potere sull'altro. Comporta inoltre la rinuncia ad un modello professionale che presuppone una relazione già istituita dal mandato sociale, a monte del primo contatto tra psicologo e cliente e che non lavora per costruire relazioni. Una relazione dove un cliente "profano" dipende dal sapere, non condivisibile, del tecnico. Proporre una psicologia clinica quale psicologia della relazione vuol dire al contrario porre una grande attenzione al processo che istituisce la relazione stessa, relazione legittimata dal mandato sociale ma non conclusa in esso. L'intervento fondato sulla relazione ha bisogno di committenza, della domanda del cliente. Lavorare attraverso la relazione comporta l'esperire la confusione che si vive quando si entra in rapporto con la propria e l'altrui realtà emozionale. In questo caso non servono modelli di conoscenza a-storici, attenti all'univocità, alla generalizzazione dei dati più che alla variabilità della contingenza. Ma ciò non vuol dire lavorare senza modelli di intervento e di verifica; vuole dire pensare dei metodi adatti all'oggetto che si intende conoscere, come argomentiamo in questo lavoro.

La lezione emozionata

Coerentemente con questa visione della psicologia clinica, all'interno della formazione universitaria costruiamo un setting che consenta di pensare emozioni. Proponiamo agli studenti di usare categorie psicologiche per pensare le emozioni vissute nel rapporto con il docente e con i colleghi, in stretta relazione con lo specifico contesto e con il suo obiettivo, quello della formazione universitaria alla professione psicologico clinica. I due elementi costitutivi la proposta formativa sono tra di loro strettamente connessi: l'implicazione emozionale all'interno della relazione e l'utilizzo di categorie per pensare la relazione emozionata.

Nel caso delle lezioni definite "frontali", l'obiettivo formativo consiste in un trasferimento di contenuti, a una via, dal docente allo studente. In questo caso si fa come se l'oggetto di conoscenza fosse il "contenuto" delle lezioni, mentre ciò che viene scisso e chiamato "processo", ovvero le dinamiche relazionali, viene agito senza essere pensato. L'ipotesi è che si possa produrre apprendimento a prescindere dal significato che gli attori che prendono parte a quella relazione attribuiscono al loro rapporto. Si fa come se la rappresentazione emozionale delle lezioni condivisa da studenti e docenza fosse insieme utile allo scopo di apprendere e inutile come oggetto di conoscenza. Quando la formazione è così concepita, mentre sul significato emozionale attribuito al contesto formativo dalla docenza si tace, quello degli studenti può divenire oggetto di interventi separati, qui diremmo scissi, dall'attività di docenza. È il caso dei servizi di tutoring o mentoring che cercano di recuperare un pensiero sull'esperienza universitaria. Ma viene alla mente anche l'uso che in tal senso si può fare dei cosiddetti "sportelli" di consulenza psicologica entro l'ambito universitario.

Nel caso della lezione emozionata il "contenuto" dell'apprendimento e il "processo" coincidono, la scissione viene ricomposta. La metodologia formativa è quella dell'intervento psicologico, e la relazione ne è sia l'oggetto che il metodo. La trasmissione delle conoscenze teoriche è resa comprensibile perché le si sperimenta. L'esperienza formativa viene analizzata attraverso categorie psicologico cliniche. E' evidente che senza l'uso ragionato di tali categorie la sola implicazione emozionale non produrrebbe alcuna conoscenza. L'organizzazione universitaria, come abbiamo argomentato ed esemplificato in un recente lavoro (Carli, Grasso, & Panicia, 2007), può essere un contesto in cui sperimentare dinamiche di simbolizzazione emozionale. Il setting psicoterapeutico non è affatto l'unico entro il quale fare esperienza del processo di significazione simbolico affettiva della nostra mente. Processo di significazione simbolico affettiva che costruisce quello che R. Carli (2001) definisce il mito collusivo di un contesto funzionale ad organizzare appartenenza ma non scontatamente funzionale al raggiungimento dell'obiettivo del contesto stesso. L'obiettivo nel nostro caso consiste nell'acquisizione di competenze a trattare i

problemi di un altro, di chi domanda un intervento psicologico. Gli studenti possono diventare committenti competenti della formazione universitaria, se si tiene a mente questo terzo.

La cultura locale come indicatore di verifica

Si pone la questione di verificare un'esperienza formativa che non ha l'obiettivo di trasmettere teorie che fondano tecniche applicabili indipendentemente dal contesto³. Essa propone invece l'apprendimento della competenza a pensare, attraverso categorie psicologico cliniche, lo specifico contesto simbolico emozionale in cui l'intervento viene attuato. A partire dalla competenza a pensare la relazione formativa della quale si fa esperienza. Tale apprendimento a pensare il contesto è fondante la competenza ad intervenire in senso psicologico clinico. Si tratterà di utilizzare strumenti che verifichino il cambiamento delle simbolizzazioni affettive della formazione e della professione lungo l'iter dell'intervento. Con R. Carli e R.M. Paniccia (2002) chiameremo cultura locale l'insieme delle simbolizzazioni collusive che caratterizzano un contesto e ne organizzano i rapporti.

Da alcuni anni per rilevare e monitorare, ai fini della verifica dell'apprendimento, la cultura locale degli studenti, utilizziamo l'Analisi Emozionale del Testo (AET)⁴. Per una conoscenza approfondita di questa metodologia rimandiamo al manuale (Carli & Paniccia, 2002); qui ci limiteremo a fornire alcune informazioni di base sia sulla metodologia che sul modo in cui è stata utilizzata nel corso degli anni per verificare la formazione degli studenti di clinica. Per raccogliere le fantasie che organizzano l'esperienza formativa, chiediamo agli studenti di scrivere, all'inizio e al termine di un corso, quanto viene loro alla mente pensando al futuro professionale. Li interpelliamo sul futuro professionale e non direttamente sul corso, poiché ci interessa che pensino alla formazione in termini di utilità professionale. Il discorso sul futuro professionale, fatto all'interno del corso, include una considerazione del corso stesso. Per ciò che concerne il testo prodotto, ci interessiamo delle sue dimensioni emozionali, attraverso le quali è possibile conoscere la simbolizzazione affettiva della professione, ritenuta il fattore motivante della formazione, e quella del contesto formativo condiviso dagli studenti.

Precisiamo che il corso non è inteso quale variabile interveniente entro variabili indipendenti e dipendenti. Non si misura, con l'ipotesi di ricerca che stiamo discutendo, l'effetto del corso visto come causa nel produrre una conoscenza negli studenti vista come effetto. Un cambio delle simbolizzazioni emozionali della professione sarà nella nostra ottica l'indicatore di una nuova cultura realizzata entro *l'interazione* tra gli studenti e con i docenti.

Un'ultima considerazione. La raccolta del testo da analizzare avviene nella sua prima fase entro una relazione già avviata tra docenza e studenti. Gli studenti che rispondono allo domanda stimolo lo fanno dentro una relazione con la docenza, vivendo il significato che attribuiscono alla relazione così come è stato costruito insieme alla docenza che li intervista. Non c'è, non c'è mai nella ricerca in psicologia nell'ottica da noi assunta, la possibilità di rilevare informazioni oggettive, cioè indipendenti dal contesto all'interno del quale le informazioni vengono raccolte, poiché non c'è mai un momento in cui smettiamo di significare affettivamente quello che facciamo. Prima di esporre la ricerca, faremo un resoconto delle lezioni verificate dalla ricerca stessa.

Il resoconto del corso di psicologia clinica

L'obiettivo delle lezioni: dalle emozioni agite al pensiero emozionato

³ Definiamo technicalità la specifica modalità collusiva che fonda la relazione in cui un tecnico applica il proprio sapere in favore di un profano a prescindere dal contesto, ovvero dalla relazione stessa. Nei termini dell'analisi della domanda, "prescindere dalla relazione" significa che la relazione viene agita e non analizzata.

⁴ Un resoconto di tali esperienze, che concerne sia lezioni che laboratori, viene dato in Carli & Giovagnoli (2007).

Come si traducono le ipotesi finora delineate entro una strategia formativa? Se la formazione non mira ad addestrare gli studenti all'applicazione di una tecnica che prescinde dal contesto di intervento, né a trasmettere delle conoscenze (magari sulla relazione, pensiamo ad esempio al costrutto di transfert), indipendentemente dai modi in cui la relazione attraverso la quale tale insegnamento avviene, viene agita, il problema diventa più complesso. Pensiamo a quella strategia formativa che non ha una scaletta di contenuti da seguire, ma è fondata su una proposta di relazione continuamente contrattata, pensata e ridefinita nelle sue modalità e nei suoi scopi, entro un setting formativo istituito a questo fine. In questo caso ogni corso ha una storia diversa, contestualmente al gruppo che di volta in volta si trova a costruirlo. In comune c'è una metodologia che integra la conoscenza di modelli psicologico clinici con l'uso di tali modelli, entro la relazione che la formazione comporta. Pensiamo alla relazione con i docenti e con i compagni di formazione, ma anche a quella con il contesto universitario più ampio. Una relazione organizzata dagli scopi della formazione e insieme dal processo collusivo che fondano la partecipazione degli studenti al contesto universitario stesso.

Proponiamo ora il resoconto di una esperienza di formazione pensata e sviluppata a partire da quest'ottica. Si tratta dell'esperienza che è stata verificata attraverso la ricerca riportata in questo contributo. Attraverso tale esperienza esploreremo la traduzione in prassi della nostra proposta metodologica, gli strumenti utilizzati e i criteri di verifica adottati; criteri che hanno fondato e organizzato la ricerca per la verifica.

Il corso cui ci riferiamo si colloca nel penultimo anno di un corso di laurea in psicologia clinica⁵. Tale laurea specialistica viene proposta entro una facoltà di psicologia nella quale le tematiche della scissione tra teoria e prassi, della diversità tra un intervento psicologico che si occupa di correzione del deficit e intervento che promuove le relazioni e lo sviluppo sono fortemente presenti. La laurea specialistica in questione fin dal suo esordio, quattro anni fa, ha promosso, attraverso contributi anche molto diversificati, una psicologia dell'intervento e della relazione.

Il corso è stato articolato in 25 incontri, distribuiti nell'arco di due mesi nell'anno accademico 2007/08. Gli studenti frequentanti sono un gruppo di circa 35 persone. Come verificammo nel primo incontro, si tratta per la maggior parte di studenti solitamente frequentanti – la frequenza al corso di laurea non è obbligatoria - che hanno già partecipato a precedenti lezioni organizzate dalla metodologia che stiamo loro proponendo, ma anche a lezioni strutturate secondo una logica differente, più vicina alla trasmissione di un sapere a una via. Hanno anche già avuto modo di discutere e sperimentare le differenze tra le due metodologie. Hanno pure conosciuto differenti modelli psicologico clinici e diverse ottiche di intervento, e hanno avuto modo di sperimentarsi con il loro background formativo entro vari contesti di intervento, in servizi pubblici e privati, attraverso esperienze di tirocinio⁶.

Quali *obiettivi* ci proponiamo con queste lezioni? Ci proponiamo un obiettivo di integrazione tra simbolizzazioni emozionali con cui gli studenti guardano alla relazione, teorie adottate e prassi di intervento sperimentate o progettate. A tal fine ci interessa capire, insieme agli studenti, come utilizzano e integrano le differenze che incontrano nel corso della loro esperienza universitaria; inoltre, come mettono in rapporto le teorie e i modelli sperimentati nella loro esperienza formativa con le problematiche e le domande dei contesti di intervento incontrati nell'esperienza di tirocinio. Infine, vogliamo verificare con loro l'organizzarsi di aspettative e competenze riguardanti il loro futuro professionale.

⁵ Si tratta del corso di laurea specialistica in "psicologia dinamica e clinica della persona, delle organizzazioni e della comunità" della facoltà di psicologia 1 dell'università "La Sapienza" di Roma; gli studenti che lo frequentano, avendo già conseguito la laurea triennale, sono al quarto anno di cinque anni complessivi.

⁶ Nell'anno accademico 2001/02 entra in vigore la riforma universitaria per la quale si istituisce una laurea triennale che include un tirocinio, alla quale può far seguito una laurea specialistica biennale che pure contempla un tirocinio finale. Gli studenti in questione hanno fatto la prima esperienza di tirocinio, entro la laurea triennale.

Il lavoro di integrazione tra teorie e prassi, tra modelli appresi ed esperienza formativa e di tirocinio proposto agli studenti è fondato sulla premessa che esistono delle ottiche attraverso cui si costruisce la realtà. Inoltre, che tali ottiche si declinano lungo un continuum che va dalla confusiva, ambigua polisemia emozionale con cui si guarda agli stati del mondo, alla riduzione di polisemia resa possibile dall'adozione di categorie di lettura della relazione che intercorre tra noi e il contesto (Carli, 2007b). Viene proposto agli studenti che le teorie e i modelli che sperimentano durante la loro esperienza formativa nascono dentro ottiche: non descrivono stati di realtà, ma si tratta di costrutti che organizzano relazioni e ambiti di intervento. Infine, viene loro proposto che tali teorie sono in rapporto con il modo con cui simbolizzano emozionalmente le relazioni e la realtà. Nonostante sia stata già sperimentata e discussa da molti di loro, si tratta di una posizione tutt'altro che scontata nell'articolato universo di teorie e tecniche psicologiche, considerando anche quelle presenti nel corso di laurea. Gli studenti sono quindi entro un percorso di elaborazione iniziato ma tutt'altro che concluso a proposito di tale complessa questione. Ricordiamo che entro l'attuale psicologia clinica italiana ci sono posizioni che definiremmo neo-positiviste. Si tratta di posizioni che rimandano a una realtà data, che le scienze psicologiche e soprattutto psichiatriche man mano conoscono nel suo esistere, indipendente dai modelli di conoscenza. Inoltre, in modo meno pensato, si verifica un cortocircuito tra fatti e costrutti che tende a reificare i costrutti stessi, a renderli stati di realtà senza che ci si renda conto di questa operazione mentale, con un conseguente ignoramento del valore delle premesse teoriche ed emozionali che organizzano la prassi (Salvatore, 2006).

Questi sono i motivi per i quali scegliamo di non organizzare le lezioni di psicologia clinica presentando agli studenti una serie di nozioni teoriche le cui conseguenze applicative andranno sperimentate altrove. Mentre proponiamo loro di sperimentare nelle lezioni stesse i processi integrativi di cui stiamo parlando, facciamo riferimento a categorie psicologico cliniche delle quali gli studenti fanno esperienza nel corso delle lezioni, comprendendone i risvolti entro la prassi di intervento ed imparando a utilizzarle.

La fase istituyente del corso: costruire un setting formativo in cui sia possibile pensare

La fase iniziale è il momento istituyente del percorso, in cui si organizza la relazione tra docenza e studenti da un lato, degli studenti tra di loro dall'altro. Ricordiamo che gli studenti presenti, avendo già frequentato altri corsi impostati su questa metodologia, non sono nuovi alle questioni che essa comporta. Tuttavia ogni volta, come dicono alcuni di loro, "si ricomincia da capo". Sembra che sia la prima volta nella quale viene loro proposto di sospendere l'agito collusivo in base al quale ci si comporta come se tutti si sapesse cosa si sta a fare nel corso senza bisogno di dichiararlo, dentro dei ruoli scontati e noti di docenza e di apprendimento che rendono superfluo l'esplicitare esperienze precedenti, attese, obiettivi. La docente chiede di partire dalla loro esperienza formativa, di dividerla, di esplorarne percorsi, criteri, attese e rapporti con il futuro professionale.

Attraverso queste richieste si sta testando la possibilità della costruzione, entro le lezioni, di un setting che consenta la sospensione dell'agito collusivo per farne un oggetto di conoscenza. La risposta degli studenti si manifesta con una chiusura difensiva, silente e passiva da un lato, chiaramente rabbiosa dall'altro, di gran parte del gruppo di frequentanti. E' qui che uno di loro esplicita il vissuto, tra insofferenza e sconcerto, di ricominciare da capo ogni volta. Se molti di loro hanno già iniziato a sperimentare la sconfirma della fantasia di potersi appropriare di un sapere a prescindere dalla propria implicazione emozionale nel rapporto di apprendimento, ciò che scoprono questa volta è il senso del vissuto di "ricominciare da capo". Un setting, ovvero quella specifica modalità di relazione volta al pensare i fondamenti emozionali della relazione stessa, va ricostruito ogni volta. I rapporti ogni volta sono nuovi, ogni volta vanno riorganizzati, ogni volta fanno in primo luogo riferimento, nella loro componente difensiva e ripetitiva, o se vogliamo "conformista", alle dimensioni emozionali agite della cultura presente nel contesto che si sta condividendo. In questo caso, la cultura universitaria adempitiva. Ciò si verifica anche se tali dimensioni collusive sono state evidenziate, analizzate e criticate in precedenza entro altri contesti. Si tratta di un "apprendimento" che non si perde, ma al tempo stesso di un apprendimento che non

può essere ripetuto automaticamente, o come diremmo facendo riferimento alla teoria della collusione, attraverso un agito. Ciò sarebbe, nei termini della stessa teoria, paradossale. Ogni volta “si ricomincia”. Ovvero ogni volta la specifica relazione che si sta organizzando, se vuole perseguire un prodotto di conoscenza psicologico clinica, va sospesa nell’agito che risolverebbe l’ambiguità emozionale senza far ricorso al pensiero. Ogni volta va ritrovata una modalità collusiva coerente con l’intento di analizzare le emozioni che si condividono invece di agirle. Tale esordio delle lezioni sottolinea utilmente il contrasto tra l’ottica psicologico clinica proposta, centrata sulla relazione, e la fantasia dello studente di mettere un sapere nella bisaccia per poterlo portare con sé avendolo acquisito una volta per sempre, a prescindere dal contesto di relazioni in cui ci si trova e dall’uso che se ne fa in quel contesto. Imparare a costruire un setting comporta l’esperire che ogni volta “si ricomincia da capo”. Il setting non è una tecnica data che si possa archiviare fino al prossimo uso.

Questo è un esempio di come si possa fare esperienza, entro il contesto delle lezioni, di un costruito psicologico clinico. Gli studenti possono esperire la differenza tra intervento fondato su una teoria dell’intervento stesso, quindi su una teoria della relazione, e intervento fondato sull’applicazione di tecniche e procedure. In questo ultimo caso la relazione non viene pensata, ma viene agita a supporto dell’applicazione della tecnica. Pensiamo, ad esempio, alla “fiducia” e alla “stima” verso lo psicologo, o se si vuole alla buona alleanza terapeutica, come presupposti della riuscita dell’intervento. In questo tipo di esperienza gli studenti possono cogliere la differenza metodologica e concettuale tra teoria dell’intervento e applicazione di tecniche, e al tempo stesso sperimentare quanto sia diversa la simbolizzazione della relazione nei due casi. L’ambiguità emozionale comportata dall’implicarsi in una relazione viene immediatamente risolta nel caso dell’applicazione, assegnando allo psicologo il ruolo di tecnico e al cliente quello di profano; viene posta al centro dell’attenzione nel secondo caso, attraverso l’istituirsi di un setting che permetta di esplorare l’ambiguità stessa.

Allo scopo di procedere nel far fare agli studenti esperienza della relazione tra simbolizzazioni emozionali dell’intervento, teorie e prassi, durante la seconda lezione viene loro proposto di cimentarsi nell’analisi del resoconto di un caso clinico. Si tratta di un caso di cui vengono riferite le condizioni di esordio, poiché ci interessa soffermarci sull’istituirsi della relazione tra psicologo e cliente. Nel caso specifico, che qui accenniamo appena attraverso alcuni elementi che permettano al lettore di capire la reazione degli studenti, si tratta di una donna trentenne che lavora svogliatamente nella piccola impresa del padre, da lei vissuto come molto possessivo e invadente, che si rivolge allo psicologo perché vive sentimenti di angoscia circa la propria vita sentimentale (non riesce ad avere una relazione), il suo lavoro (il lavoro attuale lo vede come transitorio), il suo futuro, sentendosi passiva e incapace di iniziative e progetti.

Emerge di nuovo negli studenti un vissuto collusivo da loro imprevisto. Ricordiamo che si tratta di studenti generalmente frequentanti, impegnati negli studi, al penultimo anno di università, che hanno già fatto un’esperienza di tirocinio. Molti di loro si sentono quindi relativamente in possesso del modello dell’analisi della domanda, con cui si sono già più volte confrontati, e sarebbero in grado di declinarne le principali dimensioni concettuali. Ad esempio, è per loro apparentemente chiaro che si tratta di un modello in cui la relazione è centrale, come pure è apparentemente chiaro che ci si occupa di vissuti e non di comportamenti. In realtà, le categorie che gli studenti utilizzano nell’analizzare il caso sono ben distanti, nella gran maggioranza dei casi, da tali presupposti. Molti di loro, dimenticando ogni altra componente del caso, vedono solo la relazione padre-figlia, e prendono le parti della figlia o del padre, schierandosi. Ad esempio, i primi affermano che la donna dovrebbe emanciparsi da tale rapporto di dipendenza cercando un altro lavoro, e che va incoraggiata in tal senso. I secondi che questo genitore ha sopportato fin troppo da una figlia svogliata e che quest’ultima andrebbe ricondotta alle sue responsabilità. Alcuni dicono che per procedere si dovrebbe convocare il padre per capire meglio di che problema si tratti. Solo alcuni si interrogano sul vissuto di passività della donna e trattano anche il padre possessivo come un vissuto e non come una realtà di fatto sulla quale non avere alcun dubbio. Analizzando tali categorie, si coglie come facciano riferimento a una psicologia che interviene sui comportamenti in senso correttivo, spesso facendo riferimento a codici conformisti. Inoltre, come venga vista solo la

relazione di cui si parla nel *là e allora* del racconto della cliente, e non quella tra cliente e psicologo. Ancora, si coglie come tale relazione sia considerata nei suoi agiti, ovvero come un fatto e non come un vissuto.

I modelli utilizzati dagli studenti nell'analisi del caso sono visti, nella successiva discussione, sotto diversi aspetti. Si confronta il loro essere degli agiti privi di modelli con dei modelli di intervento psicologico clinici, da un lato quello dell'analisi della domanda, fondato sulla relazione vista come dinamica simbolica e collusiva, dall'altro quelli di altre teorie individualistiche e attente ai comportamenti, più coerenti con quanto gli studenti hanno proposto. Inoltre, si confrontano queste differenti modalità di intervento con le questioni da loro incontrate nei tirocini. Quali competenze sono state loro richieste? Gli studenti nell'esperienza di tirocinio si sono scontrati col fatto che agli psicologi non vengono richiesti compiti. Gli psicologi vengono confrontati con problemi spesso privi di committenza, o in altri termini senza che nessuno chieda loro in modo chiaro e rassicurante di affrontarli. Si tratta piuttosto di individuare problemi e di fare delle offerte a degli interlocutori ambivalenti e poco propensi a mettersi in una posizione di dipendenza scontata, non solo nei confronti di giovani in apprendimento, ma anche nei confronti della disciplina psicologica stessa. Uscire dall'università con l'attesa di trovare committenze che chiedono di applicare tecniche a tecnici scontatamente riconosciuti nella loro competenza, per risolvere ben definiti problemi, espone a un rischio di fallimento elevato. Si tratta piuttosto di imparare a individuare i problemi di cui la psicologia sa occuparsi e di formarsi a costruire committenze, che spesso sono tutt'altro che date.

La verifica come interazione con un cambiamento in corso

Siamo a questo punto alla quarta lezione. E' nell'ultima parte di tale incontro che viene proposto agli studenti di scrivere un testo che sarà sottoposto ad AET. Un altro lo scriveranno alla fine del corso. L'intento è di acquisire in tal modo uno strumento di verifica su quanto si va facendo insieme.

Perché la stesura del primo testo viene proposta nella quarta lezione? Alcuni studenti dicono che in tal modo si inficia l'attendibilità del testo stesso, "influenzato" pesantemente da quanto finora accaduto. Ciò permette di discutere con loro la differenza tra le pratiche di ricerca che interagiscono con un processo in corso con l'intento di individuarne la dinamica, e quelle che presuppongono un punto "zero" in cui nulla è accaduto prima che il ricercatore intervenga. Inoltre, tra pratiche di ricerca che puntando all'intervento sono fondate su una fase di istituzione della ricerca stessa in cui se ne convengono gli scopi con i propri "soggetti", e pratiche di ricerca in cui si chiede ai soggetti di fornire informazioni al ricercatore, dove la restituzione dei dati è una componente deontologica, ma non essenziale della ricerca stessa. Nel primo caso ciò che va esplicitato e di cui va tenuto conto sono le modalità di interazione tra ricercatore e processo verificato, nel secondo si cerca di controllare e ridurre al minimo tale interazione. Si tratta di due diverse teorie del cambiamento. Nel primo caso si interagisce con un cambiamento in corso, nel secondo lo si provoca. Si torna ancora sulla centralità delle teorie. Quando si suppone di provocare un cambiamento si assume un'ottica, quando si interagisce con un cambiamento in corso, si sceglie di assumerne un'altra. Si può anche riflettere con gli studenti su come tali differenti teorie del cambiamento improntino pure l'intervento psicologico clinico, profondamente diverso a seconda che si pensi di interagire con un cambiamento in corso o di provocare un cambiamento. L'analisi della domanda si colloca nella prima ipotesi; probabilmente più coerenti con la seconda sono le teorie di risoluzione di un deficit.

Lo sviluppo delle lezioni emozionate e la loro conclusione

Daremo un breve ragguaglio del percorso successivo alla stesura del primo testo di ricerca. Nei giorni successivi la docenza propone agli studenti resoconti di casi prodotti entro un'ottica cognitivo-comportamentale da un lato, sistemico-relazionale dall'altro. Entro queste due ottiche

l'intervento sui comportamenti, l'assunzione di una finalità correttiva, la convocazione di persone della famiglia di chi si è rivolto allo psicologo vengono concettualizzati ed esplicitati. La docente invita a cogliere la differenza tra l'agito del buon senso conformista, privo di modelli psicologici di riferimento, proposto come reazione al caso dagli studenti, e la formalizzazione di un'ottica.

Diviene evidente che in molti studenti sembra presente l'assunzione valoriale di un modello. Essa è funzionale al costruire un vissuto di appartenenza: "noi siamo quelli dell'analisi della domanda", ma non è utile ai fini dell'acquisire una competenza ad intervenire. Gli studenti scoprono che sono più inclini a demonizzare i modelli sistemico-relazionale o cognitivo-comportamentale, piuttosto che a farne oggetto di una vera riflessione critica. Sorprendentemente, scoprono che essi si rivelano a loro più consoni dell'analisi della domanda quando reagiscono emozionalmente a un caso clinico. Scoprono anche che la loro identificazione con la giovane donna passiva, incerta sul futuro, è stata "fatale". La prevalenza dell'agito emozionale su ogni riflessione critica è connessa anche a tale identificazione non compresa, ma agita attraverso una risposta reattiva. Un altro spunto di riflessione utile è che tornino a chiedersi quale sia il tipo di intervento che vogliono approfondire. Nulla "prescrive" loro di occuparsi di relazioni. Ma se vogliono scegliere altri modelli di intervento psicologico, ciò va fatto con consapevolezza.

Appare anche interessante constatare come l'intervento che corregge deficit e comportamenti sia coerente con la cultura del senso comune che gli studenti hanno agito reagendo al caso. Mentre quello che promuove sviluppo comporta una riflessione critica sul senso comune stesso. Questo mette fortemente in questione gli studenti. Si interrogano sul sentimento di solitudine al quale la scelta di formarsi all'intervento che sostiene lo sviluppo li espone. E' in questo momento che appare loro essenziale la costruzione di una colleganza cui fare riferimento per poter sostenere tale posizione. Colleganza che scoprono di non essere affatto abituati a vivere nella loro vita universitaria.

Gli studenti sperimentano come il mediatore tra esperienza e teoria sia la comprensione della propria implicazione emozionale. Possono, attraverso questo percorso, sperimentare la differenza tra modelli che propongono una coerenza tutta esterna ai propri vissuti, basata sull'osservanza di procedure da applicare correttamente, e modelli la cui coerenza si esplica nella continua manutenzione del rapporto tra le premesse teoriche, la propria implicazione emozionale e i contesti di intervento. E' questa seconda strada che la docente propone. Una strada difficile e niente affatto lineare, perché comporta la capacità di riconoscere e pensare la propria implicazione emozionale entro culture in cui si può essere profondamente immersi.

Un percorso non lineare, rispetto al quale si attiva sin dall'inizio un monitoraggio, attraverso una sua continua resocontazione⁷. La docente resoconta, ovvero riorganizza attraverso categorie psicologico cliniche il processo in corso e ne riassume, ricorda e analizza i diversi passaggi, condividendolo e verificandolo con gli studenti. Le lezioni emozionate si avvalgono durante tutto il loro svolgersi di tale lavoro e insieme di una resocontazione scritta della quale si occupa sia la tirocinante che affianca la docente che gli stessi studenti. Questi ultimi portano tanto resoconti delle lezioni, quanto delle loro esperienze di tirocinio ritenute congruenti con l'approfondimento di tematiche che si stanno trattando. Attraverso la resocontazione gli studenti hanno la possibilità di riconoscersi in un percorso. Ci si scopre a risolvere con agiti l'ambiguità emozionale vissuta entro la relazione di lezione e nella considerazione dei casi clinici esposti. Ad esempio, nella pretesa di trasformare l'analisi della domanda in un'appartenenza che conferisca un'identità di rassicurante. Oppure, nell'assumere immediatamente una posizione di giudizio nei confronti del potenziale cliente che i casi propongono. Ma si scopre anche come possa essere interessante esplorare l'ambiguità invece che espellerla. Come pure l'entrare in relazione per conoscere e non per liquidare con un rapido incasellamento entro classificazioni. Ci si impegna nel formarsi a saper costruire funzioni psicologiche entro i contesti-problemi in cui lo psicologo è chiamato ad intervenire.

⁷ Sulla funzione del resoconto in psicologia clinica vedi Carli (2007a).

Successive analisi di casi effettuate dagli studenti evidenziano un minore ricorso ai fatti, al senso comune, all'intervento correttivo di comportamenti e una maggiore capacità di esplorare vissuti, propri e del potenziale cliente. Potenziale cliente che viene anche interpretato in alcuni role playing. Nei role playing si giocano situazioni di primo colloquio tra uno psicologo e il suo cliente. Mettiamo qui in evidenza alcuni aspetti emersi attraverso di essi, che mostrano come gli studenti procedano in una conoscenza del senso della loro implicazione emozionale nell'intervento. Per alcuni aspetti si continua ad avere paura. Si coglie come si diffidi dell'utilità di sospendere l'agito delle emozioni che organizzano la propria identità di studente per andare a conoscere le fantasie che si vivono nei confronti della professione. Una modalità collusiva con cui ci si difende è la fantasia di essere valutati e di essere scoperti in una incapacità che non apprende. Fantasia che "giustifica" il silenzio e l'assunzione di una postura da persone invisibili, che sono lì ma che comunicano con la posizione del corpo e l'espressione del volto che sarebbe sorprendente che qualcuno si rivolgesse loro o si attendesse una loro partecipazione. A fatica si coglie che tale fantasia toglie di mezzo l'interlocutore. Si coglie pure che il cliente non valuta; il cliente ha un problema, ha la difficoltà di affrontarlo e ha bisogno di un interlocutore. Quanto al vissuto di incapacità catastrofica, sempre a fatica si coglie che si tratta della negazione della possibilità di vivere un'incompetenza curiosa, che esplora e apprende, per arroccarsi nelle proprie fantasie, difese dall'incapacità come da un solido muro di cinta. Insieme a queste fantasie c'è il desiderio di provarsi a stare nella relazione, a utilizzare gli strumenti proposti dalla docenza per pensare le proprie fantasie. Ci si sente stimolati, motivati, divertiti; ciò crea la possibilità di tollerare il disordine e la confusione esplorandoli, o in altri termini di tollerare il pensiero.

Gli studenti "rimettono insieme i pezzi": le attese sulle lezioni, le proposte della docenza, le fantasie agite nella relazione con quest'ultima e con i colleghi, il tentativo di prenderne le distanze e il loro riproporsi. Si *rendono conto* che nell'arco del processo cui hanno partecipato, hanno conosciuto, facendone esperienza, una metodologia di intervento, le sue premesse, i costrutti attraverso cui si esplica, gli strumenti che utilizza. Si rendono conto che nei loro tentativi di sospendere l'agito emozionale per pensarlo hanno utilizzato quella stessa metodologia, quegli stessi costrutti, quelle stesse categorie psicologiche che nel corso delle lezioni abbiamo ripercorso nella loro definizione formalizzata.

La ricerca

La domanda stimolo

In quest'ultima sezione proporremo i dati relativi al processo di verifica, condotto attraverso la metodologia di Analisi Emozionale del Testo, del corso di lezioni sopra resocontato. Con l'obiettivo di monitorare e verificare gli sviluppi della relazione formativa, proponiamo agli studenti, all'inizio ed al termine del corso, di scrivere quanto viene alla mente rispetto alla domanda stimolo: "*Pensa al tuo futuro professionale: quale attività pensi di svolgere, in quanto esperto nell'intervento psicologico clinico? In quali ambiti pensi di poter lavorare, quali clienti immagini d'incontrare, e che tipo di domande pensi ti porranno i clienti stessi?*".

Evociamo in questo modo l'area delle simbolizzazioni emozionali inerenti la professione, cioè la rappresentazione di quel *là e allora* che giustifica ed organizza il *qui ed ora* della relazione formativa. Ipotizziamo, quindi, coerentemente con la metodologia proposta, che, rispondendo a tale domanda stimolo, gli studenti ci parlino anche del modo in cui stanno simbolizzando e utilizzando la relazione formativa. Esplorare queste dimensioni all'inizio ed alla fine di un corso universitario significa capire come cambia, nell'arco della relazione formativa, la rappresentazione della psicologia clinica e delle sue caratterizzazioni professionali e metodologiche, entro il gruppo degli studenti. In altri termini significa capire se la componente collusiva che motiva alla formazione è pensata o agita entro il lavoro formativo.

In totale abbiamo raccolto 67 scritti: 42 all'inizio del corso, durante la quarta lezione, e 25 alla fine, durante l'ultima lezione. Gli studenti frequentanti il corso sono stati in media 35.

Il primo scritto viene prodotto nel corso della alla quarta lezione⁸, il secondo scritto nel corso dell'ultima.

Dopo aver approfondito alcune questioni metodologiche riguardanti l'AET, presenteremo lo spazio culturale emerso dall'analisi.

L'Analisi Emozionale del Testo

L'Analisi Emozionale del Testo (AET) nasce entro la psicologia clinica a partire dall'esigenza di avere una metodologia di ricerca nell'ambito della relazione individuo-contesto. Essa permette di esplorare la cultura locale di un contesto, ovvero la dinamica collusiva che lo organizza⁹. Secondo l'ipotesi dell'AET, è possibile rintracciare tale dinamica collusiva entro testi prodotti da chi condivide il contesto che si vuole analizzare. Parlando da una parte si produce una costruzione di senso intenzionale, dall'altra si esprimono contesti di parole emozionalmente densi, riferibili alla dinamica collusiva. Per cogliere ed esplorare quest'ultimo aspetto, si destrutturano le sequenze e il senso intenzionale del discorso e si concentra l'analisi su una struttura soggiacente alle sequenze intenzionali, ovvero sugli incontri entro il testo di quelle che vengono definite *parole dense*. Le parole dense sono parole caratterizzate da un massimo di polisemia ed un minimo di ambiguità. Per polisemia si intende l'infinita associazione di significati attribuibili ad una parola, se questa viene svincolata dal suo contesto linguistico, che ne riduce la polisemia. Si tratta di una polisemia emozionale, che viene trasformata nel senso cognitivamente inteso della parola in questione, quando questa è iscritta entro il contesto linguistico. Le parole non dense sono parole in cui prevale l'ambiguità emozionale. Parole che per avere un senso entro il linguaggio parlato o scritto, hanno bisogno di essere iscritte entro il contesto linguistico. Per questo motivo dal vocabolario del testo prodotto dagli studenti selezioneremo le parole dense e limiteremo le successive fasi dell'analisi¹⁰ a questa selezione.

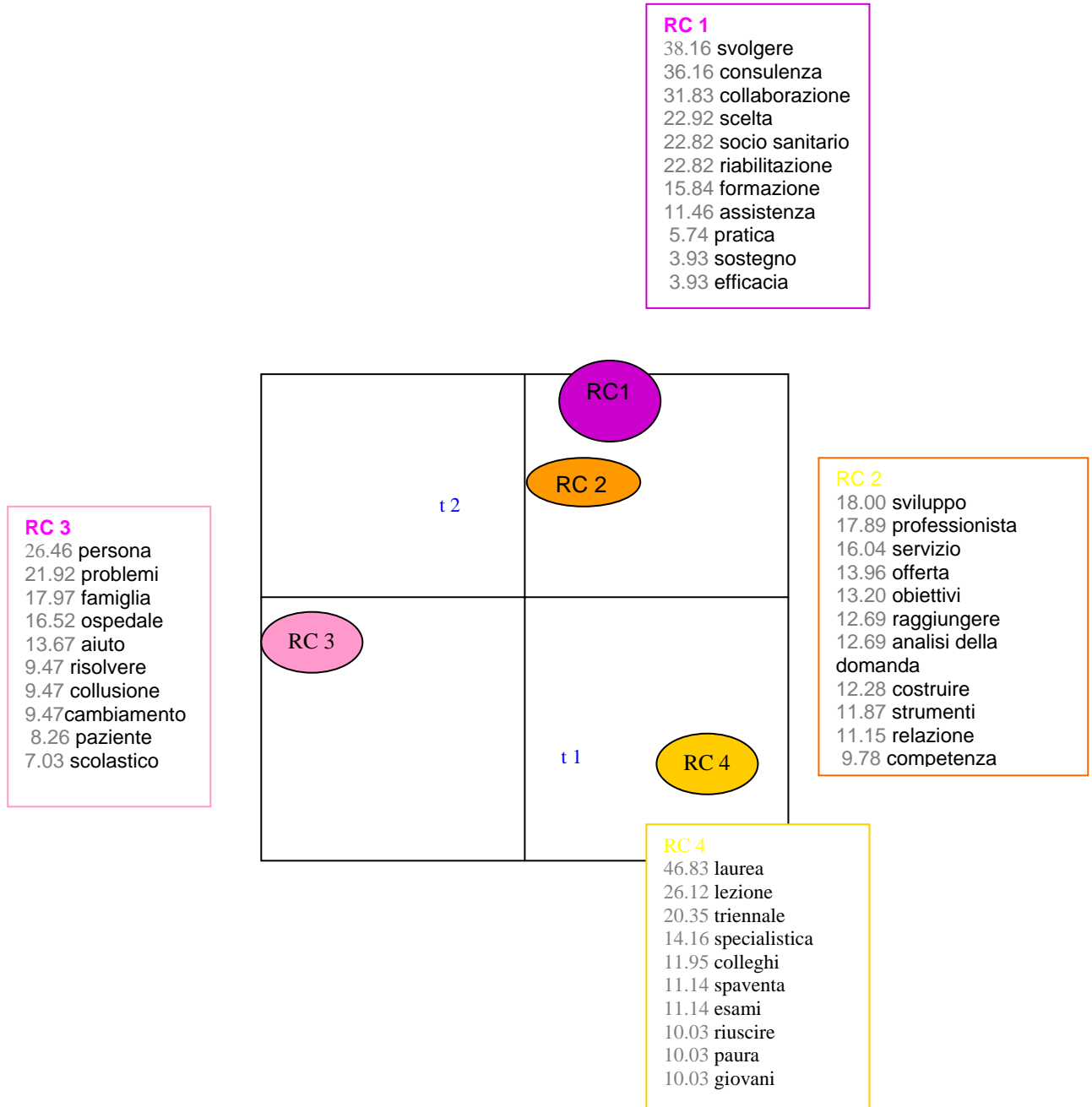
La prima fase dell'analisi produce cluster di parole dense, che chiamiamo Repertori Culturali (RC). Per ogni cluster indicheremo le parole dense in ordine decrescente di Chi2. In un'ulteriore fase, attraverso l'analisi fattoriale, è possibile identificare i fattori capaci di spiegare il rapporto tra RC. Rappresenteremo graficamente il piano fattoriale, e nei termini del modello adottato da AET lo chiameremo spazio culturale. I primi due fattori sono rappresentati dagli assi orizzontale e verticale. Il terzo potremo immaginarlo come perpendicolare al piano e non viene rappresentato graficamente. I RC rappresentano specifici orientamenti culturali; il loro contenuto e la loro posizione all'interno del piano fattoriale consentono una descrizione dell'insieme come cultura locale, ossia del complesso dei modelli collusivi con i quali gli studenti rappresentano la relazione con la propria formazione e con la professione.

⁸Le ragioni della prima consegna al quarto incontro sono state precedentemente discusse nella resocontazione del corso in questione. Qui riassumiamo che si trattava di verificare l'istituzione di un rapporto e di una proposta formativa; a tal fine erano stati spesi i primi quattro incontri.

⁹Sulle premesse sperimentali del costrutto di collusione vedi Carli (2006b).

¹⁰ Per effettuare i passaggi statistici, ci serviamo di specifici programmi informatici per l'analisi del testo. In questo caso il software utilizzato è Alceste (Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Énoncés Simples d'un Texte) di Max Reinert.

Ricordiamo che la rilevazione degli scritti è stata effettuata in due momenti: al quarto incontro e al termine del corso. Le variabili “primo scritto” (t1) e “secondo scritto” (t2) entrano nell’analisi come variabili illustrative.



Relazioni tra RC e fattori.

	I F	II F	III F
RC 1	.477	.817	- 1.027
RC 2	.331	.341	.494
RC 3	-.621	-.127	-.068
RC 4	.779	-1.053	-.197

Relazioni tra variabile illustrativa e RC.

	t 1	t 2
RC 1	-	-
RC 2	-	14.52
RC 3	-	-
RC 4	3.85	-

L'analisi ha prodotto 4 RC, così disposti entro uno spazio tridimensionale:

il RC 1 è in relazione sia con la polarità positiva del secondo fattore, rappresentato sull'asse verticale, e con la polarità negativa del terzo, che va immaginato come perpendicolare al piano delimitato dai primi due fattori;

il RC 2 è in relazione con la polarità positiva del terzo fattore;

il RC 3 è in relazione con la polarità negativa del secondo fattore;

il RC 4 è in relazione sia con la polarità positiva del primo fattore, rappresentato sull'asse orizzontale, che con quella negativa del secondo fattore.

Rispetto alla variabile illustrativa "tempo della rilevazione", notiamo una relazione interessante tra la prima rilevazione (t1) e il RC 4, e una debole relazione tra la seconda rilevazione (t2) e il RC 2. Possiamo ipotizzare che il RC 4 esprima una simbolizzazione affettiva del contesto in rapporto con la prima produzione testuale, avvenuta nel corso della quarta lezione. Allo stesso modo la relazione tra t2 e il RC 2 ci dice come vi sia una specifica modalità collusiva legata alla conclusione dell'iter formativo.

Dopo aver destrutturato le sequenze intenzionali ed aver individuato cluster di parole dense su un piano fattoriale, si procede tornando a ridurre la polisemia delle singole parole dense individuando la struttura soggiacente ed alternativa alle sequenze intenzionali. Tale processo di interpretazione considera le co-occorrenze delle parole entro i cluster, ed entro i cluster le sequenze in ordine decrescente di Chi2, quindi la posizione dei cluster sul piano, infine il rapporto tra dati ottenuti e obiettivi dell'intervento.

Repertorio Culturale 4. Laurea, lezione, triennale, specialistica, colleghi, spaventa, esami, riuscire, paura, giovani.

Iniziamo l'analisi del piano culturale partendo dal RC 4, che è in relazione con il primo tempo di rilevazione dei dati (t1). Le parole dense che organizzano questo RC, a partire da quella con maggior peso statistico, sono: laurea, lezione, triennale, specialistica, colleghi, spaventa, esami, riuscire, paura, giovani. La prima parola densa del RC, **laurea**, ci conduce alla conclusione dell'esperienza formativa e al suo esitare in un titolo legittimante. Ricordiamo che si tratta di studenti vicini alla conclusione del loro percorso. Inoltre, che i primi quattro incontri, che hanno preceduto la stesura del primo testo, con cui questo RC è in rapporto, hanno posto gli studenti di fronte al rapporto tra formazione professione. Relazione tra formazione e professione ribadita dalla domanda stimolo. Il RC 4 si organizza intorno alla conclusione del percorso di studi. Conclusione spesso negata e rimandata nel vissuto degli studenti. Questa conclusione viene ancorata ad un titolo che si spera dia un riconoscimento e che rimanda alla corona d'alloro, dal latino *laure(m)*, con cui si ornavano in segno di vittoria i poeti e i generali vincitori. Un titolo che definisce un'identità professionale e che legittima, attraverso una qualifica, all'ingresso nel mondo del lavoro. Nell'immaginarsi professionisti e prefigurando un futuro lavorativo, il primo ancoraggio è la laurea, che dà un statuto di legittimazione alla professione e indica una vittoria su altri, i non laureati. Sarà utile ricordare che questi studenti, iscritti alla facoltà di psicologia romana, sono in percentuale molto bassa figli di genitori laureati. Spesso la loro laurea è la prima della famiglia. In questo senso, già in sé una "vittoria", sia per loro che per l'insieme del contesto familiare. Non vengono per altro evocati, nel RC, una funzione professionale, un prodotto, un cliente. La seconda parola densa, **lezione**, evoca una modalità di relazione che, se ne consideriamo l'etimo, rimanda alla lettura e prevede un pubblico che ascolta qualcuno che legge. La lezione è fondata su una relazione a una via e sull'ascolto di un testo scritto, prodotto al di fuori della relazione tra chi fa lezione e chi ascolta. Questa sequenza propone un contesto radicalmente diverso da quello sperimentato nei primi quattro incontri, in cui gli studenti hanno avuto la possibilità di implicarsi in una relazione entro la quale sono stati invitati a discutere tra loro e con la docenza. Rimarca la necessità di figurarsi una relazione d'apprendimento in cui l'emozionalità rimanga scissa e non esplorata, in cui non è necessario costruire relazioni, ma solo attrezzarsi individualmente ad accumulare nozioni che passano da chi tiene la lezione a chi la ascolta. Con le parole successive, **triennale** e **specialistica**, si rappresenta la formazione nella sua sequenza nel tempo, senza evocarne alcuna

finalità; il tempo passa senza collegamenti con un apprendimento, meno che mai con il mondo del lavoro. Si segue un percorso definito dai passaggi previsti entro la laurea triennale e quella specialistica, si ascoltano le lezioni senza implicarsi in un rapporto né con i docenti né con i colleghi. La parola successiva, tuttavia, è appunto **colleghi**. Questa parola introduce una rilevante discontinuità nell'emozionalità del RC. Non è una parola generalmente usata dagli studenti, che si definiscono gli uni con gli altri "ragazzi". Si tratta di un termine introdotto dalla docenza nel corso delle prime quattro lezioni. Propone un contesto di rapporti molto diverso da quello di un gruppo di "ragazzi", giovani individui che stanno insieme alla spicciolata, e chiama in causa l'essere insieme per perseguire un prodotto. Fa il suo ingresso una dimensione nuova, che propone un modo diverso di pensarsi studenti e professionisti. Prima dell'ingresso nella sequenza di parole dense della parola "colleghi", lo studente procedeva, solo ed autocentrato, nella propria individuale scalata verso un titolo di laurea che assicurasse un'identità legittimante, e il contesto era scontatamente dato dal corso di laurea. Ora si riconosce la presenza di un contesto che va costruito da rapporti entro cui mettere in gioco le proprie competenze professionali. L' università non è più chiusa alla possibilità di incontrare occasioni lavorative, e si propone come base di partenza per una produttività professionale. La successiva co-occorrenza è costituita dalle parole **spaventa** ed **esami** (con lo stesso valore di Chi2). Non sorprende di trovare, subito dopo il vissuto della colleganza, quello di una messa alla prova e insieme una reazione di paura. Se non si è più studenti chiusi nel guscio universitario ma collegi entro un percorso produttivo e professionale, ci si spaventa. Seguono le parole **paura**, **giovani** e **riuscire** (con lo stesso valore di Chi2). Viene ribadita la paura. Ma se in un primo momento la messa alla prova viene ricondotta al noto, all'esame, ora la paura riemerge in rapporto al più impegnativo riuscire (dal latino *ri, ex e ire*, uscire di nuovo da), che comporta lo svincolarsi da un'appartenenza non produttiva per lanciare uno sguardo fuori, ai contesti di intervento. Un fuori nei confronti del quale ci si sente giovani, senza esperienza, ma anche ricchi di risorse di sviluppo. Questo RC ci dice che all'inizio delle lezioni gli studenti rompono la ripetitività di un'appartenenza fatta di tappe adempitive, e accorgendosi di una colleganza, di una possibilità di stare insieme per costruire prodotti, vivono intensamente la paura dell'uscire da una ripetitività rassicurante ma senza futuro, per confrontarsi con un pensiero critico sulla loro formazione e sul loro futuro professionale.

Repertorio Culturale 3. Persona, problemi, famiglia, ospedale, aiuto, risolvere, collusione, cambiamento, paziente scolastico.

Il primo incontro di parole dense, **persona** e **problema**, rimanda alla questione dell'identità. In relazione alla domanda stimolo che chiede di pensarsi in un futuro professionale, gli studenti sembrano avere un problema da affrontare: "chi sono io?". Come si sa, persona (dal latino *personar*, risuonare attraverso) nel mondo antico indicava la maschera indossata dagli attori. Maschera i cui tratti venivano marcati con esagerazione affinché il personaggio interpretato venisse riconosciuto anche a distanza. Sembra si parli della necessità di assumere un'identità che renda in primo luogo riconoscibili agli altri che guardano. Allo stesso tempo si richiama alla mente una dimensione valoriale: si pensi al "valore della persona", al ricordare che "prima di tutto si è persone", alla "difesa della persona". La persona va difesa dalle prevaricazioni della tecnica, dei ruoli, dei poteri comunque incarnati. La persona, sotto un profilo valoriale, viene "prima" del contesto. E' l'individuo scisso dal contesto assunto a valore. L' identità, che sembra la questione centrale di questo RC, pare riferirsi a un'identità più "personale", che viene prima del contesto, che professionale, funzionale a un contesto. Un'identità "personale" che sia al tempo stesso ben riconoscibile dagli altri e indipendente dal contesto. Si tratta di un'identità risolta più entro dimensioni valoriali che professionali. Dimensioni valoriali attraverso le quali si risolve anche l'incontro con il cliente. Lo psicologo si occupa delle persone e questo dà valore al suo operato. Quanto alla parola **problema**, la sua radice, dal greco *pro-ballein*, gettare, mettere, porre davanti, evoca l'idea che vada superato qualcosa che si frappone tra sé ed il proprio futuro. L'ostacolo sembra risolto nel dotarsi di una maschera, di un'identità legittimante che giustifichi il proprio operato. Le parole dense che seguono indicano i contesti con cui si identifica questo psicologo che si occupa delle persone: la **famiglia** e l'**ospedale**. Famiglia e ospedale rappresentano contesti "chiusi", apparentemente stabili nelle loro fondamentali caratteristiche, entro cui le relazioni si

organizzano dentro copioni noti, basati su dinamiche collusive ripetitive. Il primo è quel contesto entro cui la relazione può avere come obiettivo prevalente quello di mantenere “unita la famiglia”, di coltivare la fedele appartenenza al sistema stesso. E’ un contesto senza sviluppo, o meglio che si tende a proporre come fuori dal cambiamento e dalla storia. Entro la cultura italiana sono numerosi i richiami alla famiglia come realtà “naturale”, che va difesa dai cambiamenti in quanto questi ultimi non potrebbero che aggredirla e distruggerla. Nell’ospedale la dinamica collusiva si organizza intorno a una finalità, la cura del corpo malato, presidiata dal modello medico, che ha fatto dell’ospedale una delle organizzazioni che meno hanno vissuto cambiamenti nel corso del tempo sotto il profilo della dinamica organizzativa e relazionale. Due contesti caratterizzati dalla ripetitività, almeno apparente, delle dinamiche relazionali. Si tratta così di due contesti entro i quali le competenze organizzative, quelle che si occupano della manutenzione delle relazioni in cambiamento, sono meno valorizzate e richieste. Lo psicologo di questo RC si immagina con una identità garantita dal dedicarsi alla persona come valore entro contesti che non gli chiederanno di avere competenze organizzative. Si immagina in rapporto con contesti che proteggono dall’aver competenze organizzative attraverso la ripetitività della loro dinamica. Insieme alla indiscutibilità dei ruoli (il padre, la madre, i figli, il medico, il paziente) emergere il valore della persona. Persona da difendere quando i ruoli eccedono nell’agito del loro potere. **Aiuto**, la parola densa che troviamo in successione, rimanda ancora a dimensioni valoriali. L’aiuto non rimanda a una metodologia, ma nessuno metterà in discussione che sia bene porgere soccorso, difesa, protezione a un altro che ne abbia bisogno. L’aiuto legittima l’asimmetria della relazione tra qualcuno che può, che è forte, e qualcuno che non può, che è debole. Lo psicologo che tutela i valori della persona, può assumere legittimamente una posizione asimmetrica nei confronti della persona che ha bisogno di aiuto. Una posizione in cui l’aspetto valoriale rende irrilevante parlare del metodo. Seguono **risolvere, collusione e cambiamento**, con lo stesso valore di Chi2. Se la collusione e il cambiamento rimandano a problemi con cui lo psicologo si confronta, e per i quali avrebbe modelli di intervento, il verbo risolvere, l’unico del RC e che in quanto tale lo caratterizza, propone che tali questioni vengano affrontate appunto risolvendo. Risolvere è un verbo di grande rilevanza emozionale entro la cultura psicologica. La risoluzione rimanda ad un intervento che persegue l’eliminazione e non la comprensione del problema. Pensiamo a “risolvere una volta per tutte”. Quando si risolve un problema, ci si separa definitivamente da esso; il latino *ex* (separazione) e *solvere* rimanda alla radice sancrita *lû*, tagliare. Il cambiamento viene inteso come un evento puntuale e risolutivo di un problema altrettanto puntuale, cui segue un ritorno ad uno stato di normalità. Per capire la specificità del cambiamento così ipotizzato, basti pensare alla diversità del cambiamento inteso come un processo continuamente in atto con il quale l’intervento psicologico interagisce, promuovendo sviluppo. In questo caso l’intervento non sarà mai risolutivo, ma potrà promuovere potenzialità del cambiamento già in atto prima che si intervenisse. In questo RC abbiamo uno psicologo garantito nell’identità dai valori che ne sostengono l’azione professionale, che interviene in contesti prevalentemente ripetitivi e senza obiettivi di sviluppo, e che risolve problemi. È uno psicologo diverso da quanto viene proposto nel corso delle lezioni attraverso il modello dell’analisi della domanda. **Paziente** e **scolastico** chiudono il RC, confermando l’evocazione di modelli di rapporto organizzati intorno all’asimmetria delle relazioni. Il paziente è colui che *soffre* della propria passività; è il profano che ha bisogno del potere tecnico del professionista per sollevarsi dalla sua sofferenza. Allo stesso modo il contesto scolastico evoca asimmetrie di potere giustificate dall’età e dalle conoscenze che qualcuno possiede (il docente adulto) e qualcun altro non possiede (lo studente ragazzo, bambino). Che succede in questo RC? La questione dominante sembra essere quella relativa all’acquisizione di una identità professionale. Questione risolta immaginandosi in contesti caratterizzati da appartenenze talmente chiuse nella loro dinamica collusiva apparentemente protetta dal cambiamento, da chiedere più un’adesione e una tutela conformista dell’esistente che una promozione di sviluppo. Ciò che garantisce la legittimità del proprio operato è l’adesione a modelli di intervento che evocano valori proposti dal mandato sociale, come l’aiuto e la risoluzione di problemi, mentre mancano competenze psicologiche fondate su metodi.

Repertorio Culturale 1. Svolgere, consulenza, collaborazione, scelta, socio-sanitario, riabilitazione, formazione, assistenza, pratica, sostegno, efficacia.

In questo RC la rappresentazione del futuro viene arricchita da alcune azioni professionali, consulenza, riabilitazione, formazione, assistenza, sostegno, e da alcuni contesti, come quello dei servizi socio-sanitari. Ma andiamo con ordine, procedendo dall'analisi delle co-occorrenze delle prime parole. La prima è **svolgere**. Ciò che è avvolto ha una precisa posizione; ciò che è svolto segue il percorso contrario. Si svolgono un nodo, un nastro, una corda che ritornano nello stato precedente all'annodatura. Si svolge un compito, entro un percorso definito. Ciò che è svolto segue un percorso previsto. Svolgere vale anche adempiere, eseguire. Si svolge un ruolo adempiendo alla sua funzione. Si svolge un lavoro seguendo le sue consegne. La seconda parola è **consulenza**, dal latino *consulente(m)*, participio presente di *consulere*, interrogare, consigliarsi. Nella consulenza si cerca una persona autorevole alla quale indirizzarsi per avere consigli, si dipende da un'autorità vissuta come competente. Si prospetta un percorso già disegnato, noto, prefissato, all'interno del quale collocarsi con un vissuto di controllo, di prevedibilità, di ordine. La competenza equivale allo svolgere un'attività sostenuta da una autorità dotata di un potere competente. Ci si riferisce come psicologi a un sapere autorevole, ci si attende che altri dipendano dallo psicologo cui vengono riconosciute accertate esperienza e pratica. La parola successiva è **collaborazione**. Collaborare deriva dal latino *cum*, insieme, e *laborare*, lavorare, che a sua volta deriva da *labor*, fatica; il suo significato è lavorare con altri, partecipare, contribuire alla comune fatica. Si richiama un contesto di rapporti all'interno del quale si assume una posizione diversa dalla dipendenza da un'autorità sapiente. Rassicurati da quest'ultima, gli studenti sembrano rischiare la collaborazione, l'attribuzione di una funzione produttiva. La parola successiva, **scelta**, deriva da scegliere, dal latino *ex*, da, con senso di separazione, e *eligere*, scegliere, e significa separare la parte migliore di una cosa, eleggere ciò che pare meglio. Collaborare scegliendo; si accetta il limite della produttività per ciò che concerne la relazione, il lavorare insieme, e ci si accinge alla scelta, che indicando che si elegge una parte a discapito di altre, comporta una rinuncia. Il vissuto del RC si organizza intorno ad alcuni limiti. Sembra si stia elaborando un rapporto con la realtà. Il prossimo incontro di co-occorrenza è con la parola **socio-sanitario**. Un luogo tradizionale di occupazione per lo psicologo. Si sceglie e si collabora entro un contesto che non sconferma il vissuto di stare dentro un ordine prestabilito con cui si è inaugurato il RC. Le parole successive sono **riabilitazione**, **assistenza**, **sostegno**. Si vive un sentimento di mancanza e privazione che chiede supporto; sentimento che possiamo attribuire agli studenti che si riferiscono a un'autorità che li supporti, ma che alludono anche ad un cliente che dipende perché debole, mancante di capacità che gli permettano di stare in piedi da solo. Alla debolezza si risponde con le successive parole **pratica** (facilità nel fare qualcosa, acquisita col farla di frequente) e **efficacia** (che ha la potenza, la forza di raggiungere l'effetto desiderato). Si recupera potere attraverso il fare, con l'azione che diventa esperta tramite la ripetizione. La pratica è ciò che gli studenti chiedono nel contesto di una formazione universitaria percepita come "teorica". Liquidando con ciò la teoria, scindendola dalla pratica. Praticare, imparare a fare, nella speranza che questo basti ad acquisire competenze. Vengono alla mente le tecniche come saper fare che non richiede un pensiero, ma solo un esercizio costante attraverso cui acquisire familiarità con l'utilizzo di una procedura. Se la pratica ha efficacia, tanto basta a stabilirne la bontà. Diverse dimensioni attraversano il RC 1. Nel pensarsi in attività fuori dal contesto universitario, non si cercano dimensioni valoriali cui riferirsi per assicurarsi un'identità professionale legittimata come nel RC 3, si punta invece sulla possibilità di acquisire competenze. Si tratta di competenze rassicuranti, fondate su un sapere autorevole e a loro volta autorevoli, che si acquisiscono e si applicano entro percorsi ordinati e prevedibili. Il RC contempla anche l'attesa di entrare in possesso di una pratica scissa dalla teoria (e dalla riflessione sulla pratica stessa) che assicuri la possibilità di non doverla pensare e sviluppare, ma di potersene impossessare.

Repertorio Culturale 2. Sviluppo, professionista, servizio, offerta, obiettivi, raggiungere, analisi della domanda, costruire, strumenti, relazione, competenza, risorse.

Ricordiamo che questo RC è in rapporto con la fase finale delle lezioni. La prima parola è **sviluppo**. Sviluppare vuol dire togliere dal viluppo. Il viluppo, dal latino tardo *faluppa*, scarti di paglia minutissimi o ramoscelli, indica dei fili avvolti insieme in modo confuso, intricato; sviluppare

equivale al dipanare una matassa, un groviglio. Confrontiamola con la parola svolgere, con cui inizia il RC 1. In quel caso qualcosa che era avvolto in un certo modo viene svolto seguendo la traccia del precedente avvolgere; mentre lo sviluppare ordina un disordine. Di qui trattare con ordine un argomento complesso, ma anche ordinare con la crescita il corpo, la mente. Rendere attuale e ordinato un punto di partenza potenziale e confuso. E' assente l'esigenza di ordine e prevedibilità evocata dal RC1, in questo caso l'ordine entra in rapporto con la confusione e non procede lungo un itinerario già tracciato. La seconda parola è **professionista**. Professione viene dal latino *professus*, participio passato di *profiteri*, cioè confessarsi pubblicamente, composto da *pro*, davanti, e *fateri*, confessare, riconoscere. La professione è una pubblica manifestazione, un impegno. Un impegno ad affrontare la confusione e darle un ordine. Si fa strada l'ipotesi di un futuro professionale vissuto come dichiarazione, promessa, impegno. Nella professione c'è un riconoscimento pubblico, dunque una legittimazione, ma c'è soprattutto l'assunzione di una responsabilità: professando ti dichiari pubblicamente. La parola successiva è **servizio**, dal latino *servu(m)*, schiavo. Servo, vuol dire prestare un'opera al padrone in cambio di mercede, ma anche intervenire senza utile o interesse proprio. E' evidente la centralità dell'altro verso il quale si orienta il professare, la dichiarazione, l'impegno. Lo psicologo si impegna a intervenire su ciò che è confuso per dargli un ordine; tutto ciò al servizio di un altro. L'incontro successivo è con la parola **offerta**, dal latino *offerire* composto da *ob*, innanzi e *ferre*, portare, significa presentare, porgere, dedicarsi. Si rafforza la rappresentazione di una professione fortemente riferita ai problemi che un altro può portare. Le parole successive sono **obiettivi** e **raggiungere**. Obiettivo. Che appartiene all'oggetto e non al soggetto pensante. Ma anche scopo, oggetto a cui si mira. Raggiungere: unire di nuovo, andare verso qualcuno o qualcosa che sta avanti. Il RC esprime tensione e movimento verso altri, verso altro da sé. Seguono i termini **analisi della domanda**. Ricordiamo che così viene definito il modello di intervento psicologico proposto dalla docenza e sviluppato nel corso delle lezioni. Il vissuto di questo RC è espressivo di un'implicazione nella relazione formativa proposta nel corso delle lezioni, si interloquisce con l'analisi della domanda, con la docenza. I successivi **costruire, strumenti, relazione, competenza, risorse** sembrano sostenere l'ipotesi di un modo di rappresentare il lavoro centrato sull'acquisizione di un metodo capace di rispondere ai bisogni di un cliente. In questo RC si parla di strumenti, di metodologie, di modi per stare in rapporto con essi. Modi che si differenziano da quelli del precedente RC per due motivi. Se nel RC 1 ci si voleva impossessare di strumenti da utilizzare in una relazione garantita dall'asimmetria in favore dello psicologo, qui l'intervento psicologico è in continua costruzione entro una relazione con il cliente. Se gli studenti si implicano con la docenza, possono anche pensare di implicarsi con un cliente. Non c'è la fantasia di un percorso predefinito presente in RC 1. Le competenze e le risorse sostituiscono la pratica, e lo sviluppo sostituisce lo svolgimento; se in RC 1 c'è la fantasia di applicare la propria professionalità entro percorsi formativi e professionali previsti, qui ci si assume la funzione di costruirla e sperimentarla entro contesti di intervento. Le competenze sono il frutto di un continuo lavoro sulla propria implicazione entro le relazioni. Nei precedenti RC si voleva acquisire una professionalità che fosse riconosciuta prima di essere messa alla prova, o attraverso riferimenti valoriali come nel RC 3, o per essere fondata su presupposti autorevoli, come nel RC 1. Qui la centratura è sui contesti di intervento e sulla funzione cliente. Ricordiamo che è il RC in rapporto con la fase finale del corso. Durante le lezioni gli studenti hanno potuto sperimentare come riferirsi al cliente sia emozionalmente impegnativo e sotto certi aspetti spaventante, ma allo stesso tempo stimolante e motivante. Ricordiamo come entro le lezioni hanno sperimentato la conoscenza delle loro fantasie sull'intervento, e come tali fantasie vengano agite, quali che siano i modelli intenzionalmente adottati, se esse non vengono analizzate. Hanno quindi potuto esperire le possibilità di intervento che si aprono quando si assume una funzione esplorativa, di conoscenza. Sottolineiamo che non si tratta, in studenti al quarto anno del corso di laurea, di una capacità assente all'inizio delle lezioni. Ma non si tratta nemmeno di una capacità acquisita una volta per tutte, come non sarà acquisito una volta l'apprendimento perseguito attraverso le lezioni. Anche questo è stato un apprendimento proposto dalle lezioni; l'intervento, la possibilità che esso si attui, vanno continuamente ricostruiti entro relazioni che cambiano e sviluppano.

Considerazioni complessive sulla cultura in analisi

Procedendo nell'interpretazione dei dati, prendiamo ora in considerazione la relazione dei RC tra loro e, al tempo stesso, il rapporto tra cultura locale individuata e obiettivi delle lezioni. Alla quarta lezione gli studenti rispondono al tema proposto – il loro futuro professionale – con un sentimento di rottura della ripetitiva continuità con la quale sembrano stare entro l'università, fatta di un adempimento che segue l'altro in scontata successione, fino alla laurea. La rottura della ripetitività provoca paura, spavento. Ma ricorda loro anche che sono giovani, forse con poca esperienza ma pieni di risorse, di forza; che possono lavorare insieme, riconoscersi come colleghi. Si può cedere alla paura, ma anche riuscire, avere successo, arrivare a un compimento, condurre a buon fine ciò che si è iniziato. Questo è il RC 4. Al sentimento di rottura di una ripetitività, di paura, risponde, contrapponendosi ad esso sul piano fattoriale, il RC 1. Qui ci si rassicura identificandosi con un sapere autorevole, consolidato, che formi professionisti attendibili perché muniti di altrettanto consolidati prassi e saperi. Ci si dota di efficaci abilità in cui si diventa esperti tramite la pratica ripetuta fino al suo padroneggiamento. Questo pare il RC della stabilità affidata al ripetersi, all'esclusione del cambiamento critico, che muta anche conflittualmente, imprevedibilmente le cose. In questo senso è un RC che valorizza il conformismo come riferimento adeguato per l'intervento. Sembrerebbe che alla paura della rottura della ripetitività si risponda valorizzando la ripetitività, confermandone la validità. Ma il RC 1 si contrappone anche al RC 2, il RC del tempo conclusivo delle lezioni. Quello degli studenti che sono arrivati "fino in fondo". Notiamo che si parte in con un gruppo di 42 studenti nella stesura del primo testo e si arriva alla fine con 25 studenti a scrivere il testo conclusivo. Durante le lezioni ci sono abbandoni. C'è chi discute di quanto proposto, dissente, si confronta, elabora una sua posizione entro il rapporto con docenza e colleghi, e chi lascia il corso. Il dissenso, o la paura, vengono agiti. Si ricordi che uno degli obiettivi del corso era porre agli studenti la questione della scelta. E' stato proposto loro che non c'è un'unica psicologia clinica, che è necessario fare una scelta, e che la scelta li concerne fin da adesso, non in un vago futuro professionale, poiché sono già adesso portatori di opzioni, intenzioni, emozioni circa l'intervento. Posizioni delle quali sanno qualcosa, ma non abbastanza. E se non ne sanno abbastanza, sarà ciò che non sanno ma che vivono emozionalmente quanto che verrà agito nell'intervento, sostituendosi a ogni modello formale che stiano supponendo di adottare. Lo sperimentare di non saperne abbastanza è ciò che spaventa all'inizio del corso; si risponde valorizzandolo come opportunità e affrontando il rischio di un rapporto con l'estraneità (RC2), oppure riferendosi a un sapere autorevole e protettivo che espella la relazione con ciò che non si conosce, che non si sa (RC1). In entrambi i casi, tuttavia, si investe su competenze, anche se di tipo molto diverso. Differente è il caso del RC3. In RC 3 troviamo la cultura dello psicologo riferito non a competenze ma a valori; all'aiuto, all'aiuto della persona. Problematico, in questa cultura, è il bypass di competenze e di riflessione sulla professione che tale riferimento, ritenuto già esaustivo in sé, può comportare. In RC 3 è anche rilevante la fantasia di risolvere, di eliminare il problema. Il problema del cliente, ma anche il proprio problema di operare una scelta critica entro l'ambito delle ottiche psicologico cliniche. Più che ad esse, si fa riferimento alla fantasia che valori quali l'aiuto e la persona "faranno" lo psicologo. Ricordiamo che RC 3 e RC 1 non sono in rapporto all'inizio o alla fine del corso. Sono dimensioni trasversali, ugualmente presenti dall'inizio alla fine delle lezioni. Si tratta di culture, per altro, ben note entro il contesto della formazione alla psicologia clinica e nell'immagine della professione. La competenza viene da una parte risolta entro la promozione di dimensioni valoriali come l'aiuto e il sostegno, dall'altra entro una tecnicità che mette al riparo dal confronto con le proprie implicazioni emozionali. In entrambi i casi si coglie la ricerca di una legittimazione per l'intervento psicologico che preceda l'individuare una funzione e degli obiettivi entro l'incontro tra psicologo e cliente. Che definisca le posizioni di psicologo e cliente, in particolare la dipendenza di quest'ultimo dal primo, prima che l'intervento venga istituito.

Un'ultima nota. Confrontando i dati di questa ricerca con quelli delle verifiche condotte negli anni precedenti (Carli & Giovagnoli, 2007), notiamo l'assenza, in quest'ultima verifica, della parola psicoterapia, costantemente presente nelle verifiche degli anni passati. Questa parola organizzava sempre qualche RC, connotando di sé le attese degli studenti nei confronti della psicologia clinica. E' necessario aggiungere, per rendere comprensibile il dato, che nella realtà italiana, per motivi storici per la cui analisi rimandiamo ad altri lavori, la psicologia clinica tende a ridursi all'intervento psicoterapeutico (Carli & Paniccchia, 2007). In particolare, alle varie psicoterapie riconducibili alle diverse scuole o tecniche psicoterapeutiche. Perdendo il riferimento alla psicologia generale, e a

volte, tramite il bypass dell'identificazione con la professione medica, alla psicologia in quanto tale; rinunciando così al più ampio quadro di questioni e risorse che tali riferimenti comportano. Certamente l'assenza del termine psicoterapia è coerente con il progetto formativo del corso di laurea di cui fanno parte tali studenti. In tale corso di laurea l'attenzione alla psicoterapia è tutt'altro che assente – si ricordi, tra l'altro, che i casi proposti nel corso delle lezioni sono stati di psicoterapia - ma essa non viene proposta come l'unica prassi della professione psicologico clinica e viene continuamente ricollocata entro l'ambito della psicologia generale. Riteniamo questo dato coerente con l'intento, entro il corso di laurea e nelle lezioni, di sottolineare la valenza teorica e pratica della psicologia entro l'intervento psicologico clinico.

Bibliografia

Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali. *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, 282-296.

Carli, R. (1995). Il rapporto individuo/contesto. *Psicologia Clinica*, 2, 5-20.

Carli, R. (Ed.). (2001). *Culture giovanili*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R. (2006a). Psicologia clinica: professione e ricerca. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 48-60. Consultato il 2 aprile 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Carli.htm>

Carli, R. (2006b). La collusione e le sue basi sperimentali. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 179-189. Consultato il 2 aprile 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/copertina.htm

Carli, R. (2007a). Notazioni sul resoconto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206. Consultato il 2 aprile 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Carli.htm

Carli, R. (2007b). Pulcinella o dell'ambiguità. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 382-396. Consultato il 2 aprile 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numerocorrente/Carli.htm>

Carli, R., & Giovagnoli, F. (2007). La verifica della formazione. In R. Carli, M. Grasso & R.M. Paniccia (Eds.), *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni* (pp. 159 –194). Milano: FrancoAngeli.

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

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

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

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi Clinici*. Bologna: il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2007). Integrare teoria, pratica e implicazione personale nella formazione: una sfida possibile. In R. Carli, M. Grasso & R.M. Paniccia (Eds.), *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni* (pp. 31-107). Milano: FrancoAngeli.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.

Grasso, M. (2006). Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-18. Consultato il 2 aprile 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Grasso.htm>

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

Imbasciati, A. (2007). I formatori degli psicologi clinici e i professionisti dell'aiuto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 225-228. Consultato il 2 aprile 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numerocorrente/Imbasciati.htm>

Pagano, P. (2007). La formazione in psicologia clinica nella letteratura americana e canadese. In R. Carli, M. Grasso & R.M. Paniccia (Eds.), *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni* (pp. 350-381). Milano: FrancoAngeli.

Poti, S. (2007). La formazione in psicologia clinica in Italia e in Europa. In R. Carli, M. Grasso & R.M. Paniccia (Eds.), *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni* (pp. 320-350). Milano: FrancoAngeli.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato il 2 aprile 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm

Proprietà Psicometriche della Versione Italiana del Narcissistic Personality Inventory

di Andrea Fossati, Serena Borroni, Cesare Maffei.*

Premessa

Il costrutto del narcisismo, per quanto ancora controverso, ha notevoli implicazioni non solo per la psicologia clinica (Kernberg, 1992; Kohut, 1971), ma anche per la psicologia sociale e delle differenze individuali (Baumeister, 1999). L'assenza di strumenti di misurazione del narcisismo applicabili da studiosi di differente formazione teorica e operanti in differenti contesti è stato uno dei fattori che ha rallentato la ricerca su questo aspetto della personalità.

Il Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin e Hall, 1979; Raskin e Terry, 1988) è uno strumento autosomministrato, costruito per valutare il narcisismo in un'ottica dimensionale anche nelle popolazioni non cliniche. Anche se la scala non misura il Disturbo Narcisistico di Personalità, la concettualizzazione del narcisismo che ne è alla base si fonda sui criteri comportamentali per la personalità narcisistica inclusi nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Questo ne fa uno strumento potenzialmente interessante, dato che utilizza criteri applicabili anche in ambito clinico valutati secondo modalità dimensionali che lo rendono potenzialmente idoneo per una utilizzazione anche nell'ambito sociale e delle differenze individuali. Inoltre si basa su una definizione del narcisismo dichiaratamente ateoretica (American Psychiatric Association, 1980) – o forse sarebbe meglio dire trans-teoretica – che rappresenta un "lingua comune" sia della clinica, sia della ricerca. Questo fa dell'NPI uno strumento che può essere utilizzato da parte di ricercatori di diverso orientamento teorico, consentendo la comparazione dei risultati e lo scambio delle informazioni scientifiche.

Il costrutto soggiacente all'NPI considera il narcisismo come uno stile personologico caratterizzato da grandiosità, fantasie di successo, bellezza o potere illimitati, sensazione di avere diritto a tutto (*sense of entitlement*), elevata sensibilità alla critica e manipolazione nelle relazioni interpersonali (queste caratteristiche sono state mantenute quasi invariate anche nelle due successive edizioni del DSM).

Lo sviluppo delle teorie del narcisismo e la disponibilità di misure agili quale l'NPI hanno favorito la crescita della ricerca sul narcisismo, con un incremento degli articoli indicizzati in PsychInfo da 405 nel decennio 1969-1978, a 1791 nel decennio 1989-1998 (Soyer, Rovenpor, Kopelman, Mullins & Watson, 2001). Un recente studio ha evidenziato come esistano 146 studi indicizzati in PsychInfo nel periodo 1979-2003 che abbiano utilizzato NPI come misura di narcisismo (Del Rosario & White, 2005). In base a questi dati, si può affermare che NPI sia uno strumento ampiamente utilizzato e accettato come misura dimensionale del narcisismo in ambito non clinico. Ad oggi le evidenze della validità di NPI come misura *clinica* del narcisismo sono limitate ad un solo lavoro (Prifitera & Ryan, 1984).

Sviluppo e descrizione della scala

NPI è stato sviluppato a partire da un *pool* originario di 223 item. Ciascun item è costituito da una coppia di affermazioni antitetiche, relative ad atteggiamenti personali del soggetto; la persona cui viene somministrato il test riceve l'indicazione di scegliere l'affermazione con cui concorda maggiormente. A partire da questa prima versione a 223 item, attraverso una serie di analisi, si è giunti alla versione a 54 item di NPI (Raskin & Hall, 1979, 1981). Emmons (1984, 1987) effettuò un'analisi fattoriale della versione a 54 item, suggerendo che NPI può non essere una misura

*Facoltà di Psicologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano.

La corrispondenza relativa a questo articolo dovrebbe essere inviata a: Andrea Fossati, Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, San Raffaele Turro Via Stamina D'Ancona, 20- 20127 Milano

unidimensionale del narcisismo e suggerendo l'esistenza di quattro componenti che egli chiamò *Leadership/Autorità*, *Superiorità/Arroganza*, *Auto-assorbimento/Auto-ammirazione*, *Manipolazione/Sentirsi in Diritto*; ciascuna sotto-scala era composta da 9 a 12 item non inclusi in altre sotto-scale. Emmons (1984, 1987) riportò valori di consistenza interna (α di Cronbach) simili in entrambi gli studi; nel primo studio, Emmons (1984) calcolò dei valori di α di Cronbach pari a .86, .79, .69, .69 e .74 per il totale di NPI e per ciascuna delle quattro sotto-scale, rispettivamente; i rispettivi valori di α di Cronbach riportati nel secondo studio (Emmons, 1987) furono .87, .69, .70, .81 e .68. Ulteriori conferme dell'affidabilità e della validità della versione a 54 item di NPI vennero fornite da una serie di altri studi (Prifitera & Ryan, 1984; Raskin & Hall, 1979, 1981; Watson, Grisham, Trotter & Biderman, 1984; Watson, Hood & Morris, 1984).

Con lo studio di Raskin e Terry (1988), l'NPI ha raggiunto la sua forma attuale a 40 item. In base ai risultati di un'analisi delle componenti principali, Raskin e Hall (1981) ridussero NPI a 40 item, ma suggerirono di calcolare oltre al totale di NPI, anche i punteggi di sette sotto-scale corrispondenti alle sette componenti principali identificate nello studio e denominate *Autorità*, *Esibizionismo*, *Superiorità*, *Sentirsi in Diritto*, *Manipolazione*, *Auto-sufficienza* e *Vanità*. Ciascuna sotto-scala è composta da 3 a 8 item che non sono inclusi in altre sotto-scale. Tuttavia, a fronte di una notevole dimensione campionaria ($N = 1018$), i coefficienti di consistenza interna (λ_3 di Guttman, un analogo del coefficiente α di Cronbach) mostrarono valori accettabili solo per il totale di NPI (.83) e per la sotto-scala *Autorità* (.73). Risultati analoghi sono stati riportati di recente da Del Rosario e White (2005) in un campione di 175 studenti universitari statunitensi in maggioranza di sesso femminile. Sorprendentemente, ad oggi nessuno studio ulteriore di affidabilità e validità della versione a 40 item di NPI è stato pubblicato.

Nel complesso, NPI appare come uno strumento ampiamente utilizzato in letteratura che fornisce un punteggio totale altamente affidabile, sia come consistenza interna (Raskin & Terry, 1988), sia come consistenza temporale (Del Rosario & White, 2005), fornito di prove di validità di costrutto, almeno nella pregressa versione a 54 item. La struttura fattoriale della scala appare invece meno certa; se da un lato viene suggerita una struttura multifattoriale di NPI, dall'altro il numero di fattori non appare consistentemente replicato in studi indipendenti. Inoltre, l'utilità clinica della scala, soprattutto nella versione a 40 item, necessita di ulteriori prove.

A parte la lingua, la versione italiana di NPI non differisce in alcun modo dalla versione originale. La traduzione italiana della scala è stata curata da psicologi clinici (A.F. e S.B.) che hanno familiarità con la lingua inglese; al fine di minimizzare il rischio di distorsioni linguistiche, la traduzione italiana è stata controllata iterativamente da un traduttore professionista di madre lingua inglese attraverso il metodo delle *backversion*.

Il disegno generale dello studio delle proprietà psicometriche della versione italiana di NPI si è ispirato al principio di replicabilità, che rappresenta una pietra angolare della ricerca scientifica. Al fine di fornire stime delle proprietà psicometriche di NPI che risultino replicabili in campioni indipendenti e dalle caratteristiche differenti, e di potere generalizzare i risultati dello studio ad un'ampia gamma di condizioni, lo studio italiano ha coinvolto i seguenti campioni: 1. un campione di soggetti adolescenti non clinici; 2. due campioni indipendenti tra loro e rispetto al campione adolescenziale di soggetti adulti non clinici; 3. un campione indipendente da tutti quelli precedentemente indicati di soggetti adulti clinici.

Data la scarsità di studi relativi alle proprietà psicometriche della versione a 40 item di NPI, nello studio relativo alla versione italiana della scala si è provveduto a testare sia l'affidabilità di consistenza interna, sia l'affidabilità di test-retest, anche se è stato possibile prendere in esame quest'ultima solo in due sotto-campioni. Nel presente studio una particolare attenzione è stata posta alla verifica della dimensionalità – ossia, al numero di componenti principali – della matrice di correlazione dei 40 item che compongono NPI. Nonostante i suoi vantaggi, l'utilizzo dell'analisi fattoriale confermativa nello studio della struttura delle misure di personalità è stata fortemente criticata di recente (McCrae, Zonderman, Costa, Bond & Paunonen, 1996) e sono stati proposti dei metodi alternativi (McCrae, Zonderman, Costa, Bond & Paunonen, 1996). Queste considerazioni hanno suggerito l'utilizzo di un metodo alternativo (McCrae, Zonderman, Costa, Bond & Paunonen, 1996) per analizzare la replicabilità della struttura fattoriale degli item dell'NPI, anche alla luce dell'assenza di una struttura fattoriale replicata in maniera consistente in studi indipendenti.

Infine, come ulteriore prova della validità di costrutto della versione italiana di NPI ed evidenza della sua utilità clinica, è stata verificata la capacità della scala di distinguere soggetti adulti clinici

con diagnosi DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) di Disturbo Narcisistico di Personalità (con qualsiasi altra eventuale co-diagnosi di Disturbo di Personalità) effettuata in cieco ai punteggi NPI con un'intervista semistrutturata affidabile per la diagnosi dei Disturbi di Personalità inclusi nel DSM-IV, da:

- a) soggetti adulti clinici con altre diagnosi Disturbi di Personalità, senza diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità;
- b) adulti clinici senza diagnosi di Disturbo di Personalità, ma con altre diagnosi di asse I;
- c) due campioni indipendenti di soggetti adulti non clinici.

Metodo

Soggetti

Gruppo 1. Il Gruppo 1 è risultato composto da 662 studenti di scuola media superiore. 164 soggetti (24.8%) erano di sesso femminile e 498 (75.2%) di sesso maschile; l'età media è risultata di 16.13 anni, $DS = 1.56$ anni. Tutti i soggetti hanno aderito volontariamente allo studio dopo avere firmato un consenso scritto nel quale la ricerca veniva presentata in modo dettagliato. Per i soggetti minorenni è stato chiesto il consenso scritto a partecipare allo studio anche ai genitori o a chi esercitava la tutela legale del minore. Inoltre, è stata richiesta l'approvazione dello studio da parte degli istituti scolastici coinvolti, dato che la somministrazione dei questionari ha avuto luogo a scuola in sessioni di gruppo supervisionate da psicologi non coinvolti nel disegno della ricerca o nell'analisi dei dati.

Gruppo 2. E' risultato composto da 385 soggetti adulti non clinici che hanno aderito volontariamente allo studio dopo avere firmato un consenso informato scritto nel quale veniva descritta dettagliatamente la ricerca. Allo studio sono stati ammessi tutti i soggetti con scolarità pari o superiore alla licenza elementare e che avessero dichiarato di non avere ricevuto – o di stare ricevendo - cure psicologiche o psichiatriche. 222 soggetti (57.7%) erano di sesso femminile e 163 (42.3%) di sesso maschile; l'età media è risultata di 32.59 anni, $DS = 9.26$ anni. 307 soggetti (79.7%) erano lavoratori attivi nella comunità, mentre 78 (20.3%) erano studenti universitari. Trai lavoratori le professioni più frequenti sono risultate impiegato ($n = 119$, 38,8%), casalinga ($n = 20$, 6,5%), insegnante ($n = 17$, 5,6%), e operaio ($n = 15$, 4,9%). Lavoratori e studenti non hanno presentato differenze significative nel rapporto maschi/femmine, $\chi^2 = 0.14$ (1, $N = 385$), $p > .70$, $\phi = -.03$. Ovviamente, gli studenti universitari ($M = 23.27$ anni, $SD = 2.51$) sono risultati significativamente più giovani dei lavoratori attivi ($M = 34.96$ anni, $SD = 8.85$), t per varianze separate (379) = 20.19, $p < .001$.

Gruppo 3. Ha incluso 318 soggetti adulti non clinici che hanno aderito volontariamente allo studio dopo avere firmato un consenso informato scritto nel quale veniva descritta dettagliatamente la ricerca. Allo studio sono stati ammessi tutti i soggetti con scolarità pari o superiore alla licenza elementare e che avessero dichiarato di non avere ricevuto – o di stare ricevendo - cure psicologiche o psichiatriche. 105 soggetti (33.0%) erano di sesso maschile e 213 (67.0%) di sesso femminile; l'età media è risultata di 31.37 anni, $DS = 14.14$ anni. 141 soggetti del Gruppo 3 hanno aderito volontariamente allo studio di retest, accettando di ricompilare NPI a distanza di 90 giorni; di questi 101 (71.6%) erano di sesso femminile e 40 (28.4%) di sesso maschile. L'età media dei soggetti inclusi nel campione di retest è risultata paria a 30.62 anni, $DS = 15.53$. Il sotto-gruppo di retest non ha presentato alcuna differenza significativa rispetto al Gruppo 3 relativamente al rapporto maschi/femmine, $\chi^2 = 2.11$ (1, $N = 318$), $p > .10$, $\phi = -.09$, e all'età, t (316) = 0.85, $p > .30$, $d = 0.10$.

Gruppo 4. Il Gruppo 4 è risultato composto da 366 pazienti psichiatrici ambulatoriali consecutivamente ammessi al Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia di San Raffaele Turro, Milano. Tutti i soggetti hanno fornito il loro consenso informato a partecipare allo studio dopo avere ricevuto una descrizione dettagliata della ricerca. Al fine di essere inclusi nel campione i soggetti non dovevano presentare alcuno dei seguenti criteri di esclusione: a) QI <75; b) diagnosi di

Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante, Demenza o Disturbo Mentale Organico in base ai criteri diagnostici elencati nel DSM-IV; c) livello scolastico inferiore alla licenza elementare. 128 soggetti (35%) erano di sesso maschile e 238 (65%) femminile; l'età media è risultata di 35.06 anni, $DS = 10.11$ anni. 167 soggetti (45.6%) hanno ricevuto almeno una diagnosi di Asse I; a causa di diagnosi multiple di asse I, il tasso cumulativo di diagnosi di Asse I ha ecceduto il tasso dei soggetti con almeno una diagnosi di Asse I. I Disturbi d'Ansia ($n = 73$, 19.9%), da Abuso/Dipendenza da Sostanze ($n=35$ 9.6%), Alimentari ($n = 33$, 9%), e dell'Umore ($n = 21$, 5.7%) sono risultati i Disturbi di Asse I più frequentemente diagnosticati nel Gruppo 4. Infine, 13 soggetti (3.6%) hanno ricevuto altre diagnosi di Asse I (Disturbi del Sonno, Disturbi Somatoformi, ecc.). Oltre a NPI, a tutti i soggetti clinici è stata somministrata la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, Version 2.0 (SCID-II 2.0, First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1994). SCID-II 2.0 è un'intervista semistrutturata di 140 item organizzati per diagnosi che fornisce sia una valutazione categoriale, sia una valutazione dimensionale (ossia, il numero di criteri rilevati) dei Disturbi di Personalità elencati nel DSM-IV. La traduzione italiana di SCID-II 2.0 è stata curata da uno degli autori (A.F.) e l'accuratezza della versione italiana è stata verificata da un traduttore professionista di madre lingua inglese attraverso il metodo della *backtranslation*. Nel presente studio, SCID-II 2.0 è stata somministrata alla remissione dei sintomi acuti di Asse I. Le interviste SCID-II 2.0 sono state effettuate in cieco rispetto ai punteggi NPI, così come i questionari NPI sono stati corretti in cieco rispetto alle diagnosi SCID-II 2.0. L'affidabilità *inter-rater* delle diagnosi DSM-IV e delle valutazioni dimensionali dei Disturbi di Personalità generate attraverso la somministrazione della versione italiana di SCID-II 2.0 è stata dimostrata (Maffei, Fossati, Agostoni, Barraco, Bagnato, Donati, e coll., 1997). Nel presente studio, l'*inter-rater reliability* delle valutazioni dimensionali SCID-II 2.0 di Disturbo di Personalità PD è stata valutata nei primi 50 pazienti consecutivamente ammessi attraverso un disegno di *pairwise interview*. I coefficienti di correlazione intraclasse sono risultati compresi tra .59 (Disturbo Schizotipico di Personalità) e .97 (Disturbo Dipendente di Personalità).

In base a SCID-II 2.0, 242 soggetti (66.1%) hanno ricevuto almeno una diagnosi DSM-IV di Disturbo di Personalità; il numero medio di diagnosi di Disturbo di Personalità è risultato 1.32 ($DS = 0.62$). Tra i soggetti che hanno ricevuto almeno una diagnosi di Disturbo di Personalità, il 25.2% hanno ricevuto due o più diagnosi di Disturbo di Personalità. Il Disturbo Narcisistico di Personalità (NPD, $n = 50$, 13.7%), il Disturbo Misto di Personalità ($n=42$, 11%), il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità ($n = 35$, 9.6%), il Disturbo Borderline di Personalità ($n = 35$, 9.6%); il Disturbo di Evitamento di Personalità ($n = 31$ 8.5%) e il Disturbo Istrionico di Personalità ($n = 31$, 8.5%). In linea con quanto sottolineato dalla letteratura scientifica, in questo campione si sono osservate diverse correlazioni significative tra le valutazioni dimensionali dei Disturbi di Personalità. Tra le più significative, vanno ricordate quelle tra il Disturbo di Evitamento di Personalità e i Disturbi di Personalità Dipendente ($r = .25$, $p < .001$) e Ossessivo-Compulsivo ($r = .20$, $p < .001$), quelle del Disturbo Schizotipico di Personalità coi Disturbi di Personalità Schizoide ($r = .40$, $p < .001$) e Paranoide ($r = .46$ ($p < .001$), e infine quelle tra il Disturbo Narcisistico di Personalità e i Disturbi di Personalità Istrionico ($r = .28$, $p < .001$) e Passivo-Aggressivo ($r = .51$, $p < .001$).

In base agli esiti dell'intervista SCID-II 2.0 è stato possibile ripartire il campione clinico in tre sottogruppi: 1. soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità, con qualsiasi altra codiagnosi di Disturbo di Personalità ($n = 50$); 2. Soggetti con altre diagnosi DSM-IV di Disturbo di Personalità, ma senza diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità ($n = 192$); 3. Soggetti senza alcuna diagnosi DSM-IV di Disturbo di Personalità, ma con altre diagnosi DSM-IV di asse I ($n = 124$). Nel presente studio, il Disturbo Passivo-Aggressivo (Negativistico) di Personalità è risultato la principale co-diagnosi presentata dai soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità, χ^2 con correzione di Yates (1) = 19.58, $p < .001$, $\phi = .23$, tasso di co-occorrenza = 0.24.

Il sotto-gruppo di retest è risultato composto da 30 pazienti ambulatoriali che hanno aderito volontariamente alla parte longitudinale dello studio, accettando di ricompilare NPI a 3 mesi di distanza dalla prima somministrazione. 22 soggetti (73.3%) erano di sesso femminile 8 (26.7%) di sesso maschile; l'età media è risultata di 33.13 anni, $DS = 8.38$ anni. Tutti i soggetti avevano una diagnosi di Disturbo d'Ansia. 17 soggetti (56.7%) hanno ricevuto almeno una diagnosi di Disturbo

di Personalità in base agli esiti dell'intervista SCID-II 2.0; i Disturbi di Personalità di Evitamento ($n = 6$, 20.0%), Dipendente ($n = 5$, 16.7%), Ossessivo-Compulsivo ($n = 2$, 6.7%) e Narcisistico ($n = 2$, 6.7%) sono risultati i Disturbi di Personalità DSM-IV più frequentemente diagnosticati nel sotto-campione di retest. Il sotto-campione di retest non ha presentato differenze significative rispetto al gruppo clinico relativamente a sesso, $\chi^2 = 1.26$ (1, $N = 396$), $p > .20$, $\phi = .06$, età, $t(397) = -1.01$, $p > .30$, $d = 0.19$, e presenza di una qualsiasi diagnosi di Asse II, $\chi^2 = 0.72$ (1, $N = 396$), $p > .30$, $\phi = .04$.

Analisi dei dati

Il coefficiente α di Cronbach è stato utilizzato come misura di consistenza interna di NPI; l'affidabilità di retest è stata valutata calcolando il coefficiente di correlazione di Pearson tra le misure ottenute nei due tempi. Nel caso di differenze sistematiche tra soggetti di sesso maschile e soggetti di sesso femminile relativamente ai punteggi NPI, le analisi di consistenza interna sono state replicate nei sotto-gruppi definiti dal sesso.

Data l'importanza di utilizzare la convergenza di più indici nell'analisi della dimensionalità delle matrici di correlazione (McCrae, Zonderman, Costa, Bond & Paunonen, 1996), una prima analisi delle dimensioni latenti soggiacenti alle correlazioni tetracoriche tra gli item di NPI è stata effettuata in ciascun gruppo utilizzando i seguenti criteri: a) autovalore maggiore di 1; b) *scree test*; c) statistica *minimum average partial* basata sul calcolo della correlazione media residua parziale ottenuta dopo l'estrazione della n -sima componente principale (MAP; Zwick & Velicer, 1984); l'estrazione delle componenti termina quando MAP raggiunge il suo valore minimo; d) analisi parallela, basata sul confronto della curva dei dati reali con la curva media di 50 campioni indipendenti di dati causali ottenuti per permutazioni *random* dei dati reali. Oltre all'eventuale convergenza dei criteri sopra indicati, la decisione sul numero di componenti realmente necessari per spiegare le correlazioni tra gli item di NPI si è basata sul principio della replicabilità (Everett, 1983), che rappresenta una pietra angolare della scoperta scientifica, essendo la scienza interessata solo a fenomeni replicabili. In base a questo principio, per ciascun numero di componenti estratte – nel caso di soluzione a 2 o più fattori, sia dopo rotazione varimax, sia dopo rotazione promax - sono stati calcolati i punteggi fattoriali utilizzando i pesi basati sul campione in esame e su un campione differente; i due insiemi di punteggi fattoriali sono quindi stati correlati. In base al criterio della replicabilità, devono essere estratti solo i *matching factors*, ossia quei fattori con coefficienti di correlazione tra punteggi fattoriali $> .90$ (Everett, 1983; McCrae, Zonderman, Costa, Bond & Paunonen, 1996). L'estrazione dei fattori termina quando compaiono coefficienti di correlazione tra punteggi fattoriali inferiori a $.90$. Nel presente studio, per ciascun numero di componenti, la soluzione è stata inizialmente ottenuta nel campione più ampio, ossia nel gruppo dei soggetti adolescenti non clinici. Quindi, la replicabilità della soluzione è stata testata nel Gruppo 2 (soggetti adulti non clinici, $N = 385$). A loro volta, le replicabilità di queste due prime strutture fattoriali sono state testate nel Gruppo 3 (soggetti adulti non clinici, $N = 318$). Infine, è stata valutata la replicabilità delle strutture fattoriali ottenute in tutti i gruppi di soggetti non clinici nel campione di soggetti adulti clinici (Gruppo 4, $N = 366$).

Un'analisi della covarianza a due vie seguita da contrasti pianificati è stata effettuata per valutare la capacità di NPI di differenziare significativamente i soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità da ciascun gruppo di controllo, controllando per l'effetto dell'età e del sesso. Le varianze sono state decomposte gerarchicamente valutando gli effetti prima della covariata (età dei soggetti), quindi del sesso dei partecipanti, infine della ripartizione diagnostica; da ultimo è stato testato l'effetto dell'interazione. Il livello di significatività nominale dei singoli contrasti è stato corretto attraverso la procedura di Bonferroni. La differenza di medie standardizzata (d) è stata utilizzata come misura di *effect size*. Inoltre, l'efficienza diagnostica dell'NPI è stata testata effettuando le analisi *Receiver Operating Characteristic* (ROC) per i confronti tra i soggetti con diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità e ciascuno dei quattro gruppi di controllo.

Risultati

Affidabilità

Le statistiche descrittive e i coefficienti di consistenza interna del totale di NPI nei diversi campioni – cumulativi e divisi per sesso – presi in esame nel presente studio sono elencati in Tabella 1. I valori di α di Cronbach risultano sostanzialmente in linea coi valori riportati dalla letteratura internazionale (vedi, Raskin & Terry, 1988; Del Rosario & White, 2005) e suggeriscono una soddisfacente affidabilità del totale di NPI in soggetti non clinici adulti, in soggetti non clinici adolescenti e anche in soggetti clinici adulti. In tutti i gruppi, gli indici di consistenza interna hanno mostrato valori accettabili sia nei soggetti di sesso femminile, sia in quelli di sesso maschile.

In linea con precedenti osservazioni (Del Rosario & White, 2005), in tutti i campioni non clinici si sono punteggi totali medi di NPI significativamente maggiori nei soggetti di sesso maschile rispetto ai soggetti di sesso femminile; solo nel campione clinico questa differenza non è stata osservata. Il motivo di questa mancata replica nei soggetti adulti clinici della differenza maschi/femmine nel punteggio NPI totale risiede nel fatto che l'effetto del sesso in questo campione risulta confuso negli effetti contrastanti sul totale di NPI di Disturbi di Personalità che hanno una distribuzione significativamente differente tra soggetti di sesso maschile e soggetti di sesso femminile. Per esempio, nel campione clinico i soggetti di sesso femminile hanno presentato un numero medio di tratti dei Disturbi di Personalità Dipendente, $r_{\text{punto-biserial}} = .23, p < .001$, e Istrionico, $r_{\text{punto-biserial}} = .15, p < .005$, significativamente maggiori rispetto ai soggetti di sesso maschile; a loro volta il Disturbo Dipendente di Personalità ha presentato un'associazione col totale di NPI significativa, ma opposta, $r = -.17, p < .005$, rispetto a quella mostrata dal Disturbo Istrionico di Personalità, $r = .35, p < .005$.

Con la sola eccezione del Gruppo 2, $r = -.35, p < .001$, le correlazioni tra totale NPI ed età dei soggetti sono risultate non significative – Gruppo 1: $r = -.04, p > .30$; Gruppo 3: $r = -.10, p > .06$ – oppure, se significative, assolutamente trascurabili, Gruppo 4: $r = -.14, p < .05$. Sia nei soggetti adulti, clinici e non clinici, sia nei soggetti adolescenti non si osservano relazioni sostanziali replicabili tra età dei soggetti e punteggi totali dell'NPI; il dato osservato nel Gruppo 2 sembra, quindi, dipendere da un'idiosincrasia campionaria non replicabile. Il momento critico per la distribuzione dei punteggi NPI sembra essere rappresentato dal passaggio dall'adolescenza alla giovane età adulta, nel quale sembra determinarsi una brusca diminuzione dei punteggi NPI, come indicato dal fatto che sia entrambi i gruppi di soggetti adulti non clinici - Gruppo 2: $t(1045) = -11.57, p < .001, d = -0.74$; Gruppo 3: $t(978) = -4.90, p < .001, d = -0.35$ - sia i soggetti adulti clinici - $t(1026) = -9.30, p < .001, d = -0.74$ - hanno presentato punteggi totali medi di NPI significativamente inferiori a quelli dei soggetti adolescenti non clinici.

Nel sotto-gruppo non clinico che ha aderito alla parte longitudinale dello studio ($n = 141$), l'affidabilità a tre mesi dei punteggi NPI è risultata soddisfacente, $r = .87, p < .001$. Valori soddisfacenti, anche se lievemente inferiori, sono stati osservati nel piccolo sotto-gruppo clinico che ha aderito allo studio di retest a tre mesi, $r = .72, p < .001$.

Analisi delle dimensioni e struttura fattoriale

Il numero di componenti principali della matrice delle correlazioni tetracoriche dei 40 item dell'NPI è risultato pari a 12 nel Gruppo 1 e nel Gruppo 3, pari a 13 nel Gruppo 4 e pari a 15 nel Gruppo 2.

Gli *scree plot* ottenuti e le curve medie degli autovalori casuali ($n = 50$) calcolati in ogni singolo gruppo sono presentate nelle Figure 1-4. Complessivamente gli *scree plot* risultano di difficile lettura data l'assenza di una chiara flessione della curva in tutti i gruppi presi in esame, con la sola eccezione del campione dei soggetti non clinici adolescenti. L'analisi parallela sembra suggerire una soluzione a 3 fattori nei campioni non clinici, mentre nel Gruppo 4, che è composto da pazienti psichiatrici ambulatoriali adulti, sembra indicare una soluzione a 5 fattori. È interessante osservare come questi risultati, oltre ad indicare una non replicabilità del numero di fattori tra soggetti clinici e soggetti non clinici, suggeriscono un numero di dimensioni latenti che non replica né la struttura a 4 fattori suggerita da Raskin e Terry (1988), né la struttura a 7 fattori identificata da Raskin e Hall (1981). Inoltre, in tutti i campioni si evidenzia una marcata differenza nella quota di varianza spiegata tra il primo autovalore e gli autovalori successivi.

I valori delle statistiche MAP per le prime otto componenti principali sono elencati in Tabella 2. Solo nel caso del Gruppo 3 si è osservata una convergenza col numero di fattori suggerito dall'analisi parallela; nei rimanenti gruppi di soggetti presi in esame dal presente studio i risultati delle statistiche MAP hanno suggerito di estrarre per le successive analisi solo le prime 2 componenti principali. In ogni caso, si tratta di valori che non indicano una replicabilità delle strutture multifattoriali precedentemente riportate in letteratura per l'NPI (Raskin & Terry, 1988; Raskin & Hall, 1981).

I coefficienti di comparabilità – ossia, i coefficienti di correlazione tra i punteggi fattoriali – delle strutture fattoriali tra i diversi gruppi di soggetti che hanno partecipato al presente studio sono elencati in Tabella 3. I risultati ottenuti sia per la rotazione ortogonale variamax, sia per quella obliqua promax sono risultati sostanzialmente sovrapponibili. Come si può osservare, tutte le soluzioni unidimensionali sono risultate stabilmente replicabili in campioni caratterizzati da differenze in diversi aspetti, quali età, sesso, condizione clinica. L'estrazione di una seconda componente ha implicato un'assenza di *matching factors* in base al criterio di Everett (1983). Pertanto, si è deciso di aderire ad una soluzione unifattoriale per gli item della versione italiana di NPI.

I valori della statistica di Kaiser-Meyer-Olkin sono risultati pari a .86, .80, .84 e .80, nel Gruppo 1, Gruppo 2, Gruppo 3 e Gruppo 4, rispettivamente; in base a questi valori, la matrice di correlazione tetracorica degli item dell'NPI è risultata appropriata per un'analisi fattoriale in tutti i gruppi di soggetti presi in considerazione nel presente studio. Le percentuali di varianza spiegata dalla prima componente principale sono risultate pari a 17.3%, 16.0%, 20.6% e 16.3% nei Gruppi 1, 2, 3 e 4, rispettivamente. Le saturazioni fattoriali e le comunalità degli item dell'NPI sono elencate in Tabella 4. Convenzionalmente, si sono considerate indicative di un'insufficiente correlazione dell'item con la componente principale, operazionalizzando il costrutto generale del narcisismo misurato da NPI, le saturazioni inferiori a .30. Il numero di item con correlazione $<.30$ con la componente principale sono è risultato pari a 9 (22.5%) nel Gruppo 1, 16 (40%) nel Gruppo 2, 5 (12.5%) nel Gruppo 3 e 11 (27.5%) nel Gruppo 4; questo dato sembra indicare una considerevole fluttuazione campionaria nelle stime di validità dei singoli item. A partire da questa evidenza, sono stati considerati "sospetti" gli item che hanno mostrato saturazioni fattoriali $<.30$ in due campioni, e "mal funzionanti" gli item che hanno mostrato saturazioni fattoriali $<.30$ in tre o più campioni. In base a questo criterio, sono risultati "sospetti" gli item 11 ("Sono determinato"), 18 ("Voglio valere qualcosa agli occhi del mondo"), 21 ("So sempre quello che faccio"), 23 ("Tutti amano ascoltare i miei racconti"), 25 ("Non sarò mai contento finché non avrò ottenuto tutto quello che mi merito") e 31 ("Posso vivere la mia vita in qualsiasi modo io desideri"); "mal funzionanti" sono risultati gli item 14 ("Insisto per ottenere il rispetto che mi è dovuto"), 16 ("Per me le persone sono dei libri aperti"), 17 ("Mi piace assumermi la responsabilità di prendere delle decisioni"), 22 ("Raramente dipendo da qualcuno per terminare le cose"), 24 ("Pretendo moltissimo dagli altri") e 34 ("Sarò una persona illustre").

Efficacia diagnostica del punteggio totale dell'NPI

In base agli esiti delle analisi fattoriali, si è deciso di utilizzare solo il totale dell'NPI come misura generale del narcisismo. Le correlazioni tra valutazioni dimensionali (ossia, numero di tratti) dei Disturbi di Personalità elencati nel DSM-IV ottenute attraverso somministrazione dell'intervista semistrutturata SCID-II 2.0 e il punteggio totale dell'NPI sono presentate in Tabella 5. In linea con le nostre ipotesi, il totale di NPI ha presentato una correlazione relativamente ampia, positiva e significativa col Disturbo Narcisistico di Personalità; questa è risultata anche la correlazione maggiore tra le valutazioni dimensionali SCID-II 2.0 e NPI. Considerando le correlazioni positive di NPI, solo quelle col Disturbo Istrionico di Personalità e col Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità sono risultate significative. È interessante notare come sia il Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità, $r = .51$, $p < .001$, sia il Disturbo Istrionico di Personalità, $r = .28$, $p < .001$, siano risultati significativamente correlati col Disturbo Narcisistico di Personalità; inoltre, i due Disturbi di Personalità sono risultati significativamente inter-correlati, $r = .23$, $p < .001$. Questa interdipendenza delle diagnosi dimensionali può spiegare le correlazioni osservate tra NPI e Disturbi di Personalità diversi dal Disturbo Narcisistico di Personalità, ma comunque a questo correlati. Come

atteso in base all'ipotesi che NPI sia provvista non solo di validità convergente con la diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità, ma anche di validità discriminante, il totale di NPI ha presentato correlazioni significative *negative* con i Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente e Depressivo, ossia con Disturbi di Personalità caratterizzati da insicurezza e/o da una visione svilita di sé (American Psychiatric Association, 1994).

Le medie corrette in base al modello ANCOVA osservate nei soggetti clinici con Disturbo Narcisistico di Personalità, nei soggetti clinici con altre diagnosi di Disturbo di Personalità, me senza diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità, nei soggetti clinici senza diagnosi di Disturbo di Personalità, ma con diagnosi di asse I, e nei due campioni di soggetti non clinici sono elencate in tabella 6. Anche se si è osservato un effetto significativo dell'età, $F(1, 1035) = 32.23$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$, e del sesso, $F(1, 1035) = 7.47$, $p < .01$, $\eta^2 = .01$, l'effetto della ripartizione diagnostica è risultato quello maggiormente rilevante in termini di proporzione di varianza spiegata, $F(1, 1035) = 15.81$, $p < .001$, $\eta^2 = .06$. In base ai contrasti pianificati, dopo avere corretto la significatività nominale per la procedura di Bonferroni ponendola a $p < .0125$, la media NPI dei soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità è risultata significativamente superiore a quella dei soggetti adulti clinici con altri Disturbi di Personalità, $t = 5.48$, $p < .001$, $d = 0.90$, ai soggetti adulti clinici senza alcuna diagnosi di Disturbo di Personalità, $t = 4.89$, $p < .001$, $d = 0.84$, ai soggetti adulti non clinici del Gruppo 2, $t = 6.03$, $p < .001$, $d = 0.93$, e ai soggetti adulti non clinici del Gruppo 3, $t = 3.13$, $p < .005$, $d = 0.50$.

È stato osservato un effetto di interazione significativo tra sesso e ripartizione diagnostica, $F(4, 1035) = 3.21$, $p < .05$, $\eta^2 = .01$; tuttavia, la quota di varianza spiegata è risultata trascurabile. Il diagramma dei profili è presentato in Figura 5. Come si può osservare, i soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità, sia di sesso maschile, sia di sesso femminile, hanno presentato punteggi superiori ai soggetti di entrambi i sessi appartenenti ai quattro gruppi di controllo presi in esame in questo studio. L'effetto di interazione col sesso sembra ascrivibile principalmente al gruppo con altre diagnosi DSM-IV di Disturbo di Personalità, ma senza co-diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità e, in misura minore, al gruppo dei soggetti adulti clinici senza diagnosi DSM-IV di Disturbo di Personalità. Le rette dei rimanenti tre gruppi sono infatti risultate parallele.

Le analisi ROC hanno evidenziato la validità discriminante del totale dell'NPI. L'area sottostante la curva ROC – che rappresenta la proporzione di soggetti correttamente classificati in base ai punteggi NPI – per il confronto tra soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità e soggetti con altre diagnosi DSM-IV di Disturbo di Personalità è risultata pari a .75, intervallo di confidenza al 95% = .67 - .82. Risultati analoghi sono stati osservati per il confronto con i soggetti clinici senza diagnosi di Disturbo di Personalità, area sottostante la curva = .78, intervallo di confidenza al 95% = .71 - .96, e con i soggetti non clinici del Gruppo 2, area sottostante la curva = .76, intervallo di confidenza al 95% = .69 - .83. L'efficacia diagnostica dell'NPI è risultata lievemente inferiore solo nelle analisi ROC relative al contrasto tra soggetti clinici con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità e soggetti non clinici del Gruppo 3, area sottostante la curva = .66, intervallo di confidenza al 95% = .58 - .63.

Discussione

Complessivamente, i risultati del presente studio sembrano suggerire che NPI sia una misura provvista di affidabilità di consistenza interna in campioni differenti per età, sesso e condizione clinica. Le stime di consistenza interna del totale di NPI sono risultate replicate in modo consistente sia tra i quattro campioni indipendenti presi in esame nel presente studio, sia tra soggetti di sesso maschile e di sesso femminile entro ciascun gruppo. I valori di α di Cronbach osservati in questo studio sono risultati sovrapponibili ai valori di consistenza interna riportati da Del Rosario e White (2005) - .80/.82 - e da Rasin e Terry (1988) - .83 – per il totale di NPI. L'affidabilità di retest è parimenti risultata adeguata sia in soggetti adulti non clinici, sia in soggetti adulti clinici, anche se quest'ultimo campione è risultato di dimensioni troppo piccole per potere trarre conclusioni definitive. Questi dati sono risultati sostanzialmente in accordo col valore di affidabilità di retest pari a .81 recentemente riportato da Del Rosario e White (2005) per il totale della versione a 40 item dell'NPI.

I risultati delle analisi fattoriali della versione italiana di NPI fanno sorgere dubbi circa la struttura multifattoriale di NPI. Già Raskin e Terry (1988) e Del Rosario e White (2005) hanno sollevato dubbi relativi all'utilità delle sotto-scale dell'NPI, con la sola eccezione di Autorità, a causa dei bassi valori di consistenza interna che sono stati osservati per esse. I risultati del presente studio sembrano confermare questi dubbi, dato che non è stato possibile identificare alcuna soluzione multi-fattoriale replicabile nei diversi gruppi di soggetti presi in esame. Inoltre, anche considerando le soluzioni fattoriali suggerite dall'analisi parallela e dall'indice MAP senza porsi il problema della loro replicabilità, nessuna di queste è coincisa col numero di fattori suggerito da Raskin e Terry (1988). Nel complesso, le analisi della dimensionalità delle matrici di correlazione tra gli item della versione italiana dell'NPI suggeriscono che la scala è sostanzialmente unidimensionale – ossia, le correlazioni tra gli item sono spiegate da una sola variabile latente, rappresentata nell'ipotesi di ricerca dal narcisismo; le evidenze di fattori addizionali sembrano rappresentare sostanzialmente l'effetto di fonti di variazione spuria, legate a caratteristiche campionarie idiosincrasiche, a differenze nelle caratteristiche distribuzionali degli item, quali media, deviazione standard e asimmetria, e anche ai diversi criteri utilizzati per determinare il numero di fattori da estrarre. Ovviamente, questo studio non ha l'ambizione di stabilire quali siano le specifiche caratteristiche campionarie responsabili di soluzioni multifattoriali spurie degli item dell'NPI; quello che pone chiaramente in luce è che quando si aggiunge solo una seconda componente principale, questa soluzione condensa sostanzialmente covarianze "spurie", nel senso di non replicabili tra i differenti campioni presi in esame. Mentre risulta chiaramente replicabile in tutti i campioni un singolo fattore generale di narcisismo.

A partire da queste osservazioni, nel presente studio ci si è attenuti ad una soluzione unifattoriale, escludendo la presenza di possibili sottoscale. Complessivamente, la stragrande maggioranza (70%) degli item di NPI ha mostrato correlazioni soddisfacenti (ossia, pari o superiori a .30) col fattore generale di narcisismo nella maggioranza dei gruppi di soggetti clinici presi in esame nel presente studio. In base ai risultati delle analisi fattoriali degli item della traduzione italiana dell'NPI, solo 6 (15.0%) item sono risultati chiaramente poco efficienti, dato che hanno presentato saturazioni fattoriali consistentemente basse. Per altri 6 item (15.0%), che hanno presentato risultati contrastanti, con saturazioni fattoriali insoddisfacenti in due campioni e buone in altri due campioni, paiono necessari ulteriori approfondimenti prima di accettarli come indicatori del costrutto del narcisismo provvisti di una qualche validità. Le basse comunaltà osservate in questo studio suggeriscono una forte quota di "rumore di fondo" per gli item della versione italiana dell'NPI nella misurazione del narcisismo.

Nel presente studio, la validità di costrutto di NPI è risultata fortemente supportata sia dalle correlazioni convergenti positive e significative del punteggio totale della scala con le valutazioni dimensionali del Disturbo Narcisistico di Personalità e dei Disturbi di Personalità che sono risultati ad esso correlati, effettuate in cieco rispetto ai punteggi NPI utilizzando un'intervista semistrutturata; sia dalle correlazioni discriminanti negative e significative coi Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente e Depressivo. A ulteriore conferma della validità del totale di NPI come misura generale del narcisismo, il totale della scala è risultato discriminare significativamente i soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità da tutti i gruppi di controllo, con stime degli *effect size* (ossia, differenze standardizzate di medie) definibili come "ampie" per tutti i contrasti, tranne che per quello relativo ai soggetti non clinici adulti del Gruppo 3 che è risultato di ampiezza moderata. Analoghi esiti hanno dato le analisi ROC. Il totale NPI non è risultato una misura in grado di discriminare in maniera significativa i soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità da tutti i controlli, con percentuali di classificazione corretta comprese tra 66% e 78%, e in media pari al 74%. Questi dati suggeriscono che la versione italiana dell'NPI può essere d'ausilio anche in ambito clinico nella diagnosi del narcisismo patologico.

Ovviamente, i risultati di questo studio devono essere considerati alla luce di diversi limiti. I singoli campioni non sono stati selezionati in maniera casuale e sono di ampiezza moderata; questo limita la rappresentatività campionaria e la generalizzabilità dei dati. I dati di retest non sono generalizzabili ai soggetti in età adolescenziale; inoltre, per i soggetti clinici si basano su un numero di osservazioni troppo piccolo per potere trarre delle considerazioni conclusive. La validità di costrutto si è fondata sulle associazioni tra il punteggio totale di NPI e le valutazioni di Disturbo Narcisistico di Personalità ottenute con un'intervista indipendente somministrata a soggetti adulti clinici. Anche se il totale di NPI ha discriminato in maniera significativa ed efficiente i soggetti con

diagnosi DSM-IV di Disturbo Narcisistico di Personalità anche dai controlli adulti non clinici, la validità di costrutto della versione italiana di NPI rispetto ad altre misure di narcisismo in soggetti non clinici deve essere ancora dimostrata.

In sintesi, anche alla luce di questi limiti, il presente studio ha mostrato che la versione italiana dell'NPI è una scala unidimensionale che rappresenta una misura affidabile e valida del costrutto del narcisismo, potenzialmente utile anche in ambito clinico.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.

Baumeister, R. F. (1999). *The self in social psychology*. Philadelphia PA: Psychology press.

Del Rosario, P.M., & White, R.M. (2005). The Narcissistic Personality Inventory: test-retest stability and internal consistency. *Personality and Individual Differences*, 39, 1075-1081.

Emmons, R.A. (1984). Factor analysis and construct validity of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48, 291-300.

Emmons, R.A. (1987). Narcissism: theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 11-17.

Everett, J. E. (1983). Factor comparability as a means of determining the number of factors and their rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 18, 197-21.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams J.B.W., & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven: Yale University Press.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. London: Hogarth Press.

Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Donati, D., e coll. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279-284.

McCrae, R. R., Zonderman, A. B., Costa, P. T., Jr., Bond, M. H., & Paunonen, S. (1996). Evaluating replicability of factors in the Revised NEO Personality Inventory: Confirmatory factor analysis versus Procrustes rotation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 552-566.

Prifitera, A., & Rayan, J. (1984). Validity of the Narcissistic Personality Inventory in a psychiatric sample. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 140-142.

Raskin, R.N., & Hall, C.S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45, 590.

Raskin, R.N., & Hall, C.S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory: alternate form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 45, 159-162.

Raskin, R.N., & Terry, H. (1988). A principal-component analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890-902.

Soyer, R.B., Rovenpor, J.L., Kopelman, R.E., Mullins, L.S., & Watson, P.J. (2001). Further assessment of the construct validity of four measures of narcissism: replication and extension. *Journal of Psychology, 135*, 245-259.

Watson, P.J., Grisham, S.O., Trotter, M.V., & Biderman, M.D. (1984). Narcissism and empathy: validity evidence for the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment, 48*, 301-305.

Watson, P.J., Hood, R.W., & Morris, R.J. (1984). Religious orientation, humanistic values, and narcissism. *Review of Religious Research, 25*, 257-264.

Watson, P.J., Taylor, D., & Morris, R.J. (1987). Narcissism, sex roles, and self functioning. *Sex Roles, 16*, 335-350.

Tabella 1.

Statistiche descrittive e coefficienti di consistenza interna del punteggio totale del Narcissistic Personality Inventory.

	Media	DS	α di Cronbach
Gruppo 1 (N = 662)	14.25	7.24	.86
M (n = 498)	14.81 ^a	7.37	.86
F (n = 164)	12.55 ^b	6.55	.84
Gruppo 2 (N = 385)	9.14	6.25	.81
M (n = 163)	10.71 ^a	6.65	.84
F (n = 222)	7.98 ^b	5.69	.77
Gruppo 3 (N = 318)	11.78	6.74	.89
M (n = 105)	13.55 ^a	8.59	.91
F (n = 213)	10.91 ^b	6.98	.87
Gruppo 4 (N = 366)	10.01	6.55	.81
M (n = 128)	10.36 ^a	6.63	.81
F (n = 238)	9.82 ^a	6.52	.82

Note. Entro ciascun gruppo, le medie dei soggetti di sesso maschile e di sesso femminile contrassegnate da caratteri all'apice sono significativamente differenti ($p < .05$).

Figura 1.

Scree plot e curve medie degli autovalori di dati random ottenute nel Gruppo 1 (adolescenti non clinici, N = 662)

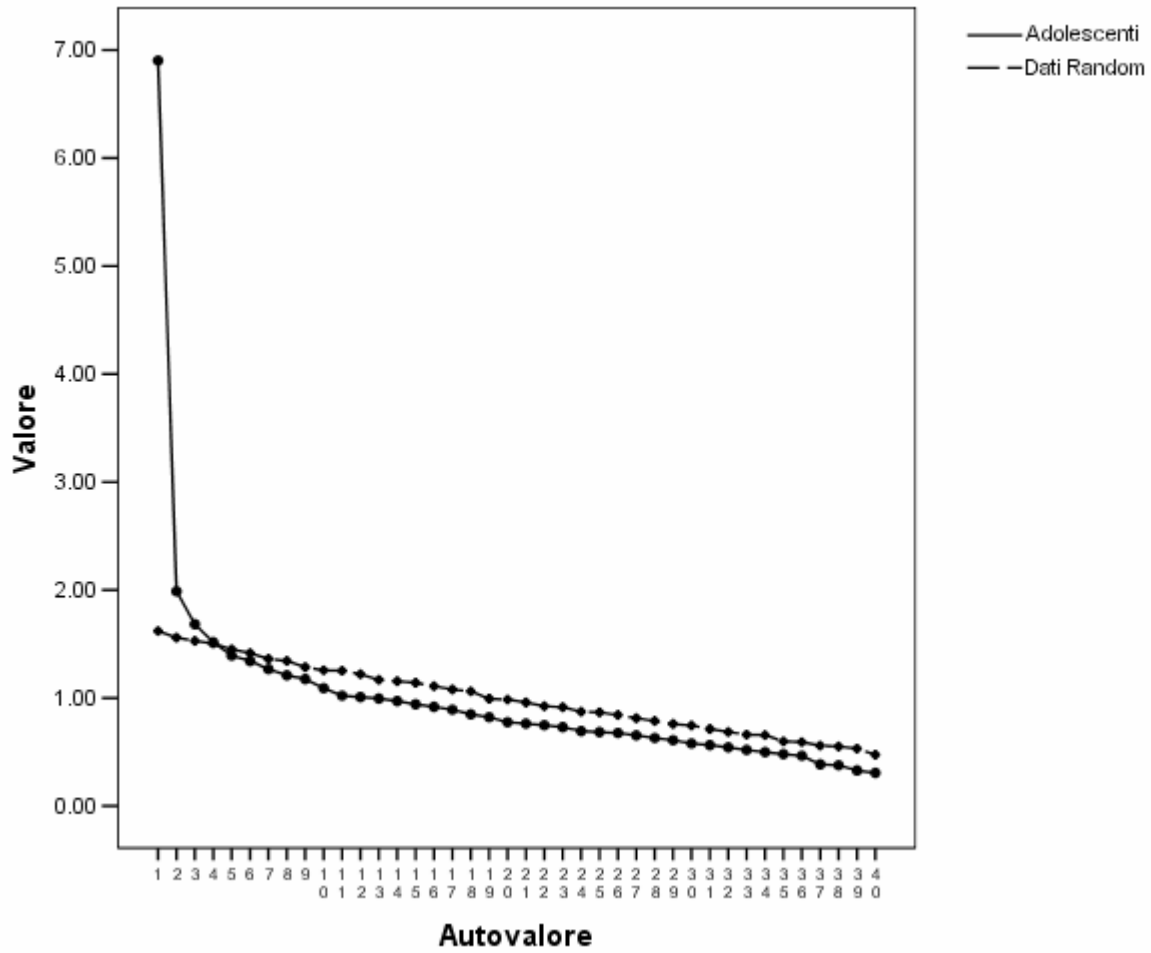


Figura 2.
 Scree plot e curve medie degli autovalori di dati random ottenute nel Gruppo 2 (adulti non clinici, N = 385)

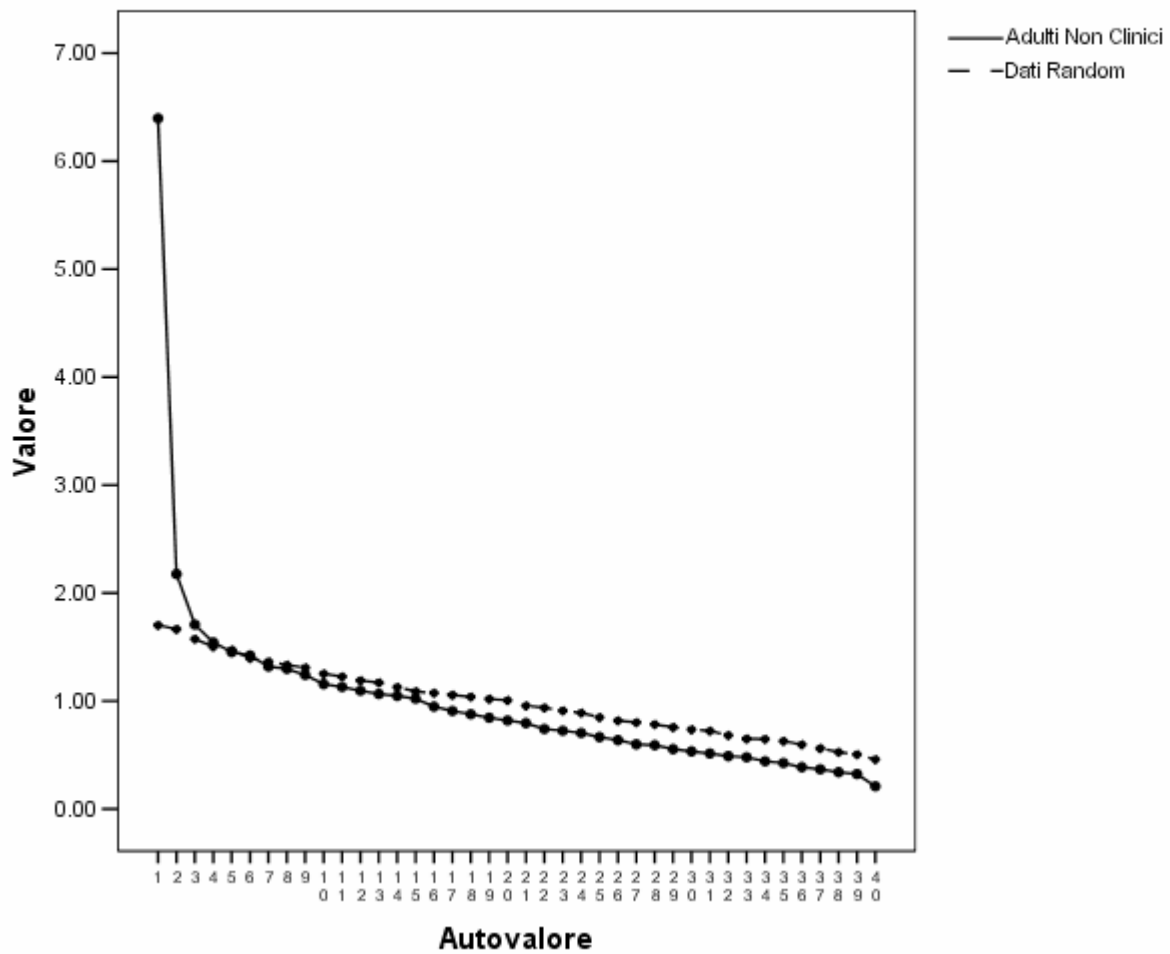


Figura 3.
 Scree plot e curve medie degli autovalori di dati random ottenute nel Gruppo 3 (adulti non clinici, N = 318)

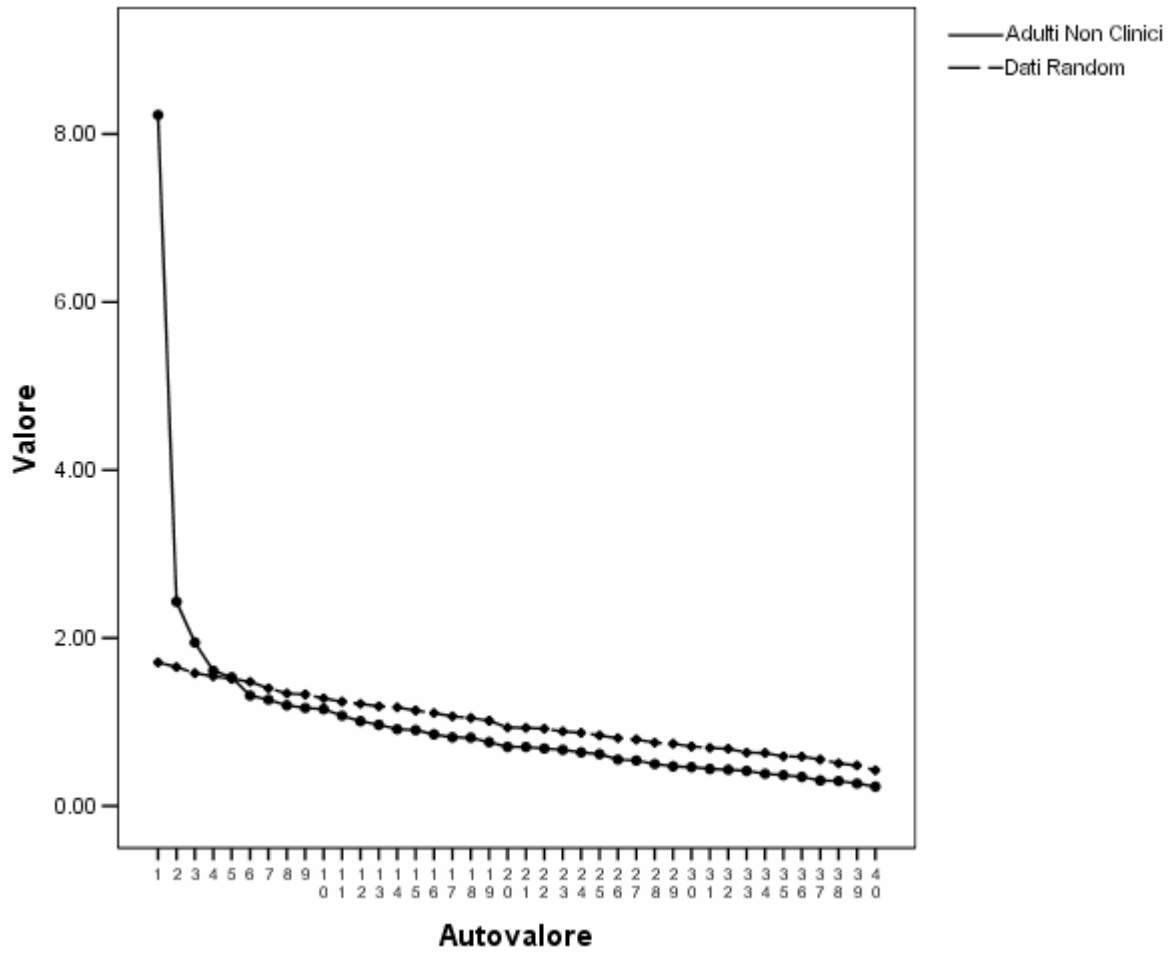


Figura 4.
 Scree plot e curve medie degli autovalori di dati random ottenute nel Gruppo 3 (adulti clinici, N = 366)

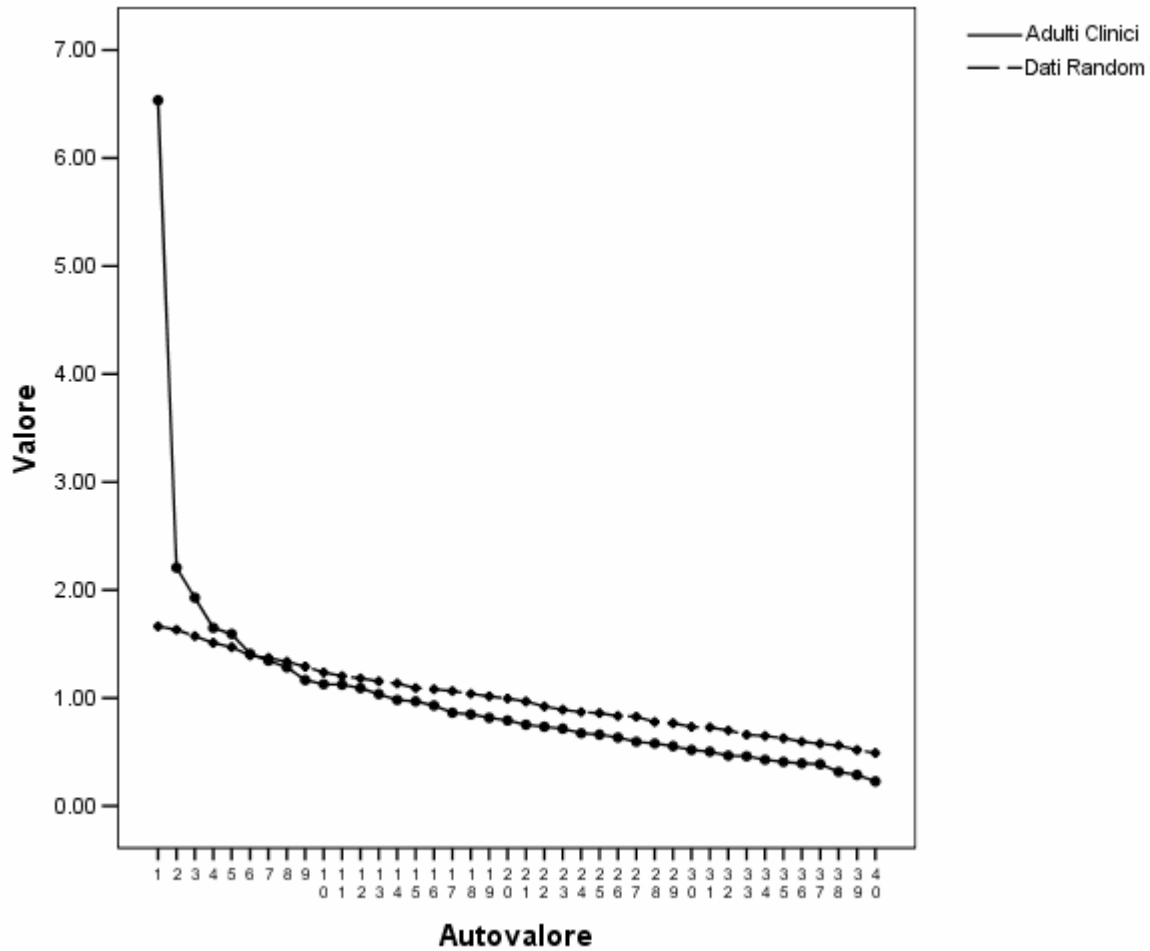


Tabella 2.
Risultati delle statistiche Minimum Average Partial (MAP).

	Componenti							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Gruppo 1 (N = 662)	.0060	.0059	.0060	.0065	.0070	.0075	.0083	.0090
Gruppo 2 (N = 385)	.0072	.0067	.0072	.0078	.0083	.0091	.0100	.0110
Gruppo 3 (N = 318)	.0096	.0085	.0080	.0085	.0089	.0097	.0100	.0112
Gruppo 4 (N = 366)	.0080	.0077	.0078	.0083	.0085	.0091	.0098	.0106

Nota. Il grassetto evidenzia il valore minimo raggiunto dalla statistica MAP in ciascun campione.

Tabella 3.
Coefficienti di comparabilità.

	Gruppo 2		Gruppo 3		Gruppo 4	
	1	2	1	2	1	2
Gruppo 1						
Soluzione a 1 Fattore						
Fattore 1	.95		.96		.95	
Soluzione a 2 Fattori						
Fattore 1	.88		.77		.88	
Fattore 2		.90		.83		.77
Gruppo 2						
Soluzione a 1 Fattore						
Fattore 1			.93		.97	
Soluzione a 2 Fattori						
Fattore 1			.76		.90	
Fattore 2				.90		.73
Gruppo 3						
Soluzione a 1 Fattore						
Fattore 1					.95	
Soluzione a 2 Fattori						
Fattore 1					.85	
Fattore 2						.75

Nota. I coefficienti di comparabilità sono coefficienti di correlazione tra punteggi fattoriali; valori superiori a .90 indicano fattori replicabili.

Tabella 4.
Saturazioni fattoriali e comunalità degli item del Narcissistic Personality Inventory.

Item	Gruppo 1 (N=662)		Gruppo 2 (N=385)		Gruppo 3 (N=318)		Gruppo 4 (N=366)	
	CP 1	h^2	CP 1	h^2	CP 1	h^2	CP 1	h^2
1	.45	.20	.43	.18	.42	.18	.49	.24
2	.05	.00	.44	.19	.45	.21	.43	.19
3	.44	.19	.46	.22	.58	.33	.41	.17
4	.41	.17	.44	.20	.48	.23	.37	.13
5	.46	.21	.43	.18	.45	.20	.32	.10
6	.40	.16	.22	.05	.45	.20	.39	.16
7	.54	.30	.63	.40	.56	.31	.62	.39
8	.51	.26	.64	.41	.50	.25	.56	.31
9	.45	.21	.47	.22	.49	.24	.51	.26
10	.51	.26	.55	.31	.46	.21	.47	.22
11	.36	.13	.23	.05	.32	.10	.23	.05
12	.39	.15	.53	.28	.30	.09	.50	.25
13	.52	.27	.41	.17	.54	.29	.51	.26
14	-.01	.00	.12	.01	.12	.01	.11	.01
15	.53	.28	.42	.17	.43	.18	.39	.15
16	.16	.03	.23	.05	.22	.05	.35	.13

17	.28	.08	.21	.04	.26	.07	.23	.05
18	.32	.10	.28	.08	.44	.20	.21	.04
19	.52	.27	.14	.02	.33	.11	.30	.09
20	.48	.23	.50	.25	.54	.29	.66	.43
21	.21	.04	.17	.03	.34	.12	.07	.00
22	.08	.01	.10	.01	.12	.01	-.01	.00
23	.30	.09	.16	.02	.50	.25	.26	.07
24	.29	.08	.27	.08	.40	.16	.23	.05
25	.24	.06	.47	.22	.29	.09	.47	.22
26	.46	.21	.38	.15	.30	.09	.42	.18
27	.62	.38	.52	.27	.63	.39	.52	.28
28	.43	.18	.24	.06	.31	.10	.34	.11
29	.46	.22	.30	.09	.33	.11	.29	.09
30	.59	.35	.65	.42	.66	.44	.65	.42
31	.28	.08	.18	.03	.47	.22	.33	.11
32	.55	.30	.55	.30	.58	.34	.44	.19
33	.57	.33	.63	.40	.45	.20	.49	.24
34	.21	.04	.02	.00	.55	.30	.17	.03
35	.34	.12	.17	.03	.49	.24	.33	.11
36	.56	.31	.39	.16	.58	.34	.47	.22
37	.32	.10	.27	.07	.41	.17	.34	.11
38	.31	.09	.44	.19	.53	.29	.51	.26
39	.41	.17	.39	.15	.60	.36	.37	.14
40	.49	.24	.47	.22	.50	.25	.25	.06

Nota. Il grassetto evidenzia le saturazioni fattoriali <.30; CP = Componente principale; h^2 = comunaltà.

Tabella 5.

Correlazioni tra punteggio totale del Narcissistic Personality Inventory e valutazioni dimensionali dei Disturbi di Personalità elencati nel DSM-IV ottenute nel campione clinico (Gruppo 4, N = 366).

Disturbi di Personalità	Narcissistic Personality Inventory
Evitante	-.28
Dipendente	-.17
Ossessivo-Compulsivo	-.06
Passivo-Aggressivo (Negativistico) ^a	.20
Depressivo ^a	-.21
Paranoide	.00
Schizotipico	.01
Schizoide	.07
Istrionico	.35
Narcisistico	.45
Borderline	.13
Antisociale	.04

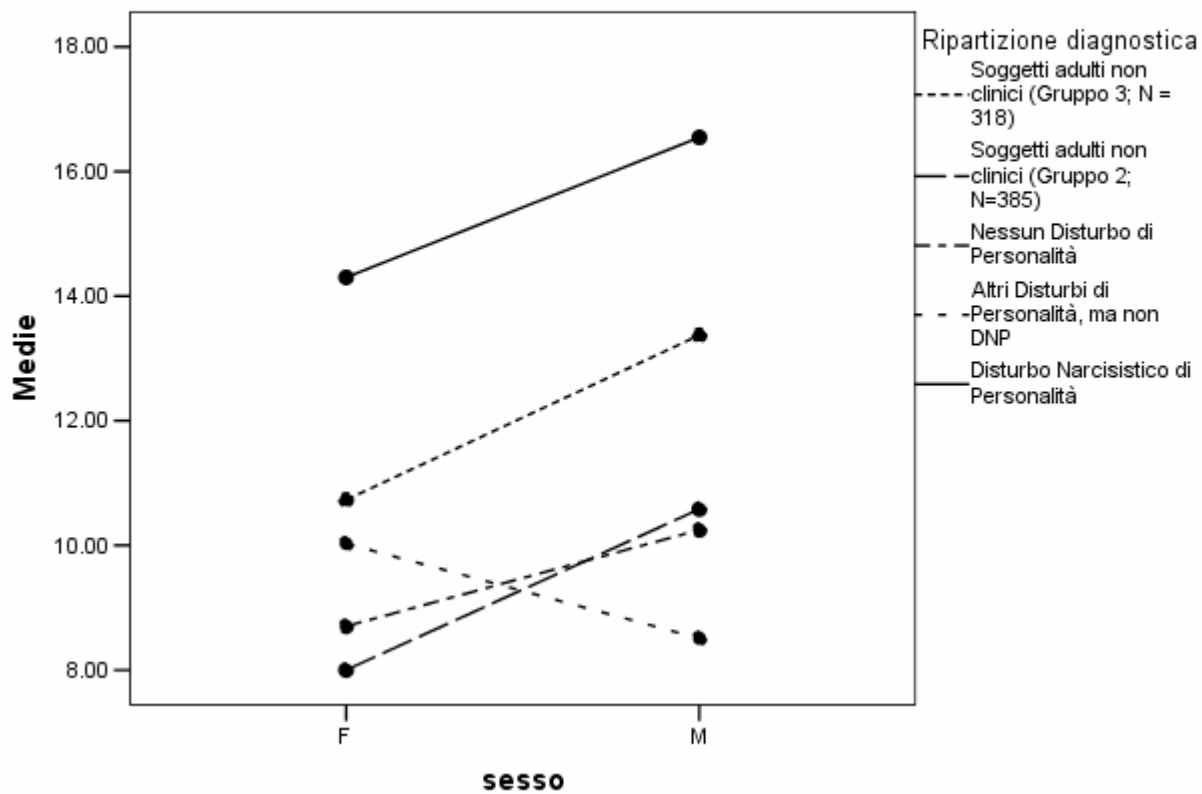
Nota. a: categoria proposta per ulteriori studi. Il grassetto evidenzia le correlazioni significative dopo correzione di Bonferroni della significatività nominale (ossia, $p < .00417$).

Tabella 6.

Medie e deviazioni standard dei totali del Narcissistic Personality Inventory corrette per l'effetto del sesso e dell'età nei soggetti adulti clinici con diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità ($n = 50$), con diagnosi di altri Disturbi di Personalità, senza diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità ($n = 192$), e senza alcun Disturbo di Personalità ($n = 124$), nei soggetti adulti non clinici inclusi nel Gruppo 2 ($n = 385$) e nei soggetti adulti non clinici inclusi nel Gruppo 3 ($n = 318$).

	Media	DS
Soggetti non clinici (Gruppo 3, $n = 318$)	12.05	6.93
Soggetti non clinici (Gruppo 2, $n = 385$)	9.29	6.58
Nessun Disturbo di Personalità ($n = 124$)	9.48	7.22
Altro Disturbo di Personalità ($n = 192$)	9.27	6.92
Disturbo Narcisistico di Personalità ($n = 50$)	15.42	6.54

Figura 5.
 Interazione tra sesso e ripartizione diagnostica: diagramma dei profili delle medie del Narcissistic Personality Inventory.



Stili di scrittura e stili di pensiero della persona schizofrenica

di Gian Luca Barbieri*

Le analisi e le teorizzazioni relative al funzionamento mentale psicotico, che sono state elaborate in modo particolare a partire dall'esperienza clinica, possono arricchirsi di alcuni aspetti interessanti attraverso l'osservazione della scrittura di persone con sindromi di natura schizofrenica.

Si tratta di una prospettiva a nostro parere interessante soprattutto per la specificità del codice scritto che, rispetto all'oralità, impone modalità in parte diverse alla strutturazione del pensiero e introduce variabili significative a livello emotivo e contestuale.

Le osservazioni seguenti si riferiscono alle attività svolte all'interno di un "laboratorio di scrittura creativa" da noi coordinato presso il C.R.T. (Centro Residenziale di Terapie Psichiatriche e di Risocializzazione) di Cremona.

Il setting

Per quanto riguarda le modalità di conduzione del laboratorio, ci limitiamo a segnalare alcuni aspetti.

Gli incontri, tenuti con cadenza settimanale, sono rivolti ad un gruppo aperto di 7-10 persone, disposte intorno ad un grande tavolo rettangolare che rende possibile la comunicazione interpersonale, pur salvaguardando la dimensione individuale, necessaria nell'attività di scrittura. Si è cercata una mediazione e una integrazione degli aspetti gruppali con quelli individuali; da un lato ciò ha consentito di potenziare le dinamiche relazionali ed emotive insite nel gruppo come contenitore delle ansie connesse ad una pratica, quella della scrittura, che diversi partecipanti inizialmente connettevano ad un contesto scolastico e quindi vivevano come una pratica infantilizzante e legata ad una valutazione; dall'altro ha contribuito a far sì che ogni membro del gruppo fosse il protagonista della sua avventura creativa, con la conseguente positiva ricaduta narcisistica personale.

Il conduttore, che siede allo stesso tavolo senza segni evidenti di distinzione di ruolo e condivide le attività, propone un argomento, sul quale il gruppo si confronta oralmente per poi passare alla fase di redazione dei testi. Si evita la scrittura a tema "libero", perché questa possibilità è percepita come una dimensione mentale senza confine che crea una sensazione ingestibile di agorafobia psichica, inconciliabile con la formazione del pensiero. L'indicazione di un argomento invece dà sicurezza, limita la valanga delle emozioni, costituisce un contenitore al cui interno si possono riversare le proprie esperienze, i propri pensieri e gli affetti connessi. Inoltre il tema fissato e condiviso mette in comunicazione le menti dei membri del gruppo, che avvertono l'argomento come un riferimento comune di pensiero e di esperienza.

Al termine ciascuno, se è d'accordo, legge il proprio testo al gruppo. Ciò consente di transitare dall'espressione alla comunicazione e di sviluppare aspetti gruppali terapeutici quali la socializzazione, cioè la condivisione e il ridimensionamento del dolore; l'universalità, ovvero la riduzione della convinzione dell'unicità dei propri problemi; l'altruismo, ossia l'aiuto reciproco e l'aumento conseguente dell'autostima (Bloch & Crouch, 1985; Yalom, 1970). È successo solo un paio di volte che un partecipante abbia chiesto di non leggere personalmente il proprio testo, affidando il compito al conduttore: non si è trattato dunque propriamente di un desiderio di non condividere con il gruppo i propri pensieri e le proprie emozioni, ma si è preferito affidarli a una voce diversa, quasi per poterli osservare dall'esterno, ad una debita distanza.

* Ricercatore al Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma.

La costruzione del testo

Nel laboratorio sono prodotti testi sia poetici sia prosastici.

La scrittura, in particolare in riferimento alla poesia, è concepita come un gioco e come un "fare", come un processo dinamico articolato intorno ad un testo manipolabile e modificabile. I testi sono realizzati infatti attraverso una successione di interventi che, usando le parole come cose, portano allo spostamento, alla sostituzione, all'eliminazione di unità lessicali, al cambiamento della struttura di una frase, alla spezzatura di un verso andando a capo e così via.

Si parte da un abbozzo in prosa delle idee che l'autore desidera esprimere, senza prestare attenzione agli aspetti formali. In questo modo si scindono implicitamente i contenuti dallo stile e dalla struttura del testo e si facilita così il superamento della barriera costituita dalla superficie bianca del foglio.

Successivamente il conduttore suggerisce la possibilità di apportare alcuni interventi sui testi, da lui indicati con segni di matita leggeri e appena percettibili tracciati sul foglio di ciascun autore. Questi segni non hanno la funzione né l'aspetto di correzioni, e sono fruiti come semplici proposte per trasformare l'abbozzo iniziale in qualcos'altro, in una poesia, appunto, senza modificarne i contenuti, ma semplicemente con piccoli aggiustamenti formali. E così si suggerisce che alcune parole potrebbero venire eliminate, si indicano i punti in cui si potrebbe andare a capo per rendere meno lineare e più originale e imprevedibile il ritmo della frase, si segnala la possibilità di modificare la disposizione, l'ordine di alcune espressioni e così via. I suggerimenti poi spesso vengono integrati, corretti, personalizzati dall'autore.

Alla fine il testo ottenuto è di fatto ancora quello precedente, ma risulta anche in parte nuovo, e l'autore rimane profondamente colpito dal risultato di questo gioco, ricavandone una piacevole sorpresa, una positiva ricaduta narcisistica e un incremento dell'autostima: "Ma questo l'ho fatto proprio io!".

La viscosità del linguaggio verbale

Tralasciamo gli aspetti già analizzati dei testi prodotti all'interno di questo laboratorio (Barbieri, 2000, 2001, 2007), per concentrare l'attenzione sul linguaggio scritto usato dalla persona con funzionamento mentale prevalentemente psicotico.

Ad un primo sguardo si ha l'impressione che la parola poetica e la parola prosastica si distinguano per un differente grado di viscosità.

Le parole della poesia si presentano come unità espressive da un lato dotate di una carica semantica ed emotiva potenziata rispetto al loro uso quotidiano, dall'altro come monadi lessicali tendenzialmente isolate, o comunque aggregate in brevi segmenti di frase che producono una frantumazione, talvolta una disintegrazione dell'andamento sintattico fluente della prosa.

Le parole della prosa invece sono meno cariche dal punto di vista polisemico ed emotivo, e appaiono invece reciprocamente invischiare in una relazione inestricabile, quasi legate intimamente in una corrente verbale alla quale nessuna si può sottrarre.

Osservate in questa prospettiva, le caratteristiche evidenziate non acquisirebbero un valore particolare, in quanto ciascuno dei due statuti verbali sarebbe spiegabile in buona parte come riflesso del particolare contenitore testuale, prosastico e poetico, che impone, benché in misura variabile, determinate regole strutturali e logiche che si rifletterebbero sull'uso della parola e quindi sulla costruzione della frase e del testo.

La realtà però, ad un'osservazione più attenta, è diversa. Ci si trova infatti di fronte a due modalità espressive, o meglio a due modi di strutturazione del pensiero, che appaiono trasversali alla prosa e alla poesia e indipendenti dal genere testuale. Inoltre, non necessariamente ciascuna di esse appartiene ad un autore come sua caratteristica espressiva unica ed esclusiva: certo, in ognuno tende a prevalere una delle due forme, ma a volte si manifestano entrambe nella stessa persona, in relazione a testi diversi e a stati d'animo specifici.

Il discorso scritto assume talvolta l'andamento di un fiume in piena, è simile ad un fluido in cui i singoli elementi si fondono e si perdono nella totalità di cui fanno parte; in altri casi, invece, appare costituito da un numero limitato di parole, ciascuna delle quali si caratterizza per la sua pregnanza

emotiva, tanto che la singola cellula lessicale finisce per essere la vera protagonista, il fulcro dell'organismo testuale.

È su questi aspetti che si centrerà l'attenzione, cercando riferimenti esplicativi e chiavi di analisi in due ambiti: nella linguistica e nella psicoanalisi. Ma prima è opportuno soffermarsi ancora su qualche questione preliminare.

Il medium, il testo, il gruppo

Viene spontaneo chiedersi perché queste modalità di organizzazione del pensiero e della frase appaiano ben più evidenti nel testo scritto che nella comunicazione orale. Crediamo che sia opportuno a questo proposito tenere in considerazione tre aspetti relativi alla produzione di queste scritture: il medium utilizzato; il processo di elaborazione dei testi; il gruppo.

a) Il *medium* è, come detto, la parola scritta che, rispetto a quella orale, presenta caratteristiche quali i tempi lenti connessi al suo uso, la permanenza del segnale e la correggibilità. Si tratta di aspetti che attivano la mente secondo modalità diverse da quelle consuete legate all'oralità quotidiana, poiché impongono un differente rapporto con le emozioni e facilitano, se possibile, la trasformazione degli elementi beta in elementi alfa (Bion, 1963).

La *lentezza* è connessa al gesto della mano che traccia i segni sul foglio, e il pensiero in tal modo può strutturarsi, almeno in linea di principio, secondo modalità meno automatiche, più elaborate, meno caotiche, maggiormente strutturate, favorito in ciò anche dalla geometrizzazione imposta dai segni linguistici, allineati l'uno accanto all'altro e disposti sulla pagina in righe parallele.

La *permanenza del segnale* può avere una ricaduta emotiva ambivalente, infatti da un lato il testo scritto, che non svanisce subito dopo essere stato prodotto come quello orale, può venire vissuto alla stregua di uno specchio che riflette parti di sé che l'autore preferirebbe non vedere, come una realtà materiale, concreta che non si può ignorare; dall'altro lato però il testo, come prodotto del proprio pensiero, può venire ripercorso, osservato, valutato, criticato e ristrutturato attraverso interventi di varia natura (*correggibilità*). L'immagine di sé dell'autore, in altre parole, rimane e non può venire cancellata, ma può essere modificata: aspetto evidentemente assai importante.

Quanto notato finora può autorizzarci a ipotizzare che la scrittura, ancor più del linguaggio orale, favorisca la simbolizzazione dei codici analogici del mondo interno. A questo proposito nei testi si possono notare tendenze progressive ed evolutive legate all'elaborazione del simbolo (Jones, 1918; Klein, 1930; Segal, 1957) insieme ad altre orientate in senso difensivo e regressivo (Freud, 1899). Così il dolore, attraverso la parola scritta, è stato in alcuni casi esorcizzato ed eluso, in altri reso almeno in parte pensabile.

b) Il *processo di elaborazione dei testi*. Se la scrittura (Barbieri, 2003, 2004; Ferrari, 1994) ha un'intrinseca funzione riparativa, questa appare particolarmente potenziata dalle modalità di costruzione graduale dei testi descritte in precedenza. Il testo come entità non definitiva ma aperta e modificabile introduce l'idea che anche la realtà che vi è sottesa, i contenuti e le emozioni non siano definitivi, statici, dati una volta per sempre, ma possano acquisire una duttilità che favorisce la funzione riparativa della scrittura stessa. L'oggetto guastato può così essere recuperato e riparato attraverso la parola scritta.

Non va poi dimenticato che, mediante l'attività di modificazione formale dei testi, la scrittura contribuisce ad allontanare e a raffreddare i contenuti della mente quanto basta per poterli contemplare da una distanza emotivamente rassicurante, rendendoli maggiormente elaborabili. Senza peraltro dimenticare che tale distanza, se accentuata, può al contrario costruire delle rigide barriere difensive nei confronti degli stessi contenuti mentali.

c) Anche le *dinamiche gruppali* hanno un'importanza rilevante. È vero che far parte di un gruppo in una struttura psichiatrica può portare ad individuare nell'altro aspetti di sé ritenuti negativi, con la conseguenza di vedere l'altro come uno specchio in cui si riflettono e si amplificano le proprie debolezze, le angosce, i conflitti, il senso di insicurezza, la diversità e la solitudine. Ma ciò accade anche indipendentemente dal gruppo di scrittura, nelle quotidiane relazioni interpersonali all'interno dello stesso luogo. Piuttosto si nota che la condivisione dei contenuti e delle componenti affettive dei testi fa dialogare le menti e favorisce la formazione del pensiero, anche grazie al contesto ludico e non giudicante in cui si agisce.

Dunque il codice scritto, le modalità di costruzione dei testi e le dinamiche di gruppo introducono nel processo di elaborazione del pensiero (e del testo) alcune componenti importanti che favoriscono una mentalizzazione e una comunicazione più consapevoli, sottraggono in buona parte la formazione del pensiero alla casualità, alla confusione, all'ansia e permettono alle dinamiche mentali di manifestarsi in modo più chiaro, meno automatizzato, meno caotico. Il codice scritto, la gradualità dell'elaborazione dei testi e il gruppo fungono da validi contenitori delle emozioni e favoriscono il riorientamento delle "trasformazioni proiettive" in una direzione meno deformante, più vicina alle "trasformazioni a moto rigido", che sono alla base della comunicazione condivisa (Bion, 1965).

Monadi verbali e fiumi di parole

Le due realizzazioni stilistiche osservate derivano da una stessa matrice psichica, caratterizzata da un mondo interno scisso e frammentato, che stenta ad organizzarsi in modo coeso.

Nei testi in cui si evidenzia un'elevata viscosità verbale (per richiamare un modello letterario, possiamo pensare all'ultimo capitolo dell'*Ulisse* di Joyce, pur con alcune differenze), il tentativo di superare le scissioni e di dotare di una certa organicità la propria mente pare affidato alla sintassi, alle relazioni tra le unità verbali, mentre nei testi in cui prevale una realizzazione monadica della parola (il riferimento in questo caso può essere costituito dall'*Allegria* di Ungaretti) si può notare che è proprio la facoltà magica e suggestiva dell'unità linguistica a costituire il fulcro del tentativo di armonizzazione dei contenuti della mente e delle emozioni a loro connesse.

Le due modalità espressive riflettono due tipi di funzionamento mentale che nella dimensione non psicotica si integrano e si sintonizzano automaticamente, mentre nell'individuo schizofrenico tendono a scindersi. La scrittura centrata sulla frantumazione in monadi verbali riflette un funzionamento della mente basato prevalentemente su dinamiche schizoparanoidi, mentre nei testi in cui prevalgono le connessioni sintattiche e il flusso verbale, traspare una modalità di tipo depressivo. Nella scrittura dello psicotico si noterebbe dunque l'utilizzazione selettiva e alternativa di una delle due possibilità di organizzazione dei contenuti mentali (rispettivamente la scissione e l'integrazione delle parole e dei concetti) che invece, come detto, nel discorso-pensiero non psicotico convivono e si integrano.

Da un lato si privilegia la parola monadica, l'oggetto lessicale, la condensazione semantica ed emotiva; dall'altro la connessione sintattica, il legame, l'elaborazione secondaria.

Bisogna però approfondire i problemi accennati. A tale proposito, dato che, come sostiene Sapir (1957), il linguaggio in quanto struttura costituisce lo stampo del pensiero, analizziamo i fenomeni ora descritti usando una doppia bussola ed attingendo ad alcune teorizzazioni nel campo della linguistica e ad altre di ambito psicodinamico.

Saussure

Ferdinand De Saussure (1916) ha evidenziato come tratto fondamentale del segno linguistico la sua *arbitrarietà*, ovvero il nesso puramente convenzionale tra il significante e il significato, legame non naturale, non giustificato da alcuna relazione analogica.

Un altro aspetto della teoria di Saussure interessante per il nostro ambito di osservazione è che i segni della lingua sono *indipendenti* dagli individui che li utilizzano, hanno un'esistenza propria e autonoma. In questo snodo si colloca la distanza che separa la *langue* dalla *parole*, intese rispettivamente come il codice preconstituito, dotato di una serie di significati convenzionali che si trovano nei dizionari, e l'appropriazione del codice stesso effettuata dai singoli parlanti. La *parole* è il risultato di un atto individuale di volontà e di intelligenza, mentre la *langue* è acquisita passivamente ed è una facoltà di fatto inconscia, o forse meglio preconsa.

I due principi teorizzati da Saussure si prestano ad essere utilizzati anche in relazione all'espressione verbale delle persone con funzionamento mentale prevalentemente psicotico.

Il codice linguistico, come si è visto, esiste virtualmente di per sé, ma di fatto ha bisogno di un parlante per passare dalla potenza all'atto, per esistere effettivamente. L'individuo ha un compito che può sembrare semplice solo in relazione all'abitudine, alla pratica, all'automatizzazione dovuta

all'uso; se ci si pensa, però, è un'operazione tutt'altro che banale e scontata, infatti egli deve appropriarsi del codice vivificandolo, proiettandovi parti di sé per *dare esistenza effettiva sia al codice che alle parti di sé* in questione, e anche naturalmente per rendere possibile la comunicazione.

In altre parole, la funzione fondamentale e primaria dell'espressione verbale del pensiero prevede che gli individui condividano una significazione arbitraria e convenzionale, quindi indipendente da loro, utilizzino un codice opaco preesistente per rendere comunicabili (pensabili) i contenuti del proprio mondo interno. Gli aspetti più intimi, privati, carichi affettivamente possono esistere, essere pensati e venire eventualmente comunicati solo se vengono sottomessi ad un codice estraneo, preformato, altro da sé. Non è un'impresa da poco, soprattutto per una persona schizofrenica, in cui le tendenze alla scissione prevalgono di gran lunga su quelle all'integrazione e in cui gli automatismi mentali sono spesso particolarmente precari. L'arbitrarietà del segno verbale e l'indipendenza-autonomia del codice linguistico possono essere vissuti come un dato fortemente destabilizzante, come un doversi rapportare con un oggetto tanto inevitabile quanto estraneo, quindi come un'ulteriore strategia alienante da se stessi.

A questo proposito, va anche precisato un aspetto spesso trascurato del pensiero di Saussure: il segno linguistico non si gioca all'interno di un rapporto tra un nome e una cosa, come apparirebbe ad uno sguardo superficiale, ma si articola sulla relazione meno meccanica e ben più complessa tra un concetto e un'immagine acustica: come dire che la significazione e la comunicazione si realizzano in un ambito sfuggente e inafferrabile, più centrato sulle dinamiche interne che sulla realtà esterna.

Hjelmslev

Anche nella teoria di Hjelmslev (1953) si trovano osservazioni applicabili al nostro oggetto d'indagine. Il segno linguistico ha un carattere relazionale, tanto che la comunicazione verbale è paragonata al gioco degli scacchi, in cui ogni pezzo riceve il suo valore dal posto che di volta in volta occupa sulla scacchiera rispetto agli altri pezzi. A questo proposito Hjelmslev ha introdotto l'idea che il linguaggio sia un'entità articolata su due assi, quello *sintagmatico* e quello *paradigmatico*. All'asse sintagmatico si riferiscono gli aspetti relazionali del linguaggio: esso riguarda le combinazioni tra le unità lessicali (e tra gli elementi del testo). Sull'asse paradigmatico invece si trovano i dati differenziali, la selezione, le scelte alternative tra vari lessemi. In altri termini, una frase nasce da un processo di selezione tra elementi potenzialmente alternativi (aspetto paradigmatico) che poi vengono combinati (aspetto sintagmatico) con altri elementi linguistici, a loro volta selezionati, secondo determinate regole e linee di senso.

Si tratta di un meccanismo ambivalente, che da un lato vede il segno linguistico come un dato a sé, dotato di indipendenza, ma dall'altro annulla questa sua illusoria autonomia in una dimensione relazionale.

Dato che il linguaggio e il pensiero sono legati a filo doppio, si tratta di pensare il proprio pensiero linguistico come un processo dinamico che parte dalla semantica del singolo lessema ma che può esistere di fatto solo a patto di travalicare i suoi nuclei unitari di significato per creare reti semantiche relazionali. Nello psicotico però pare che la centratura sulla singola parola e quella sul discorso come sistema di significazione complesso non trovino un punto di conciliazione e di reciproca compenetrazione.

Da una parte infatti, nelle scritture da noi osservate, c'è la parola-monade che assume su di sé il peso emotivo della significazione e può potenziarlo indipendentemente dalle sue relazioni contestuali. Dall'altra parte c'è la rete lessicale, il flusso linguistico, che tendono a porre in secondo piano le potenzialità polisemiche della singola parola a vantaggio delle sue connessioni con gli altri segni verbali.

La parziale e problematica elaborazione del pensiero da parte dello psicotico può essere pensata sullo sfondo della concezione del linguaggio di Hjelmslev. La frammentazione del mondo interno può essere (in parte) elaborata verbalmente in due direzioni, entrambe dotate di un forte effetto saturante: si può usare la parola come monade (aspetto paradigmatico) potenziandone gli aspetti di autosufficienza semantica ed emotiva, in modo da rendere compatta e inattaccabile la realtà rappresentata a cui la parola aderisce, in modo da non lasciare alcuno spazio possibile ad una

diversa elaborazione; oppure si può ipervalutare la dimensione relazionale dei segni (aspetto sintagmatico), affidando la ricerca di coesione e la costruzione del senso alle connessioni tra le parole.

Ancora Hjelmslev distingue tra livello dell'espressione e livello del contenuto di un testo. Più in particolare si può distinguere la *sostanza dell'espressione* (la fonetica concepita in senso fisico e la sostanza grafica) e la *sostanza del contenuto* (i significati come entità mentali); la *forma dell'espressione* (le regole fonologiche e sintattiche, la combinazione tra i significanti) e la *forma del contenuto* (la strutturazione dei contenuti, dei significati nel testo). Inoltre, più in profondità rispetto al livello della forma e della sostanza dell'espressione e del contenuto, si trovano la *materia dell'espressione* e la *materia del contenuto*, da intendere rispettivamente come la fonetica da un lato e la semantica dall'altro in quanto realtà extralinguistiche non ancora strutturate, amorphe, prive di qualsiasi organizzazione.

Va anche considerato che tra la materia, la sostanza e la forma sia dell'espressione che del contenuto si trovano importanti scarti logici e discontinuità che non sono superabili automaticamente e senza problemi nel modo di funzionamento psicotico della mente. Inoltre in questa tripartizione di livelli sono percepibili interessanti nessi con la teoria bioniana del pensiero che viene descritta nel paragrafo successivo.

Bion

Osservando in prospettiva bioniana e post-bioniana la nascita del pensiero, troviamo interessanti connessioni con quanto notato nel campo della linguistica. Alla base di ogni attività di pensiero si trovano esperienze emotive e impressioni sensoriali non ancora elaborate. Se questi nuclei emotivi e sensoriali vengono filtrati dalla funzione alfa (una componente della personalità che trasforma le emozioni e le sensazioni in direzione della loro pensabilità), allora danno origine ad elementi alfa, immagini inconscie che costituiscono la prima tappa verso la formazione del pensiero. Gli elementi alfa non sono ancora pensieri veri e propri e vengono utilizzati nei sogni, nei ricordi e nel pensiero onirico della veglia.

Dalle emozioni e sensazioni primarie e dagli elementi alfa, non conoscibili, partono le trasformazioni che conducono a quelli che Ferro (1996, 1999), nel contesto della relazione tra paziente e analista, ha definito "derivati narrativi", frammenti di narrazioni pronunciati dal paziente in base alla regola delle associazioni libere. In tutti gli altri contesti non analitici in cui si producono testi, orali o scritti, il derivato narrativo nella sua essenza frammentaria non viene espresso, non viene comunicato, ma rimane nella mente ad un livello latente e potenziale come "derivato narrativo interno" (Barbieri, 2005, 2007; Barbieri & Bozuffi, 2006). Si tratta di una porzione di una storia possibile, di una tessera di un mosaico narrativo virtuale, che resta in attesa di venire attivata e collocata all'interno di una narrazione reale. Solo in un secondo tempo, quindi, i derivati narrativi interni possono venire connessi reciprocamente e ordinati in modo da essere dotati di coerenza semantica e logica, dando origine a un testo.

Il pensiero dunque si articola su una serie di trasformazioni che partono da emozioni e sensazioni, danno origine a elementi alfa, a derivati narrativi interni e infine a narrazioni.

Va notato che queste ultime impongono ai contenuti della mente, alle emozioni e sensazioni primarie quel necessario distacco che favorisce la tolleranza della frustrazione e del dolore insiti in alcuni dei fatti narrati e rende possibile la simbolizzazione.

La materia dell'espressione e la materia del contenuto di cui parla Hjelmslev si collocano allo stesso livello degli elementi beta, delle emozioni e delle sensazioni non ancora elaborate. La sostanza del contenuto (e in parte la sostanza dell'espressione) è sintonica al livello degli elementi alfa. La forma dell'espressione e la forma del contenuto si realizzano a livello nucleare e potenziale nei derivati narrativi interni, e si manifestano poi in maniera organizzata nel testo.

Ancora Bion (1965) presenta un'interessante teorizzazione delle trasformazioni. Se riprendiamo quanto sostiene Saussure a proposito dell'arbitrarietà e dell'indipendenza del segno linguistico e quanto abbiamo osservato a proposito di questi aspetti, possiamo inquadrare le difficoltà di strutturazione del pensiero linguistico dello psicotico come difficoltà che si riscontrano nelle trasformazioni da O (la verità profonda e inconoscibile che appartiene al mondo interno dell'individuo) a T β (il risultato della trasformazione, quindi la verbalizzazione, la scrittura)

passando per $T\alpha$ (il processo di trasformazione). Il testo verbale ($T\beta$) rappresenta la realizzazione dell'incontro tra due realtà di livello logico radicalmente diverso e inconciliabile: la O , che anche nelle sue ipotetiche manifestazioni di superficie appartiene ad un codice analogico (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), e il linguaggio verbale, codice per definizione digitale, la cui opacità (l'arbitrarietà del rapporto tra significante e significato di Saussure) determina la problematicità dei processi di trasformazione $T\alpha$. Ed è appunto in $T\alpha$ che si manifestano le difficoltà di armonizzazione tra aspetti paradigmatici e sintagmatici (Hjelmslev) del segno linguistico e tra *langue* e *parole* (Saussure).

La scrittura dello psicotico è dunque un banco di prova da cui emergono le difficoltà di proiettare parti di sé nel codice verbale per dar esistenza effettiva al codice e per portare specularmente alla pensabilità e alla comunicabilità le stesse parti di sé.

Non va dimenticato inoltre che, se il processo avviene sui parametri dell'identificazione proiettiva patologica, la parola è equiparabile ad un oggetto bizzarro e quindi appare inadeguata non solo a comunicare, ma anche a dar vita al pensiero. Va però precisato che gli autori dei testi considerati si trovano in una condizione non acuta, ma di cronicità, che rende possibile una relativa attivazione della funzione alfa, e quindi la presenza dell'identificazione proiettiva patologica e degli oggetti bizzarri è fortemente contenuta, benché in misura variabile rimanga come un'ombra di cui non si può non tenere conto.

La narrazione

Nelle narrazioni prodotte all'interno del laboratorio di scrittura creativa del C.R.T. di Cremona si nota un altro aspetto interessante, che va connesso a quanto osservato in precedenza. Le relazioni tra i personaggi e tra gli eventi raccontati presentano spesso, se considerate all'interno dell'economia tematica e logica del testo, evidenti incoerenze strutturali. Si ha l'impressione che il mondo che regge queste narrazioni sia costituito da un accostamento di "isole narrative" di dimensione variabile, ciascuna dotata di una relativa coerenza interna, ma priva di precisi e rigorosi nessi logici con le altre. Per usare un'immagine di Meltzer (1986), è come se ci trovassimo di fronte a mattoncini di Lego non isolati l'uno dall'altro né organizzati in un edificio completo, ma parzialmente assemblati in piccoli raggruppamenti che alludono alla forma della costruzione complessiva, che però non è stata realizzata del tutto. Meltzer collega tale stato mentale a quella che Bion definisce "trasformazione in allucinosi". Essa deriverebbe da un'iniziale attivazione della funzione alfa, che però si è interrotta e non ha portato a compimento la sua opera di trasformazione delle emozioni grezze; queste hanno iniziato ad essere sognate e pensate, ma poi il processo si è bloccato o addirittura rovesciato, e così il mondo rappresentato appare frammentato in tanti blocchi di narrazione che non riescono ad armonizzarsi in maniera completa e soddisfacente.

Nel caso degli autori di questi testi, che hanno superato la fase acuta della psicosi, si può pensare ad un'attivazione intermittente della funzione alfa che ha dato origine a diversi frammenti di narrazione in parte coerenti, i quali però, a causa della discontinuità del processo di trasformazione delle emozioni e delle sensazioni in direzione della pensabilità, non si sono integrati reciprocamente a sufficienza.

Se la scrittura e la trama di un racconto rappresentano normalmente la cristallizzazione di dinamiche mentali che sulla pagina trovano una sistemazione stabile, nel caso di una persona schizofrenica ha luogo una cristallizzazione solo parziale di isole narrative che già nella mente sono costruite intorno ad un nucleo saturo e immodificabile di senso e che, di conseguenza, non riescono a trovare reciproca armonia sulla pagina scritta.

La narrazione è di solito un'attività di riordinamento, di chiarificazione, un'operazione che favorisce, in prospettiva bioniana, il passaggio da PS a D, ovvero da uno stato di frammentazione ad uno di integrazione psichica. Nei testi narrativi prodotti all'interno del laboratorio, invece, D non viene raggiunto se non in parte e lo stato di disgregazione di PS oppone una resistenza continua all'unificazione dei materiali narrativi in un disegno coerente (Barbieri, 2007). Il testo in sostanza appare costellato di quelli che, in riferimento ad altra tipologia testuale, abbiamo definito "residui beta" (Barbieri, 2005).

Osservazioni conclusive

In conclusione aggiungiamo qualche osservazione, che non ha naturalmente alcuna pretesa di esaustività, ma ci può aiutare ad espandere la nostra comprensione di alcune dinamiche sottese al funzionamento mentale psicotico.

Come già evidenziato, le due modalità espressive rilevate nei testi riflettono due corrispondenti dinamiche psichiche, ed è questo l'aspetto su cui centriamo la nostra attenzione.

Ci aiuta in questo senso la concezione del linguaggio di Loewald (1977), il quale non condivide la teoria freudiana di un processo primario privo di linguaggio e di un processo secondario in cui il linguaggio fa la sua comparsa. Il linguaggio è fondamentale fin dall'inizio della vita, quando il bambino, la cui mente funziona in base ai parametri del processo primario, si trova immerso in un flusso fonetico nel quale percepisce i suoni e i ritmi delle parole come aspetti dotati di una carica sensuale e affettiva. In una fase successiva, il bambino, in relazione al nuovo assetto mentale determinato dal processo secondario, dà priorità agli aspetti semantici delle parole. La comunicazione adulta efficace si gioca sulla distanza ottimale tra gli aspetti sensuali-emotivi e quelli semantici del linguaggio.

L'espressione verbale che emerge dai testi scritti di persone con funzionamento mentale prevalentemente psicotico evidenzia un mancato raggiungimento di questa distanza ottimale, dato che il polo sensuale-emotivo e quello ritmico che caratterizzano il linguaggio del processo primario hanno un peso ben più rilevante di quanto accada nella comunicazione verbale della persona non psicotica. In quest'ultimo caso, le regole semantiche non vengono poste in secondo piano, ma convivono dinamicamente con la componente ritmica e con quella affettiva del linguaggio. Gli aspetti ritmico-sintattici e quelli affettivi, nella comunicazione non psicotica, vengono integrati nel livello semantico, in modo da vivificarlo e renderlo emotivamente pregnante; nella comunicazione psicotica, invece, conservano una certa priorità, o comunque mostrano un peso decisamente superiore rispetto a quanto si nota nei consueti contesti comunicativi.

Si può notare che la parola-monade è centrata sulle componenti emotive e sensuali caratteristiche del linguaggio del processo primario, mentre la parola assorbita nel flusso verbale e messa in secondo piano dai legami che costituiscono il discorso come totalità si focalizza maggiormente sulle componenti ritmiche del linguaggio del processo primario.

Rifacendoci alle teorie di Nikolaidis (1984), possiamo inquadrare le due modalità stilistiche e di pensiero che stiamo indagando sullo sfondo delle due tendenze da lui individuate nel linguaggio dello schizofrenico: la prima orientata verso un polo narcisistico (che consente all'autore di non perdersi), la seconda verso un polo oggettuale (che lo aiuta a mantenere il contatto con il mondo). L'aggrapparsi da un lato alle componenti soprattutto emotive e sensuali della parola-monade e dall'altro alle connessioni tra i segni lessicali all'interno del flusso verbale può essere considerato come un segnale della tendenza narcisistica che si oppone all'angoscia di perdersi, tendenza che trova poi un punto di forza nell'aggancio alle componenti semantiche del linguaggio (polo oggettuale), che non vengono trascurate in quanto costituiscono la condizione dell'attivazione delle stesse componenti narcisistiche ora osservate. Sono modalità espressive che, direbbero Meltzer, Bremner, Huxter, Widdel e Wittenberg (1975), tendono ad esorcizzare la percezione (o il timore) di "essere aperto", di essere privo di una capacità sfinterica che apre e chiude l'individuo verso il mondo.

L' "avantesto immaginario" (Anzieu, 1994), ovvero ciò che si trova nella mente dell'autore prima di intraprendere la scrittura del suo testo, la "fase visionaria originaria" (Anzieu, 1994), nel momento in cui viene trasposta nel testo, si struttura secondo varie possibilità in relazione al modo in cui utilizza gli aspetti narcisistici e quelli oggettuali del segno linguistico. Nella scrittura della persona con funzionamento mentale prevalentemente psicotico, agli aspetti narcisistici è riservato uno spazio superiore rispetto al consueto.

È sempre in questo snodo che si gioca l'orientamento del simbolo in una direzione che può essere regressiva-difensiva oppure progressiva-creativa; in quest'ultimo caso il linguaggio può assumere una funzione riparativa nei confronti dell'oggetto e autoriparativa (Giaconia & Racalbutto, 1990).

Crediamo che una parte non secondaria in questo processo sia rivestita dalla possibilità di giocare con le parole e di modificarle nella fase di elaborazione del testo. Pensiamo a questa procedura come a una sorta di *handling* (Winnicott, 1965) linguistico; come l'*handling* materno conduce

all'acquisizione dello schema corporeo da parte del bambino, così questo *handling* sulle parole può favorire un'elaborazione dei contenuti della mente e l'organizzazione di uno schema di pensiero.

La scrittura, al di là dei generi, è uno strumento che può far dialogare la parte psicotica con quella non psicotica della mente, incrinando e sbloccando l'equilibrio statico patologico che ha strutturato l'organizzazione mentale del paziente. I testi rappresenterebbero una condizione analoga allo "spazio senza" (Lo Verso & Papa, 1995), in cui il vecchio non c'è più e il nuovo non c'è ancora; condizione precaria, provvisoria, che consente però di andare alla ricerca di un nuovo equilibrio.

Bibliografia

Anzieu, D. (1994). *Le penser: Du Moi-Peau au Moi pensant*. Paris: Dunod (trad. it. *Il pensare: Dall'io-pelle all'io-pensante*, Borla, Roma, 1996).

Barbieri, G. L. (2000). Scrittura e psicosi: L'attività del laboratorio di scrittura creativa presso il Centro Residenziale di Terapie Psichiatriche e di Risocializzazione di Cremona. *Strenna dell'Adafa*, 40, 107-120.

Barbieri, G. L. (2001). Scrivere di altro, scrivere di sé. In G. L. Barbieri (Ed.), *Graffiti di luce: Le parole della sofferenza* (pp. 15-26). Cremona: Edizioni Adafa.

Barbieri, G. L. (2003). Processi riparativi nella scrittura dei bambini. In P. Corsano (Ed.), *Processi di sviluppo nel ciclo di vita: Saggi in onore di Marta Montanini Manfredi* (pp. 283-306). Milano: Unicopli.

Barbieri, G. L. (2004). Il segno ristrutturante: piacere e funzione terapeutica della scrittura. *La società degli individui*, 19, 103-118.

Barbieri, G. L. (2005). *La struttura del caso clinico: Un percorso tra psicoanalisi, semiotica e narratologia*. Milano: Libreria Cortina.

Barbieri, G. L. (2007). *Tra testo e inconscio: Strategie della parola nella costruzione dell'identità*. Milano: Franco Angeli.

Barbieri, G. L., & Bozuffi, V. (2006, Maggio). *Un modello di analisi psicodinamica nella ricerca qualitativa*. Paper presented at XIV International Forum of Psychoanalysis SIPRe, Roma.

Bion, W. R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. London: Heinemann (trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1979).

Bion, W. R. (1965). *Transformations: Change from Learning to Growth*. London: Heinemann (trad. it. *Trasformazioni: Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, Armando, Roma, 1973).

Bion, W. R. (1967). *Second thoughts*. London: Heinemann (trad. it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970).

Bion, W. R. (1977). Language and the Schizophrenic. In Anzieu, D., Gibello, B., Gori, R., Anzieu, A., Barrau, B., Mathieu, M. et al. (Eds). *Psychanalyse et langage: Du corps à la parole*. Paris: Bordas (trad. it. Il linguaggio e la schizofrenia, in *Psicoanalisi e linguaggio: Dal corpo alla parola*. Borla, Roma, 1980, 293-261).

Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

- De Saussure, F. (1916). *Cours de linguistique générale*. Paris: Edition Payot (trad. it. *Corso di linguistica generale*, Laterza, Bari, 1972).
- Ferrari, S. (1994). *Scrittura come riparazione: Saggio su letteratura e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Ferro, A. (1996). *Nella stanza d'analisi: Emozioni, racconti, trasformazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferro, A. (1999). *La psicoanalisi come letteratura e terapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1899). *Die Traumdeutung*. Leipzig: Deuticke (trad. it. *L'interpretazione dei sogni*. In *Opere*, vol 3, pp. 1-563, Bollati Boringhieri, Torino, 1966).
- Giaconia, G., & Racalbutto, A. (1990). *I percorsi del simbolo: Teoria e clinica psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hjelmslev, L. (1953). *Prolégomènes à une théorie du langage*. Minuit: Paris (trad. it. *I fondamenti della teoria del linguaggio*, Einaudi, Torino, 1968).
- Jones, E. (1918). The Theory of Symbolism In *Papers on Psycho-Analysis*. London: Bailliere, Tindall & Cox (trad. it. La teoria del simbolismo, in *La teoria del simbolismo: Scritti sulla sessualità femminile e altri saggi*, Astrolabio, Roma, 1972, 94-150).
- Klein, M. (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego, *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 24-39 (trad. it. L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'io, in *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978, 249-264).
- Lo Verso, G., & Papa, M. (1995). Il gruppo come oggetto di conoscenza e la conoscenza del gruppo. In F. Di Maria, G. Lo Verso (Eds.), *La psicodinamica dei gruppi: Teorie e tecniche* (pp. 155-199). Milano: Raffaello Cortina.
- Loewald, H. (1977). Primary process, secondary process, and language (trad. it. Processo primario, processo secondario e linguaggio, in *Riflessioni psicoanalitiche*, Dunod, Milano, 1999, 157-180).
- Meltzer, D., Bremner, J., Huxter, S., Widdell, D. & Wittenberg, I. (1975). *Explorations in Autism: A psychoanalytic Study*. London: The Roland Harris Educational Trust (trad. it. *Esplorazioni sull'autismo: Studio psicoanalitico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977).
- Meltzer, D. (1986). *Studies in extended metapsychology*. London: The Roland Harris Educational Trust (trad. it. *Studi di metapsicologia allargata*, Raffaello Cortina, Milano, 1987).
- Nikolaidis, N. (1984). *La représentation. Essai psychanalytique*. Paris: Bordas (trad. it. *La rappresentazione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1985).
- Sapir, E. (1957). *Culture, Language and Personality*. Berkeley: University of California Press (trad. it. *Cultura, linguaggio e personalità*, Einaudi, Torino, 1972).
- Segal, H. (1957). Notes on Symbol Formation, *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-397 (trad. it. Alcune note sulla formazione del simbolo, In *Scritti psicoanalitici: Un approccio kleiniano*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1984, 60-77).
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W. W. Norton & Company (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana: Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971).

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitative environment*. New York: International University Press (trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1965).

Yalom, I. D. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books (trad. it. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977).

... Siamo proprio sicuri di “non essere più in Kansas”?

Metodi quantitativi ed epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica

di Massimo Grasso* e Pietro Stampa**

evidence — *n.* 1. the state of being evident 2. something that makes another thing evident; sign

evident — *adj.* [*<* L. *e-*, from + *videre*, see] easy to see or perceive; clear

dal *Webster's New World Dictionary*

Premessa

Un'illusione ideologica si ripresenta ciclicamente sulla scena del dibattito culturale, con una periodicità oscillante fra i trent'anni e il mezzo secolo. L'ultima volta aveva preso la forma semantica della “neutralità della scienza”; oggi riveste quella della sua “a-teoreticità”.

Dilaga nelle comunità scientifico-professionali una sorta di repulsione verso le componenti e i prodotti del pensiero non immediatamente quantificabili, in favore di un riduzionismo oggettivante che iper-valorizza la tecnologia, i servomeccanismi, le scorciatoie, gli schematismi; prevale la tendenza a ridurre ogni continuum e ogni complessità a elementi semplici, discreti, misurabili in modo lineare; si ridimensiona drasticamente il peso della soggettività entro i modelli di rappresentazione della realtà — la soggettività diventa “rumore”, e per meglio farla fuori senza essere costretti a riconoscerlo, la si traduce in numeri. E si favoleggia di “fatti” osservabili al di qua di ogni interpretazione. Un notevole ribaltamento: non è più dio che è morto, ma Nietzsche.¹

L'illusione cambia nome, ma è sempre la stessa. Uno storico delle idee potrebbe ricostruirne il percorso dal medioevo ai giorni nostri: ma una simile operazione di *Begriffgeschichte* esula dalle nostre competenze e dai limiti concettuali e di spazio del presente contributo — ci limiteremo dunque a parlarne in termini di attualità, con qualche occasionale puntata indietro, agli anni '50-'70 del XX secolo. E ci limiteremo, ovviamente, all'ambito della ricerca e della pratica professionale della psicologia clinica e della psicoterapia: nel quale la pervasività dell'illusione comporta, come per un “effetto domino”, 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.

A questa illusione e alla sua ricaduta abbiamo dedicato alcuni interventi di recente pubblicazione (Grasso & Stampa, 2005, 2006, 2007; Grasso, 2006) nei quali abbiamo inteso approfondire alcune questioni riguardanti i concetti di salute e malattia mentale e il loro rapporto con la prassi diagnostica e terapeutica in ambito psicologico e psichiatrico e che in parte verranno ripresi anche nel presente saggio.

Ripercorriamo qui l'argomento centrale. La riflessione sul lavoro clinico in psicologia e in modo particolare sugli esiti dell'intervento psicologico-clinico e psicoterapeutico, e sulle dinamiche iscritte nei relativi processi, va assumendo in questi anni un'importanza crescente; ma all'interno di tale riflessione l'aspetto meno trattato sembra essere proprio quello che più di altri può darle un senso: intendiamo riferirci alla sua cornice metodologica.

Frequentemente, come proveremo a dare conto più avanti, ci è capitato di confrontarci con posizioni che hanno alimentato nostre considerazioni e argomentazioni, talvolta molto critiche a

* Professore ordinario di Psicologia clinica – Università di Roma “La Sapienza”.

** Psicologo clinico libero professionista, Roma; professore a contratto di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni educative – Università di Chieti

¹ Nota per chi vuole i riferimenti bibliografici anche delle battute di spirito: i riferimenti sono rispettivamente: Prefazione a *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno* (1883-1885 [1976]): «Un tempo il sacrilegio contro Dio era il massimo sacrilegio, ma *Dio è morto*, e così sono morti anche tutti questi sacrileghi»; e § 481 della raccolta postuma pubblicata con il titolo *La volontà di potenza* (1901 [2006]).

causa delle semplificazioni e dei riduzionismi di cui sono nutrite: come nella ben nota pellicola *The Wizard of Oz*,² abbiamo avuto la sensazione di esserci sovente imbattuti in altrettante novelle Dorothy Gale, che, abbandonata la mediocre realtà della fattoria dove vivono — virata in seppia, nel film — e con gli occhioni sgranati su un mondo improvvisamente a colori, dove tutto è bello e grande, meraviglioso e sorprendente, si rivolgono al cagnolino che le accompagna con la frase: «*Toto, I've a feeling we're not in Kansas anymore*».

Ma noi, ricercatori e professionisti della psicologia clinica e della psichiatria, siamo proprio sicuri di non essere più in Kansas?

In altre parole, ci è sembrato che molte volte la ricerca in psicologia clinica e psicoterapia sia alimentata da facili entusiasmi e dubbie esaltazioni per soluzioni apparentemente semplici e brillanti a problemi complessi: ma, spesso, non di soluzioni semplici si tratta, quanto, a nostro modo di vedere, di semplicistici espedienti. Come nella promozione del film, ci è sembrato di udire, di tanto in tanto, roboanti slogan del tipo «*Mighty Miracle Show of 1000 Delights*» o «*Gaiety! Glory! Glamour!*», così come ci è stata trasmessa, da parte di qualcuno, la convinzione di essere, inequivocabilmente, sulla *Yellow Brick Road*, cioè su quella che potremmo definire la strada “giusta”³, senza dubbi né ripensamenti possibili.

Sappiamo bene il rischio che corriamo, assumendo una posizione critica, e diremo subito che non ci piace, per frenare le ebbrezze delle tante elettrizzate Dorothy incontrate, sposare la prospettiva della *Wicked Witch of the West*, se non altro per non correre il pericolo di finire disciolti da una secchiata d'acqua sul pavimento della cucina: ma anche perché, più sostanzialmente, il nostro intento non è quello di spengere l'anelito alla ricerca e al nuovo e rimanere bloccati nell'inerzia e nell'immobilità⁴. La nostra non è comunque una posizione comoda e ce ne rendiamo conto: ci preme tuttavia, se gli occhi ce lo rivelano, segnalare, come il bambino di Andersen («*but he has nothing on at all*»⁵), l'eventuale “nudità dell'imperatore” e magari ricordare e ricordarci che dietro il magnifico mago di Oz, può talvolta celarsi un innocuo vecchietto di Omaha, Nebraska.

Prima di entrare nel merito delle nostre critiche (costruttive, ci sembra) proponiamo all'attenzione dei lettori tre brevi esempi di atteggiamenti clinici correnti.

Tre frammenti clinici

(1)

² Famoso film, per la regia di Victor Fleming e la sceneggiatura di Noel Langley, Florence Ryerson, Edgar Allan Wolfe, Usa 1939, interpretato da una diciassettenne Judy Garland. Il film è tratto dall'opera letteraria di L. Frank Baum che dedicò numerosi racconti per ragazzi al ciclo di Oz, terra fantastica che deve il suo nome alle due lettere che identificavano l'ultimo cassetto dello schedario dello scrittore. Nello specifico, il film fa particolare riferimento al libro *The Wonderful Wizard of Oz* (1900).

³ Delle insidie che, invece, può nascondere il sentiero dorato, ha dato conto tra gli altri, ad esempio Stuart M. Kaminsky (1978) nel suo godibilissimo *Murder on the Yellow Brick Road* (in italiano *La strada di mattoni gialli*, Giallo Mondadori n. 1795 del 26 giugno 1983).

⁴ D'altra parte è la stessa Dorothy che, paradossalmente, ma solo in apparenza, abbandonata rapidamente la fugace e non fondata esaltazione del sogno e della fuga — «*There's no place like home*» —, come l'America benpensante e conformista degli anni '30-'40, si rivela rapidamente come il più strenuo difensore dei valori della tradizione, del conformismo e del ritorno alla “normalità”. E già che ci siamo inoltrati in questo argomento, meritano qui di essere ricordate le considerazioni sul mondo di Oz e sulle sue profonde radici nei “miti fondativi” della cultura degli Stati Uniti fatte da un attento critico, Neil Earle, il quale in *The Wonderful Wizard of Oz in American Popular Culture: Uneasy in Eden* (1993), sostiene che nell'opera sono rappresentati una serie di temi profondamente americani: la Frontiera, l'importanza del duro lavoro, la possibilità di ottenere tutto ciò che si desidera e realizzare i propri sogni grazie a doti personali come la volontà, l'intelligenza, il coraggio, il buon cuore, e infine la libertà individuale intesa come valore assoluto. Per declinare ancora meglio la nostra metafora: tutte queste doti e questi valori messi insieme fanno forse un buon pioniere, ma — ci sembra — non bastano (e alcune sono superflue) per fare un buon *scientist-practitioner* in campo psicologico-psichiatrico-psicoterapeutico...

⁵ Cfr. *Emperor's New Suit*, in *The Complete Hans Christian Andersen Fairy Tales* (ed by Lily Owens) (1981), New York: Avenel Books. “*Men han har jo ikke noget paa*”, nell'originale danese “*Keiserens nye Klæder*”, uscito il 7 aprile 1837 nella raccolta “*Eventyr, Fortalte for Børn. Første Samling. Tredie Hefte*”.

Una paziente — signora sulla cinquantina, di buona cultura — durante una seduta di psicoterapia racconta la seguente esperienza.

Il suo ginecologo, dal quale si fa visitare una volta l'anno per i controlli di routine, dopo averla interrogata sul suo stato emotivo e su alcuni aspetti della sua vita sessuale le ha espresso l'opinione che sia in corso un disturbo dell'umore connesso con la menopausa, e le ha prescritto un antidepressivo.

Nei giorni immediatamente successivi la paziente si reca da un medico internista che la sta curando per una bronchite piuttosto resistente. La paziente si sente bene, e comunica soddisfatta di essere guarita e di avere perciò sospeso l'assunzione di antibiotici. Il medico le rivolge un affettuoso rimprovero: se è guarita o no deve dirlo lui! La signora si spoglia, prendiamo il fonendoscopio e procediamo all'auscultazione. La quale puntualmente rivela all'orecchio del dottore che la bronchite è tuttora attiva a dispetto della sensazione di benessere provata dalla paziente, che pertanto deve protrarre la cura ancora per un po'.

La paziente accenna a questo punto alla prescrizione del ginecologo, chiedendo all'internista il suo parere a riguardo. Come risposta, ottiene inizialmente delle domande: si sente triste? — eccede nel consumo di alcolici? — al risveglio le sembra che la giornata le incomba addosso, carica di fatiche e di problemi? — piange di frequente? — ha risvegli notturni con difficoltà di riaddormentarsi? — è facilmente irritabile? — riscontra un "calo della libido"? — pensa al suicidio? — etc. La paziente coopera come può, perché a molte domande non corrisponde un sì/no secco, ma piuttosto un "forse", "qualche volta", "dipende"...

Il medico a conclusione di questo esame informa la paziente che la depressione c'è, ma non è così grave come ha pensato il ginecologo: prescrive quindi un altro antidepressivo, "più leggero".

Sin qui il racconto, la paziente così commenta: «Sa, dottore, io non vorrei prendere questi antidepressivi, un po' perché la psicoterapia mi ha abituato a considerare le mie emozioni in modo molto più sfumato e complesso di come si possono esprimere con domande e risposte schematiche; e un po' perché — per dirla tutta — io non sempre ho risposto ai medici sinceramente... Su certi temi più intimi ho difficoltà a parlare di me: anche nella psicoterapia, all'inizio, ci sono voluti mesi e decine di sedute per trovare il coraggio di rivelare alcuni miei pensieri e stati d'animo... Insomma, su che base i due medici hanno fatto la diagnosi di una depressione più o meno grave? Io non me ne sono fatta accorgere, ma in realtà sono stata un po' reticente! Depressa? Certo che sono depressa! Questo lo sapevo già da me!».

(2)

Si presenta alla consultazione psicologica un uomo sui quaranta anni, di cultura giuridica specialistica ma occupato presso un ente pubblico nel quale svolge compiti routinari di segreteria, collocazione lavorativa che lo fa sentire profondamente arrabbiato e umiliato. Presenta un importante disturbo d'ansia *free floating*, che tende ad appuntarsi ossessivamente sulla propriocezione (avverte come un prurito alla testa; cosa sarà? — sente lo stomaco "pesante": è grave?...)

Il paziente descrive nel modo seguente l'incontro con uno psichiatra al quale lo aveva inizialmente indirizzato il medico di base.

Il paziente espone in dettaglio (e con una certa concitazione) la varietà e l'intensità dei sintomi: lo psichiatra, che fin lì l'ha ascoltato in silenzio, gli mette davanti un breve questionario "Per nulla / Un po' / Abbastanza / Moltissimo" con item del tipo: mi sento turbato, mi sento allegro, sono preoccupato per possibili disgrazie e simili; il paziente lo compila con diligenza.⁶

A questo punto lo psichiatra lo fa sdraiare su un lettino e gli collega degli elettrodi alle dita; poi mette in funzione un apparecchio che emette un suono di intensità variabile mentre si accendono delle lucine; il paziente viene invitato a rilassarsi e seguire il ritmo di queste stimolazioni sensoriali — insomma, un programma di biofeedback.

Dopo qualche minuto il trattamento ha termine: lo psichiatra fa tornare il paziente alla scrivania e gli chiede: «Come si sente ora?» Risposta: «Tale e quale a prima». Di nuovo, il paziente viene invitato a riempire il questionario, e — come dubitarne? — il risultato è identico al precedente. Lo psichiatra spiega allora che l'efficacia di una terapia si misura sulla distanza, e propone al paziente un "pacchetto" di 10 sedute, di cui indica anche il costo (per inciso, piuttosto elevato). La prima seduta, dimostrativa, è gratuita: il paziente paga solo la visita (un onorario nella media).

Il paziente esce dall'ambulatorio pensando che lo psichiatra deve essere matto se si aspetta che lui ci ritorni, e in un secondo momento — speranzoso di trovare un'accoglienza profondamente diversa — si rivolge allo psicologo su indicazione di certi conoscenti comuni.

⁶ Si tratta con tutta probabilità della forma X-2 dello *State-Trait Anxiety Inventory* di Spielberger e Vagg (1970 [1980]).

(3)

Questa paziente ha circa quarant'anni, un grado di istruzione modesto, è affetta da un significativo disturbo del controllo degli impulsi: è bulimica, fuma troppo, spende troppo in acquisti futili. Da un po' è in psicoterapia, e un giorno racconta allo psicologo l'ennesimo tentativo che ha fatto per smettere di fumare. Dopo avere sperimentato inutilmente cerotti alla nicotina, graffette sulle orecchie, agopuntura, digitopressione, pranoterapia, fiori di Bach... si è rivolta a un medico che pratica l'ipnosi e "garantisce" — come spiegato in una brochure sparsa in varie copie nella affollata sala d'aspetto — il risultato per l'85% dei casi (glielo ha indicato un'amica che effettivamente ha smesso di fumare già da alcuni mesi dopo essersi sottoposta ad alcune sedute).

Fatte le presentazioni e preso atto della richiesta di "farle passare il vizio del fumo" (non "essere aiutata a smettere", si noti: l'accordo prevede dunque che il risultato stia completamente in capo al medico) la paziente è stata fatta accomodare su una poltrona di fronte alla scrivania, e il medico ha cominciato a parlare con voce pacata e monotona. Ha raccontato che quando frequentava le scuole elementari aveva preso a frequentare un altro bambino, che però si era rivelato la classica "cattiva compagnia", una specie di Lucignolo: e così lui (il medico, che ora all'apparenza deve avere oggi almeno settant'anni) marinava le lezioni, non faceva più nemmeno i compiti a casa etc. etc. Si rendeva conto però che questa non era una condotta adeguata a un bravo scolaro! E allora cosa aveva dovuto fare un bel giorno? Aveva dovuto smettere di frequentare il bambino cattivo etc.

La paziente, a questo punto, si sente intorpidita, le si chiudono gli occhi e quasi non riesce a seguire più il racconto. Il medico le dice allora di "abbandonarsi", di appoggiarsi meglio allo schienale della poltrona e non pensare a nulla. Chissà perché (per la verità, lo psicologo che ascolta la storia un'ipotesi ce l'avrebbe, ma non importa), a questo punto la paziente ha una reazione di allerta e d'improvviso si sente nuovamente vigile e anche un po' sospettosa... Il medico non sembra darsene per inteso e continua a parlare con voce monotona: ora suggerisce l'immagine di una fanghiglia nera che piano piano dilaga nella stanza, lambisce i piedi della paziente, comincia a salire, ecco, è già alle caviglie...

Quando la melma è arrivata al polpaccio, la paziente si tira su e dice più o meno: "Mi scusi dottore, ma io ora sono completamente sveglia e mi sono anche un po' innervosita!", aspettandosi che ora il medico riorganizzi in qualche modo il setting, la tranquillizzi, e la seduta riprenda.

"Signora", ribatte secco il medico, "è Lei che se ne sta lì troppo rigida, troppo difesa. Se fa così non smetterà mai di fumare. In queste condizioni non posso fare nulla", e la congeda sbrigativamente (*Who is the next?...*)

Onorario per la seduta, che è durata una mezz'oretta: 180 euro. La paziente ne è uscita così arrabbiata che ha fatto fuori uno dietro l'altro due pacchetti di sigarette in un pomeriggio.

Qualche osservazione

Questi brevi *sketch* (tali appaiono sia nel senso che il termine ha in inglese non solo nel linguaggio clinico, ma anche in quello dello spettacolo di varietà) presentano, si noti, situazioni complementari.

Primo caso. Il medico che ha visitato la signora successivamente alla prescrizione di antidepressivi da parte del ginecologo, ha tenuto un atteggiamento totalmente diverso nel valutare lo stato fisico e lo stato emotivo.

Quanto alla bronchite — dalla quale la signora "si sentiva" guarita, il medico non ha avuto esitazioni nell'affidare la valutazione a un apparato concettuale e clinico-strumentale oggettivante, ritenendo la paziente una fonte inattendibile; passando poi alla valutazione dello stato emotivo, le sensazioni soggettive e i vissuti della paziente diventano improvvisamente una fonte tanto valida da permettere addirittura di stimare la "gravità" del disturbo, che per altro nella mente della paziente non si rappresenta in termini di una "patologia" (come invece le difficoltà respiratorie dovute alla bronchite), quanto di una dimensione esistenziale con cui ha una lunga dimestichezza grazie a una capacità introspettiva che la psicoterapia nel tempo ha valorizzato e potenziato, dotandola di categorie e modelli interpretativi.

Un'osservazione a margine, a proposito di una questione su cui torneremo più avanti. La rappresentazione "ingenua" che il paziente ha della propria psicopatologia (cfr. per es. Di Nuovo, 2000) è entrata da tempo a far parte dei dati su cui si può basare la ricerca qualitativa in

psicoterapia: nondimeno è quanto meno bizzarro che — tanto nella raccolta anamnestica, che nella diagnosi, che nella valutazione dei risultati della cura — si faccia affidamento sulla capacità del paziente di fornire dati attendibili su di sé quando si riferisce alla propria vita mentale, mentre è ben chiaro a tutti i medici che il paziente è scarsamente affidabile quando riferisce impressioni relative al proprio stato fisico.

Secondo caso. Lo psichiatra ha riscontrato — sia pure con un metodo che ci sembrerebbe ai limiti del comico, se non ci fosse di mezzo la sofferenza psichica del paziente — che l'intervento "terapeutico" non ha prodotto nessun cambiamento nello stato mentale del paziente, che riferisce sintomi soggettivi perfettamente sovrapponibili a quelli che avvertiva prima di sottoporsi al trattamento. Ma poiché è previsto che quel trattamento sia efficace nella cura di quei sintomi, il mancato conseguimento di un risultato, quale risulta dalle parole del paziente, non è predittivo di un insuccesso terapeutico in prosieguo di tempo. In questo caso, dunque, il paziente non viene considerato una fonte di dati attendibili su di sé, perché questi dati non collimano con quanto previsto dal protocollo di cura.

E a proposito del terzo caso. Anche qui, ci sarebbe da ridere se non fossimo ai limiti della truffa. Il medico ipnotizzatore può riuscire o non riuscire a indurre nei soggetti uno stato psicofisico di trance: se non ci riesce, peggio per loro. Chissà, se non avesse ordinato alla paziente di rilassarsi (la paziente era già più che rilassata, ma lui forse non se ne è accorto), sarebbe riuscito nel suo intento: ma la paziente ha reagito (detesta che le si ordini alcunché), e l'incantesimo si è spezzato. Obbligazione di mezzi, non di risultati: la seduta si paga lo stesso. (Torneremo sugli aspetti etici della faccenda).

C'è differenza tra l'approccio dello psichiatra (come definirlo?, iper-comportamentista? quantofrenico?)⁷ e quello del medico ipnotizzatore? Quest'ultimo era scopertamente privo e incurante di strumenti di verifica, il primo ne adoperava di fasulli: il risultato è lo stesso — dall'uno e dall'altro la relazione non è stata minimamente considerata come un fattore né di conoscenza né di cura, a nessun livello. I pazienti si sono trovati in tal modo reificati, ridotti a oggetti privi di personalità e di coscienza, mentre nel caso (1), come abbiamo visto, la soggettività veniva promossa dall'irrelevanza a fini diagnostici e prognostici (la bronchite) a fonte unica e perfettamente adeguata e congruente di informazioni per gli stessi fini (la depressione).

Alcune (indispensabili) considerazioni di metodo

Considerazioni sul concetto di salute mentale

Abbiamo dedicato un'ampia parte dei nostri contributi sopra citati alla disarticolazione degli argomenti che un certo numero di autori americani hanno utilizzato a sostegno di differenti definizioni della "normalità psichica".

Abbiamo così avuto modo di confrontarci con le posizioni espresse a proposito del concetto di salute mentale da G. E. Vaillant (2003), con l'approccio della "psicologia positiva" e le relative opinioni in tema di salute mentale di alcuni dei suoi esponenti più rappresentativi (Seligman, 1991, 2002; Peterson & Seligman, 2004) e delle conseguenze che da tali premesse discendono a livello di impostazione dei lavori di ricerca: un esempio per tutti quello rappresentato dalla nota ricerca, pubblicata nel 2001, sul rapporto tra longevità ed espressione di emozioni positive dal titolo: *Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings From the Nun Study* (Danner, Snowdon & Friesen, 2001). E ancora con quanto esprime J. C. Wakefield (1992, 1997, 1999, 2004, 2005) sul disturbo mentale come "disfunzione dannosa". Fino ad imbatterci, tra l'altro, nella curiosa e assolutamente acontestuale diagnosi riservata dai medici sudisti, al tempo della guerra di secessione, agli schiavi fuggiaschi: la *drapetomania*⁸ o "disturbo di fuga degli schiavi".

⁷ L'espressione, come è noto, è del sociologo russo P.A. Sorokin, (1965), sul quale sarebbe interessante, in altra occasione, tornare a riflettere.

⁸ Alla lettera "mania di darsi alla fuga", nel senso di allontanarsi senza autorizzazione da un luogo obbligato; propriamente "disertare": nel linguaggio militare greco *drapètes* (dal verbo *drapetèuo*, scappare, evadere) è il disertore (nostra nota). Una curiosità: ai rozzi e miopi — a dir poco — medici sudisti sfuggiva che la cultura prodottasi all'interno di questa specie di epidemia non si limitava a esprimere sofferenza, fede e speranza, ma conteneva persino precisi e continuamente aggiornati sotto-codici con istruzioni precise per il

Ma proviamo, dai medici sudisti e dai loro discutibili criteri diagnostici ad avvicinarci ai giorni nostri, nei quali supponiamo si faccia riferimento a criteri più articolati e scientificamente fondati. E parliamo ancora di rapporto tra *white* e *black americans*.

Ce ne dà l'occasione, ad esempio, un recente articolo (Ward, 2005) che ha inteso esplorare l'esperienza soggettiva del counseling psicologico da parte di clienti afro-americani.

Così veniamo a sapere che i clienti afro-americani magari perché "sospettosi" (costituzionalmente?) nei confronti della ricerca scientifica e, ancor più, nei confronti dei ricercatori – come hanno evidenziato Pinn, Harden e Blehar, (2002) – si dedicano (chi l'avrebbe mai detto!) ad un'attività di valutazione continua del loro interlocutore (terapeuta o counselor che sia) per decidere se fidarsi o meno. E tale attività di valutazione fa riferimento a tre principali dimensioni: l'importanza da loro conferita alla loro *black identity*, l'eventuale coinvolgimento in procedimenti giudiziari, la similarità di prospettiva ideologica. Ciò influenza la loro percezione di sicurezza all'interno della terapia e la considerazione dell'*effectiveness* dell'operatore, determinando (l'avreste sospettato?) maggiori o minori livelli di apertura, di *self-disclosure*. Manco a dirlo, la *self-disclosure* si organizza lungo un continuum che va dall'assenza di apertura, ad un'apertura superficiale, per poi passare ad un'apertura selettiva e giungere infine ad una totale apertura.

È interessante notare che una tale declinazione dell'ovvietà viene da un'autrice che ci rivela di essere lei stessa *black*. È altrettanto interessante soffermarsi sull'episodio, citato nell'articolo della Ward, che l'autrice ritiene emblematico in rapporto al suo interesse nelle questioni di cui si occupa il suo lavoro scientifico.

Questo dunque l'episodio: la *nostra* sta andando al lavoro (un *Community Mental Health Center*) e, sull'autobus, le capita di sedersi vicino ad una donna nera, la quale attacca subito discorso e, identificandola come una studentessa (ma, si sa, i neri sono valutatori nati!), le chiede di che cosa si occupi. Lei risponde che si occupa di psicologia del counseling e la sua interlocutrice le chiede se c'è un'area che la interessa in particolare (anche qui, si sa, i neri non si aprono tanto facilmente e sono sospettosi: a proposito, ma chi è il counselor e chi il cliente?) e lei afferma di interessarsi in particolare di problemi culturali e counseling. Al che la donna nera complimentandosi perché, dice, "abbiamo bisogno di gente che si occupi di questa roba", le racconta un aneddoto.

Ragazza mia, senti quello che mi è successo di recente. Qualche volta, ho degli sbalzi d'umore, sai come succede. Quando viene il freddo, per esempio, mi sento depressa e infelice. Una parte della mia infelicità è connessa al fatto di essere una donna nera che vive in una città bianca. Comunque decido di sentire il mio medico per questi miei sbalzi d'umore e lui mi consiglia il counseling. All'inizio io non ci volevo andare perché tu sai che cosa ne pensiamo noi, gente nera, del counseling e, per di più io non voglio che nessuno pensi che io sia pazza⁹. Comunque, alla fine, prendo il coraggio a due mani e vado da un counselor: in fin dei conti avrebbe potuto essere utile, mi dico. Ma quello, durante i primi trenta minuti mi dice che devo andare da uno psichiatra per farmi somministrare delle medicine. Ma che aveva nella testa quel tale? Non ha speso nemmeno un minuto per cercare di conoscermi, ha immediatamente cominciato a parlare di medicine. Io avevo bisogno di qualcuno con cui parlare e invece lui parlava di medicine. Beh, ragazza mia, non ci sono più tornata (Ward, 2005, p. 471, traduzione nostra).

soddisfaccimento del "sintomo". Come ha ricordato G.C. Roncaglia ne *Il jazz e il suo mondo* (2006, pp. 43 ss.), a proposito dello *spiritual* Martin Luther King rilevava come tale modo di cantare fosse anche un mezzo che i neri utilizzavano per comunicare fra loro senza che i padroni, anche se presenti, potessero capire: «Cantavamo il "cielo" che ci attendeva», scrive il leader del movimento per i diritti civili ai neri, «[e] la parola "cielo" per noi significava "Canada", che speravamo di poter raggiungere». I canti contenevano indicazioni criptate relative ai «punti d'appoggio, rifugi, luoghi di sosta e di riposo» di una lunga catena che dal *deep South* consentiva e sosteneva la fuga degli schiavi attraverso gli Stati Uniti sino alle frontiere dell'ospitale Canada".

⁹ È interessante notare, come sottolineano Sanders Thompson, Bazile e Akbar (2004), che a proposito di salute mentale, i *neri* sembrano preferire il riferimento ai servizi di pronto soccorso: tali strutture, infatti, sono viste come punti di riferimento in quanto è possibile essere visitati a prescindere dalla capacità di pagare e, non meno importante, è possibile evitare la stigmatizzazione, avvertita incombente quando ci si rivolga ad un servizio pubblico, in quanto è difficile per gli *altri* accertare la natura dei servizi di cui si ha bisogno. Quasi una necessità di occultare lo psichico, dietro la rassicurante, "gratuita", comune – tra bianchi e neri, ricchi e poveri – condivisione di una fragilità somatica da soccorrere e accudire.

Sfortunatamente, si affretta a precisare l'autrice, la percezione di questa donna del counseling e dei counselor è molto comune tra gli afro-americani che si rivolgono a servizi di salute mentale, specialmente tra le donne. Infatti la decisione di interrompere le consultazioni dopo solo una seduta è proprio in linea con quanto hanno scoperto Wade e Bernstein (1991): la comunità scientifica è grata a questi ricercatori, per merito dei quali è stato disvelato il fatto che la percezione delle donne afro-americane di counseling e counselor (chissà perché proprio delle donne: magari per il notissimo e scientificamente accertato fenomeno che va sotto il nome di "intuito femminile"?) si sviluppa fin dalla prima seduta influenzando (anche qui, chi l'avrebbe detto!) la loro decisione di continuare o non continuare la consulenza intrapresa.

Dopo il pionieristico (!) lavoro di Wade e Bernstein, le informazioni riguardo al tema sono solo di natura *aneddotica*, si lamenta l'autrice, e ciò la spinge ad esplorare il problema attraverso un'analisi teoricamente fondata: i risultati cui questa analisi conduce li abbiamo sinteticamente tracciati più sopra.

Non siamo in grado di conoscere le reazioni dell'*ispiratrice* del lavoro, la *black woman* dell'autobus, ma possiamo immaginarle: non una parola viene spesa, nel lavoro della Ward, a proposito di quanto le era stato detto quasi come premessa necessaria al breve aneddoto raccontatole dalla sua occasionale interlocutrice: "*Part of my unhappiness is related to being a Black woman living in a White city*".

Lo spessore di una tale affermazione che, comunque, rimanda ad una dinamica contestuale stratificata in centinaia di anni di convivenza tra *white* e *black americans* (in cui una qualche influenza, soprattutto in riferimento alla fiducia nei confronti degli operatori della salute mentale, sarà pure stata esercitata da operazioni diagnostiche e, immaginiamo, terapeutiche del tipo della *drapetomania* di cui sopra!), viene completamente trascurato in favore di affermazioni generiche come quelle che possiamo leggere nelle conclusioni in cui si afferma, tra l'altro, che

the findings from this study emphasize the importance of hearing and honouring the voices of the clients we serve (Ward, 2005, p. 480).

Come se questo non fosse un implicito talmente scontato da non necessitare di sofisticate indagini empiriche per essere affermato e magari ricordato a chi, come forse il counselor dell'aneddoto citato, viene implicitamente stigmatizzato *solo* perché non sufficientemente preparato al compito: riducendo così un problema relazionale e, in quanto tale, profondamente influenzato da dinamiche contestuali ad un *semplice* fatto di perizia/imperizia tecnica.

Ancora di più, l'importanza di ascoltare e rispettare le voci dei clienti che serviamo, non costituisce *in sé* un fondamento dell'agire clinico in psicologia, ma vale la pena sottolinearla in quanto

clients' perceptions of counselling determine to a large extent the effectiveness of therapy (Barak & LaCrosse, 1975; Constantine, 2002; Paulson et al., 1999 — cit. in Ward, 2005, p. 480).

E, come si vede, anche questa affermazione, talmente scontata da suonare quasi offensiva, è supportata dal suo bravo repertorio di citazioni *ad hoc*.

In conclusione, quindi, da quanto leggiamo sembra che il *problema* dei neri a confronto con le istituzioni deputate al counseling e alla psicoterapia sia quello di non sentirsi ascoltati e di sentirsi trattati da "pazzi"; dall'altro, tuttavia, sembra che gli psicologi (ricordiamo l'aneddoto) tendano proprio a fare così nei loro confronti. Questa visione del problema ci appare ingenua e riduttiva, perché non si tengono in conto variabili contestuali di estrema importanza che riguardano il rapporto, così come è venuto storicamente a determinarsi, tra bianchi e neri d'America (ma forse ci sarebbe qualcosa da dire anche in relazione ad asiatici, *latinos*, italiani ecc.).

Come possiamo interpretare quanto sopra? Sembra di trovarsi di fronte ad una sorta di empirismo ingenuo, figlio diretto di un obsoleto *paradigma di semplificazione*. In questa prospettiva, il mondo è 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. Se ciò non fosse, sarebbe infatti poco logico cercare di identificare dei nessi precisi tra fenomeni disordinati ed instabili. I processi di isolamento, disgiunzione e quantificazione richiesti dal tradizionale metodo sperimentale 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 si fonda su osservazioni dirette della realtà – ossia su una base di tipo *empirico* e “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, Cordella & Pennella, 2003).

Ma il contributo dell'epistemologia, all'interno dello specifico psicologico e psicologico clinico in particolare (cfr., ad esempio, Lombardo & Malagoli Togliatti, 1995) non ha prodotto, se non altro, amplissimo materiale di riflessione?

È necessario ricordare che rappresenta un'acquisizione ormai compiuta il fatto che 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*? Che il concetto di *causa* è stato affiancato da quello di *condizione* e che, oltre alla causalità lineare, sono stati valorizzati processi diversi come l'*interdipendenza* e la *probabilità*? E quest'ultima non è 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?

È ampiamente noto quanto il ruolo dell'induzione empirica sia stato nel tempo fortemente ridimensionato. Nel momento in cui viene a cadere l'idea di una realtà permanente ed indipendente dall'osservatore e si colloca quest'ultimo in una complessa rete di interdipendenze con il fenomeno osservato, risulta inevitabile dichiarare la stretta dipendenza dell'osservazione dalle teorie – intese ovviamente in senso lato – di chi osserva. Contrariamente a quanto affermava l'epistemologia empirista sottesa al paradigma di semplificazione, le teorie scientifiche sembrano quindi elaborate non tanto a partire dai dati sensibili, ma dalle convinzioni che si possono avere nei confronti dei fenomeni che si intende studiare. È quindi decaduta anche l'idea di una dimensione *cumulativa* del sapere – tipica della cultura illuministica prima e positivista poi – in cui si raffigurava lo sviluppo scientifico come una sorta di sommatoria, a favore dell'idea di una conoscenza processuale che avviene per eliminazione di errori.

Il concetto di semplificazione è stato da tempo sostituito da quello di complessità e del conseguente *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, si è fatto un gran parlare nel corso degli ultimi trenta anni.

Dove è finita adesso la dimensione della complessità? Come è possibile rintracciarla negli studi che abbiamo citato? Quello cui assistiamo sembra, ci si passi il termine, una sorta di semplificazione del concetto di complessità.

Crediamo, infatti, sia possibile considerare “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.

Alla luce di queste considerazioni, analizziamo ora un singolare dibattito ospitato nel marzo 2006 sulla rivista *Psychotherapy Research*. Il numero si apre con l'introduzione del curatore Clara E. Hill che propone ai lettori il tema, oggetto di una sezione speciale, con le seguenti parole:

In the psychotherapy community, the issue of whether the effects of therapy are due to the treatment itself or to the therapist has been hotly debated (Hill, 2006, p. 143).

E più avanti:

If it is the treatment that works, the implication is that we need to have carefully specified treatment manuals that detail exactly what any good therapist would do at different points in the treatment process. If, alternatively, it is the therapist who is the responsible for change, we need to focus on selecting good therapists and fostering their personal growth and development. Finally, if it is actually the clients who are the major contributors to therapeutic effectiveness, we must focus on developing better diagnostic tools and tailoring our treatments to different types of clients. Hence, understanding more about the sources of effects directly influences practice, training and research (Hill, 2006, p. 143).

Verrebbe ovviamente da pensare alla *vexata quaestio* relativa all'importanza dei cosiddetti fattori *specifici* o *aspecifici* nel determinare l'efficacia di un trattamento psicoterapeutico, abbigliata per l'occasione con il vestito della domenica. Ma, a parte ogni altra considerazione, il modo in cui viene impostato il tema sembra improvvisamente cancellare qualsiasi riferimento ad uno degli aspetti più salienti della riflessione teorica in psicologia e in psicologia clinica e psicoterapia in particolare: la dinamica della relazione. O, forse, sembra accentuare unilateralmente la dimensione del comportamento individuale, a scapito appunto di quella relazionale. Ma, anche in questo caso, il riferimento è ad una sorta di vetero comportamentismo, quasi completamente impermeabile a qualsiasi riferimento contestuale.

L'introduzione di Clara E. Hill fa spazio a due contributi di ricerca che si propongono di far luce sul tema, lavorando, e questa è senza dubbio una peculiare opportunità, sullo stesso insieme di dati: si tratta delle risultanze del National Institute of Mental Health's Treatment of Depression Collaborative Research Program. I modelli di psicoterapia presi in considerazione sono la *cognitive-behavior therapy* (CBT) e la *interpersonal therapy* (IPT). I pazienti considerati sono 119 assegnati casualmente (!) a 17 terapeuti, 60 a 9 terapeuti IPT e 59 a 8 terapeuti CBT. I due studi (Elkin, Falconnier, Martinovich & Mahoney, 2006; Kim, Wampold & Bolt, 2006), giungono (ci credereste?) a conclusioni diametralmente opposte.

Infatti, il contributo di Elkin, Falconnier, Martinovich e Mahoney (2006) sottolinea:

There was no indication of significant therapist effects in the current analyses despite the use of a more efficient model (because all available data may be included) and a conception of treatment progress that focuses on rates of change, adjusted for baseline expectations, instead of focusing on status at a somewhat arbitrary point (p. 151).

Kim, Wampold e Bolt (2006), affermano, invece, dal canto loro:

Several multilevel analyses of the NIMH TDCRP data revealed sizable therapist effects, ranging from 1% to 12% depending on the outcome variable and the model adopted. Overall, a simple mean of all the estimates was about 8%.

[...]

it seems clear that therapists were an important source of variability in these data.

[...]

the results suggest that, with regard to outcomes, therapists are more important than treatments (p. 167).

Sarebbe sensato fermarsi qui e, come ci si diceva da bambini, fare un bell'esame di coscienza. Approfondito. Ma invece, in una sorta di *cupio dissolvi* scientifico-metodologico-statistico, l'analisi di questi risultati, non tanto discrepanti, quanto decisamente opposti, viene appaltata a studiosi di vaglia, Soldz (2006) e Crits-Christoph e Gallop (2006), perchè li commentino e trovino giustificazioni alle due divergenti conclusioni. E non basta: c'è anche spazio per una replica dei coordinatori degli studi esaminati (Elkin, Falconnier, Martinovich & Mahoney, 2006b; Wampold & Bolt, 2006). Con il risultato che molto più di un terzo della rivista è occupato da questo tema.

Non vogliamo, in questa sede, entrare troppo nel merito delle argomentazioni che vengono prodotte. Ci basta sottolineare l'artificialità di tutto il dibattito, come notano anche Dazzi e De Coro (2007), pur non giungendo alle nostre stesse conclusioni:

Il tema centrale è: come ridurre l'effetto della variabile "terapeuta" nelle ricerche sugli esiti, per ottenere studi sufficientemente "controllati" che documentino gli effetti della psicoterapia sul paziente? I diversi autori dibattono circa la possibilità di costruire modelli a livelli plurimi che permettano di tenere insieme i molteplici fattori e, a conclusione del dibattito, si sottolinea che i tentativi di costruire modelli di analisi dei dati che riducano l'effetto del terapeuta non hanno alcun senso, poiché tutte le ricerche dimostrano la rilevanza del terapeuta per gli esiti della psicoterapia e, nel momento in cui gli effetti del terapeuta vengano fatti scomparire, "scomparirà tutto il resto!" (Wampold & Bolt, 2006, p.186).

Ci chiediamo: non era questo un risultato atteso? Vedere se è possibile eliminare la variabile “terapeuta” in psicoterapia, o al contrario, provare che conta, non diremmo immediatamente che rappresenta un tema assolutamente di retroguardia nella riflessione complessiva sulla psicoterapia? Eppure il “dibattito” occupa quasi metà della rivista, per approdare a conclusioni o meglio a non-conclusioni che, ci sembra, potevano essere largamente anticipate senza l'onere del sofisticatissimo impianto che presiede alle due ricerche. Non è possibile, allora, non essere maliziosi: riproponendo un noto tormentone italiano, *a pensar male si commette peccato, ma si colpisce nel segno*.¹⁰ In altri termini, ci viene spontaneo pensare che l'interesse per la ricerca, e il tentativo di chiedere risposte, attraverso la ricerca, ai tanti interrogativi che la prassi psicoterapeutica propone, rappresentino in realtà qualcosa di fortemente condizionato da un “mercato”, della ricerca *in primis* e dei suoi finanziamenti, ma anche dell'offerta e della fruizione della psicoterapia da parte degli utenti, così fortemente subordinato, in testa negli Stati Uniti, alle pretese delle compagnie di assicurazione. Non ci si venga a dire che la finalità è la migliore utilizzazione delle risorse a disposizione: anche implementare questo tipo di ricerca, comporta una scelta ben precisa su come utilizzare i soldi dei contribuenti¹¹.
Ammonisce Soldz (2006):

Models, being idealizations, are not true representations of reality.

[...]

Thus, there is no such thing as a correct model (p. 175).

Se uno studioso come Soldz ritiene necessario fare una simile *basica* precisazione, allora vuol dire che non si parla tanto degli aspetti metodologici delle ricerche considerate¹², quanto piuttosto di tutto l'impianto culturale e, ci si passi il termine, di filosofia della scienza che presiede ai disegni di ricerca esaminati. E allora l'interrogativo si sposta dal senso delle ricerche proposte, alla qualità dei referee che tali lavori valutano per la pubblicazione, in una parola alla qualità della rivista che li ospita e alla sua politica culturale: ancora una volta, ribadiamo, *a pensar male si commette peccato, ma si colpisce nel segno*.

In questa prospettiva, una particolare posizione negli studi circa l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici è occupata dai cosiddetti EST (*Empirically Supported Treatments*), che scaturiscono dalla cosiddetta pratica *evidence based*. Può essere interessante citare al proposito le posizioni critiche espresse, ad esempio, da Westen e coll. (Westen, Morrison & Thompson-Brenner, 2004), i quali pur individuando alcune fondamentali aporie in questo tipo di ricerche, non portano, a nostro avviso, la loro analisi alle estreme conseguenze.

Affermano, infatti, che

¹⁰ *En passant*. Il senatore a vita Giulio Andreotti, icona indistruttibile della scena politica dal dopoguerra a tutt'oggi, cui la *vox populi* attribuisce la paternità della battuta, ha più volte girato l'onore a un non meglio precisato cardinale della Segreteria di Stato vaticana.

¹¹ Siamo avvertiti, ad esempio, che il già citato lavoro di commento di Crits-Christoph & Gallop (2006), «was funded in part by National Institute on Drug Abuse Grants R01-DA018935 and R21-DA016002» (p. 180). Ci sfiora una curiosità: qual è il rapporto tra abuso di droga e influenza del terapeuta in psicoterapia, sotto il profilo dei finanziamenti di ricerca? Non sembrerebbero, a tutta prima, argomenti diversi e quindi con differenti fonti per le risorse finanziarie? Forse parte della spiegazione può essere trovata nella contemporanea presenza, sulla stessa rivista, ma in un'altra sezione, di un lavoro su droga e counseling a nome, tra gli altri, degli stessi autori (Cfr. Barber, Gallop, Crits-Christoph, Frank, Thase, Weiss & Connolly Gibbons, 2006)?

¹² Anche se, pure a questo livello, Soldz senta la necessità di fare alcune precisazioni e, ci sembra, di non poco conto. Anzi, talmente rilevanti da gettare un'ombra lunga su molte (tutte?) le ricerche che si occupano di tali problemi: «it is important to keep in mind that the TDCRP data set, although one of the larger psychotherapy data sets, is quite small for sustaining the analyses reported here» (p. 175).

molti degli assunti alla base dei metodi usati per testare le psicoterapie [sono], essi per primi, non verificati, ed anzi disconfermati empiricamente, o pertinenti solo a un determinato numero di trattamenti e disturbi (trad. it. p. 9).

E ancora che

quando si discute di argomenti complessi, è assai improbabile che affermazioni categoriche e giudizi dicotomici di validità o invalidità risultino scientificamente e clinicamente utili, quindi, bisognerebbe fare più attenzione alle condizioni per le quali alcuni metodi empirici sono utili nel testare certi tipi di interventi per certi disturbi (trad. it. p. 9).

Tali affermazioni sembrano, fondamentalmente, disconfermare non solo i risultati, ma anche l'impianto complessivo metodologico di gran parte del lavoro di ricerca sulla psicoterapia. Allora, la domanda maliziosa che ci sale alle labbra, è la seguente: dato che molti degli assunti alla base di un tale lavoro di ricerca, proprio perché rigettanti qualsiasi dimensione di complessità (che invece nelle parole di Westen e collaboratori viene di nuovo invocata!), si rivelano immediatamente assai poveri di senso, come abbiamo anche cercato di dimostrare più sopra, come mai tali ricerche per venti, trenta anni hanno trovato spazio e diffusione su numerose riviste (autorevoli!), hanno goduto di finanziamenti cospicui, hanno coinvolto studiosi e ricercatori in convegni e simposi in molte parti del mondo? Forse che una volta trovata una vena "aurifera", sia necessario esaurirla (magari "turandosi il naso")¹³, prima di passare allo sfruttamento della successiva? Se ha garantito una consistente "rendita" la cieca adesione ad una prospettiva fatta di semplificazione e riduzionismo, e in buona parte ancora la garantisce, dobbiamo attenderci che in un prossimo futuro, un altrettanto consistente vantaggio lo potrà garantire la tardiva, e perciò fittizia (è troppo dire artificiosa?), conversione ad una frettolosa e superficiale visione di complessità? Come se l'importante fosse comunque rimanere nel "giro"?¹⁴

Accogliamo quindi con cautela, quanto ancora Westen e collaboratori affermano, quando sostengono che

è venuto ormai il momento di avviare una verifica davvero radicale dello statuto empirico non solo dei dati ma anche dei metodi usati per definire ciò che è o non è empiricamente validato (trad. it. p. 10).

E allora? Come giustificare un dibattito come quello cui abbiamo più sopra fatto riferimento? Di recente, ancora Westen è tornato sull'argomento, ribadendo quanto segue:

In un'epoca in cui un farmaco o una terapia, per essere commercializzabili, devono dimostrare la loro efficacia in studi accuratamente controllati, anche la psicoterapia – assimilata a una terapia medica – deve presentarsi sul mercato delle terapie rivali e al cospetto dei possibili fruitori con un pedigree di prove empiriche della sua efficacia.

Le esigenze della sperimentazione sugli EST

Le esigenze della ricerca e il tipo di epistemologia e modellistica terapeutica cui fanno riferimento i ricercatori EST pongono dei vincoli specifici agli studi finalizzati all'elaborazione e alla valutazione dei trattamenti (Chambless & Ollendick, 2000; Kendall, Marrs-Garcia, Nath & Shedrick, 1999; Nathan, Stuart & Dollan, 2000).

¹³ *En passant* 2. Questo altro diffuso *locus communis* tutto italiano fu rivendicato dal noto giornalista Indro Montanelli a proposito del suo voto alla Democrazia Cristiana negli agitati anni '70, quando il Partito Comunista sembrava avviarsi alla conquista della maggioranza relativa in Parlamento.

¹⁴ A questo proposito meriterà un ulteriore approfondimento la rilevanza per gli psicologi e gli psichiatri di pubblicare su riviste con alto *impact factor*, alle quali non è facile accedere se i disegni sperimentali dei lavori presentati non rispondono ai criteri standard della ricerca nel campo delle scienze naturali. Per quanto la cosa non dovrebbe avere molta importanza (anzi ne ha "zero") dal punto di vista dei clienti/pazienti, ne ha invece moltissima per i professionisti e ricercatori che in base all'*IF* hanno maggiori o minori probabilità di accedere a ruoli di prestigio nelle Università e nei Servizi sanitari, di ottenere finanziamenti pubblici e privati etc. Anche in Italia alcuni medici hanno contratti a tempo determinato presso gli IRCCS con remunerazione direttamente proporzionale all'*IF*. Ne riparleremo in altra occasione.

Eccone alcuni:

- dagli studi di validazione delle psicoterapie devono essere esclusi i soggetti che minano l'omogeneità del campione sperimentale e di controllo;
- i trattamenti da valutare devono essere brevi, o comunque devono avere una durata prefissata, perché il protocollo deve essere uguale in tutti i casi e il quadro clinico presentato dai pazienti all'inizio, alla fine della terapia e al follow-up deve essere valutabile a parità di tutte le altre condizioni;
- i trattamenti devono essere mirati alla cura di un unico disturbo clinico diagnosticabile con i manuali psicopatologici accettati dalla comunità internazionale (Goldfried, 2000) e devono essere specifici per quel disturbo, ragion per cui dai campioni di validazione degli EST vanno eliminati quei pazienti che presentano comorbidità o vanno ignorati lo stato e gli eventuali mutamenti presentati dai disturbi diversi da quello target (Wilson, 1998);
- i trattamenti da valutare devono essere manualizzati e va controllato il livello di aderenza al protocollo della pratica reale dei professionisti coinvolti negli studi.

In sintesi, il movimento EST cerca di elaborare trattamenti psicoterapeutici brevi, manualizzati e finalizzati alla cura di disturbi specifici, e li valuta per mezzo di campioni di soggetti omogenei trattati (e/o valutati) in modo identico e per la sola patologia bersaglio (Gazzillo & Lingiardi, 2007).

Come dire: ma di quale psicoterapia e di quali tipologie di pazienti stiamo parlando? Di terapie e di pazienti "reali"?

Nel quadro che viene offerto, ci sembra allora un po' ambivalente, affermare con voce flebile e fin troppo difensivamente che

il nostro intento non è di denigrare la pratica basata sull' evidenza (Westen, Morrison & Thompson-Brenner, 2004, trad. it. p. 9).

Sarebbe piuttosto una bella domanda, chiedersi: ma cosa dobbiamo intendere per evidenza? Abbiamo provato a rispondere.

Non tutte le prove sono evidenze, non tutte le evidenze sono prove

In un recente contributo — apparso nello stesso volume in cui abbiamo pubblicato noi stessi uno dei saggi precedentemente citati (Grasso & Stampa, 2007) — Francesco Mancini e Barbara Barcaccia (2007) ammoniscono ricercatori e professionisti a tradurre correttamente dall'inglese l'espressione "evidence based": medicina, psicoterapia basata *sulle prove scientifiche*, non sull'*evidenza*. Dopo avere citato un lavoro di G. Ravaglia (2003) nel quale l'autore attacca il concetto di "evidenza" che considera filosoficamente "rozzo", scrivono Mancini e Barcaccia:

Come dargli torto? Se non fosse che *evidence* significa "prova", non "evidenza", quindi la psicoterapia *evidence-based* è [...] semplicemente una psicoterapia fondata su prove sperimentali di efficacia [...] Nulla a che fare con l' arroganza ideologica insita nel concetto di "evidenza". Niente è "auto-evidente" nell'ambito della scienza.¹⁵

Nulla da eccepire sotto il profilo linguistico: e un buffetto di rimprovero a quegli ingenui ignoranti che avessero eventualmente pensato alle "prove" in senso giudiziario (il sospetto è evocato con garbato *understatement* da Del Corno & Lang, 2006, p. 59). C'è però un piccolo problema, che vorremmo segnalare anche a quelli che conoscono bene l'inglese. Si può parlare di "prove scientifiche" allo stesso titolo in medicina e in psicologia? Sì e no. Sì se pensiamo a una

¹⁵ Il cortocircuito "evidenza = auto-evidenza" appare qui estremamente significativo dell'istanza di eliminazione della soggettività anche dalla scienza in genere. A Mancini e Barcaccia non è venuto in mente che un dato di realtà potrebbe essere "evidente" *per qualcuno che entra in rapporto con quel dato*, piuttosto che evidente "in sé"? C'è anche chi, di fronte al medesimo dato, non rileva alcuna evidenza: è la classica gag tra Holmes e Watson, tra Poirot e Hastings e tante altre coppie di segugi di fronte agli indizi di un crimine. Trattiamo la questione poco più avanti nel presente contributo.

condizione sperimentale astratta, che riesca ad azzerare il contesto — un'impresa non da poco: studiare, per es., la tolleranza alla frustrazione, o l'ansia di stato (vedi lo sketch clinico n. 2 riportato sopra) o la memoria evocativa indipendentemente dalla dimensione emozionale/istituzionale in cui si dispiega il setting, dalla relazione tra sperimentatore/osservatore/agente e soggetto sperimentale — che dipende da più fattori: personalità, istituzione e organizzazione del setting, ideologia implicita dell' impianto concettuale della ricerca e molti altri ancora — oltre che dalle connessioni che esistono alla base nel soggetto tra i processi di acquisizione e stoccaggio delle informazioni, della loro elaborazione, dell' attenzione e della concentrazione; e ancora dipende dalla cultura di base e dalle abilità del soggetto etc. E già questo "sì" sembra disperdersi e disintegrarsi in un labirinto di variabili fuori controllo.

E invece: no, non si può parlare di "prove scientifiche" in psicologia allo stesso modo in cui se ne parla nelle scienze naturali che fondano il pensiero e la pratica della medicina. Gli esperimenti di fisiologia, le cui risultanze venivano contrapposte alla proposta freudiana delle origini — l'esplorazione dell'inconscio mediante l'ipnosi — continuano a dirci poco o nulla su come gli esseri umani, ivi compresi terapeuti e pazienti, interagiscono fra loro.

Abbiamo già trattato la questione sulle pagine di questa rivista (Grasso & Stampa, 2006), argomentando come segue.

In medicina la distinzione tra "normalità" in senso statistico e in senso clinico è oggetto di una letteratura ormai consolidata e chiara nella sua struttura concettuale (a cominciare, per citare solo un nome, da G. Canguilhem, 1966). La maggior parte delle persone ha certi disturbi, prodotti dalla stessa capacità adattiva dell'organismo umano a condizioni ambientali e a stili di vita individuali e collettivi in continuo divenire: ciò non toglie che tali disturbi vadano diagnosticati, curati, "gestiti", che se ne eserciti una adeguata prevenzione ove possibile etc.

Questo atteggiamento della medicina è consentito dalla catena logica delle conoscenze che si snoda come una vera e propria gerarchia di saperi: fisica → chimica → biologia → fisiologia → patologia generale → patologie speciali → semeiotica... ognuna di tali aree disciplinari è "sostenuta" metodologicamente da quella che la precede nell'elenco.

Ora, grazie a questa "piramide" concettuale, si può stabilire quale sia il funzionamento "ideale" — e di qui "normale" in un certo soggetto e in condizioni date — di un organo interno; e quale sia il *range* di variabilità che probabilisticamente definisce la sua possibilità di continuare a svolgere la propria funzione nell'organismo; e (se possibile) come intervenire per far sì che la funzionalità stia dentro questo *range*. Se e quando ne supera i limiti inferiore o superiore, si definisce una patologia come difetto o eccesso: deficit anche in questo secondo caso, perché il punto è che la funzionalità "normale" è compromessa.

Impossibile applicare alla psicologia lo stesso quadro epistemologico. Non c'è nulla, nella vita mentale, che si presti a essere gerarchizzato, ordinato, studiato e meno che mai modificato secondo un procedimento logico lineare come quello sopra schematizzato

Vorremmo a questo punto spendere qualche parola in favore di un modello di psicoterapia basato proprio sull'*evidenza*, invece che su presunte "prove". Scrivono a riguardo i sopra citati Del Corno e Lang (2006, p. 59):

Ma che cosa possiamo definire "evidente"? Senza addentrarci in una discussione filosofica che ci porterebbe lontano (e che forse bisognerebbe pur fare, una volta o l'altra),¹⁶ dobbiamo riconoscere che le "prove" di cui va alla ricerca chi indaga l'efficacia di una psicoterapia non si esauriscono tutte nell'ambito di ciò che è quantificabile nella miglior tradizione RCT.¹⁷ Esiste una zona più *blurry* o *fuzzy* che appartiene alla soggettività del paziente (nonché dello psicoterapeuta) e al rapporto fra loro.

Per altro, cosa intenderà mai il *DSM-IV* quando, a proposito dei "Criteri per i disturbi indotti da sostanze", scrive

¹⁶ Sottoscriviamo: e togliamo il "forse", e sostituiamo "una volta o l'altra" con "presto". Noi, umilmente, ci stiamo già provando.

¹⁷ Il riferimento è ovviamente al modello Randomized Clinical Trials, in cui i pazienti vengono assegnati in modo casuale a differenti gruppi con diversi tipi di trattamenti, in condizioni (teoricamente) controllate.

- B. There is *evidence*¹⁸ from the history, physical examination, or laboratory findings of either (1) or (2):
(1) the symptoms developed during, or within a month of, Substance Intoxication or Withdrawal
(2) medication use is etiologically related to the disturbance
- C. The disturbance is not better accounted for by a disorder that is not substance induced [...]

Sembra proprio che anche nel *DSM-IV*, quale supporto alla psicopatologia descrittiva, torni a farsi largo il *paradigma indiziario*, che appunto costituisce della medicina il più antico modello di ragionamento clinico, basato sull' evidenza: nessuna "auto-evidenza" — un privilegio che la scienza ha finito per riconoscere solo ai primi quattro postulati di Euclide (la forzatura del quinto essendo alla base delle geometrie non-euclidee) — ma l' evidenza che discende da un uso appropriato della procedura denominata "abduzione".

Da molti anni il gruppo di lavoro che si raccoglie attorno ad alcune cattedre di Psicologia dell'Università di Roma 1 e alla *Rivista di Psicologia Clinica*, sostiene il modello del paradigma indiziario come il più idoneo alla spiegazione e all'interpretazione in psicologia clinica. Ancora nell'Editoriale del numero scorso ricordava R. Carli (2007), che al tema ha dedicato ripetuti interventi negli ultimi venti anni:

Ebbi a proporre recentemente ad alcuni colleghi interessati alla verifica in psicoterapia, un interrogativo che rimase, in quell'occasione, senza risposta: *quali sono le ragioni che hanno fatto della psicoterapia un'attività seguita e ricercata da moltissime persone, in gran parte del mondo, sia pur in assenza di una ricerca valida e definitivamente capace di dimostrare l'efficacia della psicoterapia, nei suoi esiti o nel suo processo?*

Credo che la Psicologia Clinica possa assumere due atteggiamenti molto diversi nei confronti di questo interrogativo. Da una parte c'è chi cerca di operativizzare la prassi psicologico clinica, al fine di farne un'azione diagnostica e terapeutica con suoi standard e suoi protocolli, con la legittima pretesa di rientrare entro l'alveo della medicina occidentale, organizzata entro l'epistemologia deduttiva ed induttiva. Ignorando completamente, d'altro canto, la logica abduttiva: quel paradigma indiziario che pur ebbe quali suoi fondatori e sostenitori, come ricorda Carlo Ginzburg, *medici* quali Arthur Conan Doyle (il padre di Sherlock Holmes), Giovanni Morelli (il fondatore dell'attribuzionismo in ambito pittorico) e Sigmund Freud. Dall'altra parte, c'è chi si chiede quale sia la "forza" dell'intervento psicologico clinico e della psicoterapia, quale la verifica che ne ha reso possibile lo sviluppo anche senza il contributo dell'approccio empirista. Forse, chi pratica la psicoterapia organizza una sua verifica¹⁹ all'interno della prassi stessa, nell'ambito della relazione e del processo simbolico che la caratterizza. Se quello è l'ambito di ricerca della verifica, allora le oggettivazioni del disturbo, la pretesa di sostituire il disturbo "oggettivo" al problema quale fenomeno eminentemente relazionale, sono dimensioni che possono allontanare dalla strada più proficua.

Torniamo allora sull'*evidenza* intesa come una modalità di conoscenza integrata al paradigma indiziario.

È ben noto che nel corso del '900 la logica prevalente della ricerca scientifica — grazie al lavoro teorico dei neo-positivisti, del Circolo di Vienna, di Popper e Khun — ha progressivamente virato nel senso di modelli ipotetico-deduttivi, entro i quali il punto di partenza di un esperimento relativo a un fenomeno è la ricerca pregressa sulla stessa classe di fenomeni e le teorie di riferimento che vi corrispondono: formulata l'ipotesi, l'osservazione verrà utilizzata per la sua verifica (in Popper per la sua falsificazione).

Come è stato osservato da più parti, il limite di questo metodo è psicologico: cfr. per es. Gangemi (2002, p. 87):

[...] ogni ricercatore si legge tanti libri di ricerca o di riflessione teorica, formula una sua teoria più o meno credibile, più o meno importante, e poi tende a cercare dei dati che confermino la sua teoria. Normalmente lo

¹⁸ Corsivo nostro. L'edizione italiana (1996) traduce: «È evidente dalla storia, dall'esame fisico etc.»

¹⁹ (*nota al testo*): Ho proposto, in incontri con colleghi psicoterapisti, un "criterio" di verifica del lavoro psicoterapeutico: il fatto che il paziente ritorni dallo psicoterapista, seduta dopo seduta. Questa affermazione può sembrare ingenua o fuorviante, ad alcuni. Credo ci si debba pensare. Forse non abbiamo ancora individuato i motivi simbolici di questo "ritorno del paziente", seduta dopo seduta: d'altro canto l'evento, se visto al di fuori di obblighi o adempimenti, ha una sua forza stupefacente, che merita una comprensione.

fa cercandosi i dati in cui più è facile trovare conferma invece di seguire l'indicazione di Popper secondo cui le teorie devono essere messe alla prova cercando prove contrarie e non a favore.

Tanto più si prospetta questo problema quando teorie e ipotesi riguardano campi della ricerca in cui le variabili sono altamente complesse e la loro osservazione comporta una "intrusione" massiccia: il principio di indeterminazione di Heisenberg, se funziona nella fisica delle particelle, si amplifica al crescere della "scala" dei fenomeni fino a rendere letteralmente impraticabile una ricerca di tipo psicologico, sociale, antropologico in cui il ricercatore possa aspirare a considerarsi "neutrale" o "non interferente".

In alternativa, modelli di tipo induttivo sono tuttora presenti e utilizzati nella ricerca: un esempio potrebbe essere la *grounded theory* di Glaser e Strauss (1967), in cui la formulazione delle ipotesi viene dopo la raccolta di dati sul campo (p. 23):

In discovering theory, one generates conceptual categories or their properties from evidence, then the evidence from which the category emerged is used to illustrate the concept.

Dunque, anche qui si ripresenta l'*evidenza* come qualcosa che, nei dati, colpisce l'osservatore — aggiungiamo noi, in funzione della parte che l'osservatore gioca entro il contesto cui gli stessi dati appartengono.

Nel modello dell'abduzione, formulato per la prima volta da Ch. S. Peirce nel 1878, il processo di raccolta dei dati, formulazione e valutazione dell'ipotesi segue un percorso che consente di "aggiustare il tiro" in corso d'opera: le ipotesi vengono formulate, accolte o scartate, riformulate a seconda che soddisfino o meno un criterio di massima plausibilità rispetto al fenomeno osservato. Il paradigma indiziario che supporta il ragionamento abduttivo, notava C. Ginzburg (1979, pp. 111-115), proponeva una marcata discontinuità rispetto al paradigma scientifico tradizionale, ma al tempo stesso dava conto di un modo di procedere empirico e insieme rigoroso e fonte di ragionevoli certezze che era stato da sempre proprio dell'umanità, a partire dall'esercizio della caccia presso gli uomini primitivi, passando per la scrittura della storia, lo studio filologico delle lingue antiche, la sedimentazione dell'esperienza clinica nella medicina:

Tra il fisico galileiano professionalmente sordo ai suoni e insensibile ai sapori e agli odori, e il medico suo contemporaneo che arrischiava diagnosi tendendo l'orecchio a petti rantolanti, fiutando feci e assaggiando urina, il contrasto non poteva essere maggiore.

I dati su cui si basa il ragionamento abduttivo sono *evidenze empiriche*: ma è l'osservatore stesso che conferisce ad alcuni dati tale statuto. L'impostazione di Peirce (Collected Papers, 1935-1966) dei tre diversi procedimenti logici è il seguente:

	Regola: Tutti i fagioli che provengono da questo sacco sono bianchi.
Deduzione	Caso: Questi fagioli provengono da questo sacco. Risultato: Questi fagioli sono bianchi.
	Caso: Questi fagioli provengono da questo sacco.
Induzione	Risultato: Questi fagioli sono bianchi. Regola: Tutti i fagioli che provengono da questo sacco sono bianchi. (fino a prova contraria)
	Risultato: Questi fagioli sono bianchi.
Abduzione	Regola: Tutti i fagioli che provengono da questo sacco sono bianchi. Caso: Questi fagioli provengono da questo sacco (probabilmente)

Torniamo, poiché Peirce ce lo suggerisce, ai tempi di Galileo Galilei.

Un bell'esempio di ragionamento deduttivo errato è nella catena di inferenze che portano un personaggio minore dei *Promessi sposi* (cap. XXXVII), don Ferrante, a concludere che la peste sia un'illusione:

"In rerum natura", diceva, «non ci son che due generi di cose: sostanze e accidenti; e se io provo che il contagio non può essere né l'uno né l'altro, avrò provato che non esiste, che è una chimera. E son qui. Le sostanze sono, o spirituali, o materiali. Che il contagio sia sostanza spirituale, è uno sproposito che nessuno vorrebbe sostenere; sicché è inutile parlarne. Le sostanze materiali sono, o semplici, o composte. Ora, sostanza semplice il contagio non è; e si dimostra in quattro parole. Non è sostanza aerea; perché, se fosse tale, in vece di passar da un corpo all'altro, volerebbe subito alla sua sfera. Non è acqua; perché bagnerebbe, e verrebbe asciugata da' venti. Non è ignea; perché brucerebbe. Non è terrea; perché sarebbe visibile. Sostanza composta, neppure; perché a ogni modo dovrebbe esser sensibile all'occhio o al tatto; e questo contagio, chi l'ha veduto? chi l'ha toccato? Riman da vedere se possa essere accidente. Peggio che peggio [...]».

His fretus, vale a dire su questi bei fondamenti, non prese nessuna precauzione contro la peste; gli s'attaccò; andò a letto, a morire, come un eroe di Metastasio, prendendosela con le stelle.

La teoria dei quattro elementi abbinata alla sillogistica di Aristotele (che era invece un grande e *open-minded* osservatore della natura) non permetteva all'erudito e sciocco don Ferrante di formulare ipotesi sulla natura fisica della malattia, e il procedimento deduttivo ne forniva la dimostrazione logica.

Ma altrettanto errata era la conclusione raggiunta induttivamente dal popolo e dal Tribunale della Salute sulla stessa materia: poiché in coincidenza col diffondersi della peste erano stati visti lungo le strade loschi figure che imbrattavano i muri con una pozione oleosa, se ne era inferito che fra i due fenomeni vi fosse una relazione di causa/effetto, ed era nato, per arbitraria generalizzazione il mito degli "untori". Ne conseguiva un metodo del tutto inutile di combattere l'epidemia, dando loro la caccia, come anche il buon Renzo Tramaglino dovette constatare a proprie spese. Scrive Manzoni in chiusura del cap. XXXII:

I magistrati, scemati ogni giorno, e sempre più smarriti e confusi, tutta, per dir così, quella poca risoluzione di cui eran capaci, l'impiegarono a cercar di questi untori [...]

I processi che ne vennero in conseguenza non eran certamente i primi d'un tal gener: e non si può neppur considerarli come una rarità nella storia della giurisprudenza. Ché, per tacere dell'antichità, e accennar solo qualcosa de' tempi più vicini a quello di cui trattiamo, in Palermo, del 1526; in Ginevra, del 1530, poi del 1545, poi ancora del 1574; in Casal Monferrato, del 1536; in Padova, del 1555; in Torino, del 1599, e di nuovo, in quel medesimo anno 1630, furon processati e condannati a supplizi, per lo più atrocissimi, dove qualcheduno, dove molti infelici, come rei d'aver propagata la peste, con polveri o con unguenti, o con malle, o con tutto ciò insieme.

D'altra parte è noto storicamente che, almeno nei territori della Repubblica di Venezia, le autorità preposte alla protezione delle popolazioni dalla peste avevano ben compreso che l'epidemia si diffondeva circolarmente a partire da alcuni centri critici, e il modo migliore per contenerla era stabilire attorno a questi un "cordone sanitario"; spesso veniva fatto coincidere con il corso di un fiume, il cui passaggio era più facile da controllare e interdire ai viaggiatori (Cipolla, 2007).

Sembra essere stato questo il risultato di un'abduzione:

- *Risultato*: nei luoghi abitati lungo le vie di transito che partono da x , y e z si sono presentati casi di peste nei giorni successivi a quelli in cui la peste è comparsa a x , y e z .

- *Regola*: nei giorni successivi al presentarsi di casi di peste nei luoghi a , b e c , si sono presentati casi nei luoghi x , y e z che si trovano lungo le vie di transito.

- *Caso*: la peste (anche se non sappiamo come) si diffonde nei centri abitati lungo le vie di transito (probabilmente).

Da cui consegue l'opportunità di chiudere le vie di transito per fermare il diffondersi dell'epidemia. L'abduzione, sottolinea continuamente Peirce, non diversamente dalla deduzione e dall'induzione, è un modo di funzionare spontaneo della mente, ma si distingue per il suo carattere

eminentemente pragmatico: serve a prendere decisioni in presenza di dati “sporchi” e/o parziali, dato che potremmo non averne mai a disposizione di sufficientemente completi e/o “puri”.

E' ben vero che il problema di criteri che in qualche modo garantiscano l'affidabilità degli interventi, nel nostro caso psicologici, va oltre le pur comprensibili preoccupazioni delle compagnie d'assicurazioni e investe primariamente l'interesse e il diritto dei clienti/pazienti – problema che Klerman, a partire dalla discussione del “caso Osheroff” ha definito con l' espressione “sfida dell' efficacia”, e che rimanda a temi di estrema rilevanza non solo clinica, ma anche etica e giuridica (Stampa, 1990)²⁰. Alla “sfida” proposta da Klerman, Stone opponeva l'importanza che una *respectable minority* della comunità scientifico-professionale abbia la possibilità di mettere in pratica modelli di valutazione clinica e di intervento terapeutico sottratti al pur rassicurante conformismo delle linee-guida, degli standard e dei protocolli di diagnosi-cura.

La questione è aperta. Rivendichiamo dunque lo spazio di autonomia di una *respectable minority*, che non accetta il principio di una psicologia clinica *ancilla medicinae*, costretta come tale ad accettare l'illusione ideologica di un paradigma biologico impropriamente applicato alla vita mentale.

Tanto più ci appare fuorviante e confusivo l'atteggiamento di quei ricercatori e professionisti che tentano una mediazione tra esigenze incompatibili, in nome di una “scientificità” neutrale che desuma i suoi paradigmi dalle scienze naturali e riporti la medicina stessa — entro il cui dominio era nato, appunto, il paradigma indiziario²¹ — a un sistema di “prove” isterilito degli aspetti relazionali, in cui l'osservatore sta qui e l'oggetto sta lì, e se l'osservatore è il soggetto stesso dell'atto clinico (in psicoterapia è davvero un po' improbabile che si possa fare altrimenti...), la soggettività viene “oggettivata” attraverso la computazione.

E tanto più (ancora!) paradossale appare tale atteggiamento quando lo si riscontra fra gli psicoanalisti, che sulla soggettività quale strumento di lavoro dispongono di riferimenti centenari più volte discussi, riveduti, corretti, perfezionati...

Il problema della natura “scientifica” della psicoanalisi si pose fin dalle sue origini, quando appunto il giovane Freud veniva accusato dai medici viennesi di baloccarsi con metodi da ciarlatano, e ha occupato alcune migliaia di pagine nel corso del Novecento e in questo primo scorcio del terzo millennio: non tenteremo qui nemmeno di riassumerne le linee generali, ma ci interessa riportare un'osservazione di E. Roudinesco (1999 [2000: pp. 91 ss.]), pertinente al tema più circoscritto con cui ci stiamo confrontando.

Se la psicoanalisi si è potuta salvare dal nazismo grazie all'emigrazione massiccia dei freudiani europei verso il continente americano, tra il 1930 e il 1940, ciò è accaduto al prezzo di una trasformazione radicale dei suoi ideali, della sua pratica e della sua teoria <...> Estremamente pragmatici, i terapeuti americani fecero proprie con ardore le idee freudiane. Ma cercarono subito di *misurare* l'energia sessuale, di *dimostrare* l'efficacia delle cure moltiplicando le *statistiche* e di indagare per sapere se i concetti fossero applicabili empiricamente ai problemi concreti degli individui.

Ci siamo già espressi (Grasso & Stampa 2007) su questo aspetto di omologazione della salute mentale al conformismo sociale – e conseguentemente omologazione del processo di “guarigione”

²⁰ Il caso riguarda un'azione legale intentata da un paziente, il dr. Osheroff, contro la clinica di Chesnut Lodge, in cui si era sperimentato un approccio psicoterapeutico alla fase depressiva del suo disturbo bipolare. Nelle prime settimane il quadro clinico era notevolmente peggiorato rispetto a come si presentava all' ingresso, e il paziente era stato ricoverato in un'altra clinica, ottenendo una rapida remissione sintomatica (ignoriamo di quale durata nel tempo) grazie all' applicazione di un protocollo standard di terapia con antidepressivi ed elettroshock. Chesnut Lodge preferì una transazione all'andare in giudizio, e versò al dr. Osheroff una somma consistente a titolo di risarcimento. Dalla vicenda (che è del 1983) nacque un acceso dibattito tra sostenitori dell'opportunità di sperimentare approcci innovativi ai disturbi mentali e sostenitori della necessità di fornire ai pazienti preve, ragionevoli garanzie di risultati positivi in termini di remissione della sintomatologia.

²¹ Si veda a riguardo un volumetto non ancora edito in Italia, ma che ha suscitato interesse e curiosità anche in alcuni settori del mondo medico nazionale: parliamo di *Evidence-Based Medicine in Sherlock Holmes' Footsteps* di Jorgen Nordenstrom (2006), in cui l'autore — attivo presso l'ospedale universitario Karolinska di Stoccolma — propone un'applicazione del procedimento abduittivo per la raccolta delle informazioni cliniche e il monitoraggio dei trattamenti.

a un'adesione progressiva del cliente/paziente a standard di rappresentazione di sé coerenti con quelli proposti dall'*establishment* (inevitabile che a ciò corrisponda l'omologazione previa del terapeuta a questi stessi standard...)

Così prosegue la Roudinesco:

In tali condizioni, la psicoanalisi divenne oltre Atlantico, indipendentemente dalle tendenze, lo strumento di un adattamento dell'uomo a un'utopia della felicità. Si impose assai meno per il suo sistema di pensiero o per gli interrogativi filosofici di cui si faceva portatrice che per la sua capacità di apportare una soluzione immediata alla morale sessuale della società liberale e puritana [...].

Dopo avere catalizzato per una trentina d'anni l'elaborazione della nosologia psichiatrica, la psicoanalisi fu infine rigettata. Gli psicotropi o gli altri modelli esplicativi dello psichismo, fondati sul *DSM-IV* e su nuove mitologie cerebrali, non fornivano forse soluzioni terapeutiche più rapide a quei famosi "disordini"²² che fissano il soggetto in una sintomatologia comportamentale? Così, come sottolinea assai bene lo storico Nathan Hale, i partigiani dell'antifreudismo americano degli anni 1970-1990 [...] proposero valutazioni, prove, indagini di efficacia: tutto un arsenale sperimentale inadatto a spiegare la realtà della pratica e della teoria psicanalitiche.²³

Brevissima conclusione (per ora)

Un'ultima considerazione. La maggior parte degli studiosi impegnati nell'ampio confronto sui metodi della ricerca in psicoterapia sembra pensare al problema della sua stessa possibilità in termini di contrapposizioni estremizzate, polari: come se una rilevazione, una codifica e un trattamento matematico rigoroso dei dati fossero l'unica alternativa all'intuizione rapsodica di terapeuti fantasiosi e pericolosamente proclivi al capriccio o al *divertissement* intellettuale a scapito della riproducibilità di risultati "garantiti". Dopo le tante osservazioni radicalmente critiche che abbiamo dedicato alla psicoterapia "basata sulle prove scientifiche", diamo atto a Mancini e Barcaccia (potremmo citare molti altri, ma ormai abbiamo il loro articolo sotto il naso) di una cautela che ci auguriamo di vedere poi secondata nella pratica della ricerca:

Purtroppo la contrapposizione tra psicoterapia come atto inafferrabile e ineffabile da un lato e psicoterapia come giustapposizione arida e rigida di tecniche dall'altro è non solo inutile ma dannosa. Anche in chi, come noi, vede degli spunti positivi nella psicoterapia basata su prove di efficacia, non c'è l'idea che essa debba divenire il fine ultimo cui tendere, né un paradigma assoluto di riferimento, ma la convinzione che possa rivelarsi utile strumento per orientarsi nell'agire clinico, per chi vi si accosta senza pregiudizi.

Colleghi cognitivisti, continuiamo a non essere d'accordo, ma vi prendiamo in parola.

Bibliografia

²² Significativo, anche se non sviluppato dall'autrice, questo richiamo ai *disorders* di cui la psicopatologia intende occuparsi in modo descrittivo e "oggettivo": il termine stesso evoca la rottura di un ordine pregresso, la confusione e il malessere che ne consegue (per il prefisso *dys-* che dal greco antico traduciamo con un peggiorativo del termine cui si lega; nel dizionario del Rocci, *ad vocem*, «indica opposizione, contrarietà, dubbio, difficoltà, incertezza, male»). La rottura di questo ordine della vita mentale è dunque un evento o condizione di natura esistenziale, che esordisce *prima* che la psicopatologia intervenga a descrivere, classificare, "disciplinare" nosograficamente.

²³ A ogni radicalizzazione di tale approccio si era contrapposto già negli anni '80 M. Edelson (v. soprattutto 1984 [1986]) con un programma di ricerca che rigettava le obiezioni di Grünbaum (1977a, 1977b; 1978; 1979) e tentava di integrare il metodo "sintomo-contesto" di Luborsky (1967; 1973) e la strategia *bootstrap* di Glymour (1974; 1980): ma le sue indicazioni poco sembrano aver inciso nel dibattito più recente.

Barak, A., & La Crosse, M.B. (1975). Multidimensional Perception of Counsellor Behaviour. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 471–476.

Barber, J.P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M.E., Weiss, R.D., & Connolly Gibbons, M. B. (2006). The Role of Therapist Adherence, Therapist Competence, and Alliance in Predicting Outcome of Individual Drug Counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.

Baum, L.F. (1900). *The Wonderful Wizard of Oz*. Chicago: Hill.

Benkirane R. (2002). *La teoria della complessità*. Trad. it (2007). Torino: Bollati Boringhieri.

Canguilhem, G. (1966). *Il normale e il patologico*. Trad. it. (1975). Rimini: Guaraldi.

Carli, R. (2007). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 3, www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Chambless, D., & Ollendick, T. (2000). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Cipolla, C.M. (2007). *Contro un nemico invisibile: Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*. Bologna: Il Mulino.

Constantine, M.G. (2002). Predictors of Satisfaction with Counseling: Racial and Ethnic Minority Clients' Attitudes toward Counselling and Ratings of Their Counselors' General and Multicultural Counselling Competence. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 255–263.

Crits-Christoph, P., & Gallop, R. (2006). Therapist Effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and Other Psychotherapy Studies. *Psychotherapy Research*, 16, 178-181.

Danner, D.D., Snowdon, D.A., & Friesen, W.V. (2001). Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.

Dazzi, N., & De Coro, A. (2007). Psicoterapia e ricerca empirica: Due termini inconciliabili o la proposta di un nuovo paradigma nella psicologia clinica?. *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 1, www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Del Corno, F., & Lang, M. (2006). Empirically Supported Treatments vs Empirically Supported Relationships. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 49-64). Milano: Cortina.

Di Nuovo, S. (2000). Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia; intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott. *Laboratorio di ricerca*, 2-3, <http://www.isuri.net/Dinuovo2000.html>

DSM IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV ed., Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it. (1996), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.

Earle, N. (1993). *The Wonderful Wizard of Oz in American Popular Culture: Uneasy in Eden*. New York: The Edwin Mellen Press.

Edelson, M. (1984). *Ipotesi e prova nella psicoanalisi*, trad. it., Roma: Astrolabio, 1986.

Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., & Mahoney, C. (2006a). Therapist Effects in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, 16, 144-160.

Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., & Mahoney, C. (2006b). Rejoinder to Commentaries by Stephen Soldz and Paul Crits-Christoph on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16, 182-183.

Gangemi, G. (2002). *La costruzione sociale della logica: Tra concetti di relazione e concetti di attributi*. Milano: Giuffr .

Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (Eds.). (2007). Per una ricerca empirica che abbia rilievo clinico: la conferenza di Drew Westen alla Sapienza (14 giugno 2006). *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 1, www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Ginzburg, C. (1979). *Spie: Radici di un paradigma indiziario*. In A. Gargani (Ed.), *Crisi della ragione* (pp. 59-106). Torino: Einaudi.

Glaser, B.G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Glymour, C. (1974). Freud, Kepler and The Clinical Evidence. In Wolheim, R. (Ed.), *Freud*. New York: Anchor Press.

Glymour, C. (1980). *Theory and Evidence*. Princeton: Princeton University Press.

Goldfried, M. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10, 1-16.

Grasso, M. (2006). Modelli di salute e patologia mentale: Implicazioni per la ricerca in psicoterapia. *Trasformazioni*, 2, 52-73.

Grasso, M., Stampa, P. (2005). *Correzione di deficit vs promozione di sviluppo in psicoterapia: implicazioni per la valutazione e per la ricerca clinica*. Relazione presentata al V Congresso Nazionale della Society for Psychotherapy Research – Sezione Italiana, San Benedetto del Tronto 16-18 settembre.

- 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. Teoria e metodi dell'intervento*, 1, www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- 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: Amore.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica: Fondamenti teorici*. Roma: Carocci.
- Grünbaum, A. (1977a). How Scientific Is Psychoanalysis? In R Stern, et al. (Eds.), *Science and psychotherapy*. New York: Haven.
- Grünbaum, A. (1977b). Is Psychoanalysis A Pseudo-Science? (I). *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 31, 333-353.
- Grünbaum, A. (1978). Is Psychoanalysis A Pseudo-Science? (II). *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 32, 49-69.
- Grünbaum, A. (1979). Is Freudian Psychoanalytic Theory Pseudo-Scientific By Karl Popper's Criterion Of Demarcation? *American Philosophical Quarterly*, 16, 131-141.
- Hill, C. E. (2006). Introduction to Special Section on Therapist Effects. *Psychotherapy Research*, 16, 143.
- Kaminsky, S.M. (1978). *Murder on the Yellow Brick Road*. New York: St Martin's Press.
- Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R., & Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285-299.
- Kim, D., Wampold B.E., & Bolt D.M. (2006). Therapist Effects in Psychotherapy: A Random Effects Modeling of the NIMH TDCRP Data. *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.
- Lombardo, G.P., & Malagoli Togliatti, M. (1995). *Epistemologia in psicologia clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Luborsky, L. (1967). Momentary Forgetting During Psychotherapy and Psychoanalysis. In R. Holt (Ed.), *Motives and Thought*. New York: International Universities Press.
- Luborsky, L. (1973). Forgetting And remembreing (Momentary Forgetting) during psychotherapy. In M. Mayman (Ed.), *Psychoanalytic Research*. New York: International Universities Press.
- Mancini, F., & Barcaccia, B. (2007). *Psicoterapia "cum grano salis"*. In G. Nicolò, & S. Salvatore (eds.), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia* (pp. 129-133). Roma: Amore.

Nathan, P.E., Stuart, S.P., & Dolan, S.L. (2000), Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.

Nietzsche, F. (1883-1885 [1976]). *Così parlò Zarathustra: Un libro per tutti e per nessuno*. Milano: Adelphi.

Nietzsche, F. (1901-1906 [2006]), *La volontà di potenza*, Milano, Mimesis. *Nota* — Nietzsche non era pronto, al momento della sua scomparsa, per un'edizione dell'opera, la cui prima pubblicazione risale al 1901, quale vol. XV della *Grossoktav-Ausgabe* (Naumann, Leipzig, 1901). Una seconda edizione venne curata nel 1906 da Peter Gast e di Elizabeth Förster-Nietzsche (sorella del filosofo), nei voll. IX-X della *Taschen-Ausgabe*, che arricchiva e ampliava la prima versione, e su cui si sono quasi tutte le edizioni successive.

Nordenstrom, J. (2006). *Evidence-Based Medicine in Sherlock Holmes' Footsteps*, New York: Blackwell.

Owens, L. (Ed.). (1981). *The Complete Hans Christian Andersen Fairy Tales*. New York: Avenel Books.

Paulson, B.L., Truscott, D., & Stuart J. (1999). Clients' Perception of Helpful Experiences in Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 317–324.

Peirce, C.S. (1935-1966). *Collected Papers*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Peterson, C., & Seligman M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Oxford: Oxford University Press.

Pinn, V.W., Harden, J.T., & Blehar M.C. (2002). *Outreach Notebook: For the Inclusion, Recruitment and Retention of Women and Minority Subjects in Clinical Research*, (U.S. Department of Health & Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health Publication No.03–7036). Consultato il 4 aprile 2004 su <http://www4.od.nih.gov/orwh/outreach.pdf>.

Ravaglia, G. (2003). Psicoterapia "evidence-based", http://www.risorse-psicoterapia.org/movimento_est.htm (*Nota* — Alla data del 28 giugno 2008 il lavoro non appare nel sito)

Roncaglia, G.C. (2006). *Il jazz e il suo mondo*. Torino: Einaudi.

Roudinesco, E. (1999). *Pourquoi la psychanalyse?* Paris: Fayard. Trad. it. (2000). *Perché la psicanalisi?* Roma: Editori Riuniti.

Sanders Thompson, V.L., Bazile, A., & Akbar M. (2004). African Americans' Perceptions of Psychotherapy and Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1, 19–26.

Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism*. New York: Simon & Schuster.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.

Soldz, S. (2006). Models and Meanings: Therapist Effects and the Stories we Tell. *Psychotherapy Research*, 16, 173-177.

Sorokin, P.A. (1965). *Mode e utopie nella sociologia moderna e scienze collegate*. Firenze: Ed. Universitaria.

Speilberger, C.D., & Vagg, P.R. (1970). *Questionario di autovalutazione STAI*. Trad. it., Firenze: Organizzazioni Speciali, 1980.

Stampa, P. (1990). "Malpractice". *Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell'errore in psicologia clinica*. In P. Colamonicò, G. Montesarchio, & C. Saraceni (Eds.), *Psicodiagnostica e psicoterapia: "Parliamo di errori"* (pp. 147-159). Roma: SIRP (Società Italiana per la Ricerca Psicodiagnostica).

Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. In *American Journal of Psychiatry*, 160, 1272-1284. Trad. it. (2004). La salute mentale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 465-490.

Wade, P., & Berstein, B.L. (1991). Cultural Sensitivity Training and Counselor's Race: Effects on Black Female Clients' Perception and Attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 9-15.

Wakefield, J.C. (1992). Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.

Wakefield, J.C. (1997). When is Development Disordered? Developmental Psychopathology and the Harmful Dysfunction Analysis of Mental Disorder. *Development & Psychopathology*, 9, 269-290.

Wakefield, J.C. (1999). Evolutionary versus Prototype Analyses of the Concept of Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 373-399.

Wakefield, J.C. (2004). Realtà e valori nel concetto di salute mentale: Il disturbo come disfunzione dannosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 439-464.

Wakefield, J.C. (2005). Il concetto di salute mentale: Una critica a Vaillant. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 91-96.

Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist Effects: Clever Ways to Make Them (and Everything Else) Disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184-187.

Ward, E.C. (2005). Keeping It Real: A Grounded Theory Study of African American Clients Engaging in Counseling at a Community Mental Health Agency. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 471-481.

Webster's New World Dictionary (1977). New York: Harper Collins.

Westen, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663. Trad. it. (2005). Lo statuto empirico delle psicoterapia validate empiricamente: Assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 7-90.

Wilson, G. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 363-375.