

EDITORIALE

di Renzo Carli*

La relazione è l'oggetto e l'obiettivo dell'intervento psicologico clinico.

La psicologia clinica può essere definita quale psicologia della relazione.

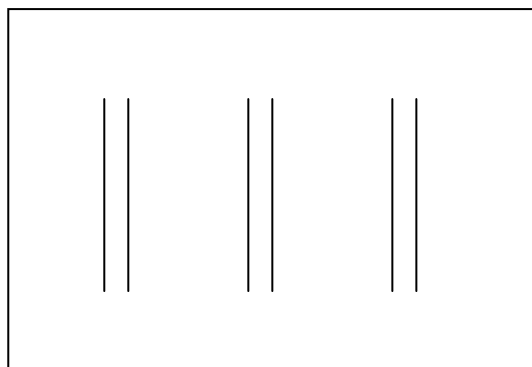
Molti sono d'accordo con queste affermazioni, che già sono state trattate in alcuni contributi di questa Rivista di Psicologia Clinica.

Pensiamo che molta strada debba essere compiuta per approfondire appieno il senso di una psicologia clinica come psicologia della relazione.

1 - Un primo esempio.

Durante una delle prime lezioni del mio corso universitario di Psicologia Clinica, mi propongo di presentare i due ceppi originari della psicologia: il comportamentismo da un lato, la gestalt dall'altro. Una delle osservazioni che pongo al proposito concerne la modalità di rilevazione dei dati nelle sperimentazioni classiche entro i due orientamenti. Sottolineo come la sperimentazione comportamentista si proponga di osservare e misurare dati "oggettivi", entro una prospettiva empirista in senso stretto. Se si riesce a misurare con il sistema CGS (centimetro, grammo, secondo) lo stimolo e se si riesce a dare una qualche misura alla risposta comportamentale, si può disporre di dati numerici appartenenti a scale di misurazione ordinali o di intervallo. Nell'ambito della gestalt, di contro, si fa spesso affidamento su quanto riferisce il "soggetto" sperimentale, si rilevano valutazioni o risposte soggettive, e quindi si hanno dati che vanno letti e trattati solo entro la relazione con lo sperimentatore. Solitamente questa affermazione è di difficile elaborazione da parte degli studenti che frequentano la fase iniziale del secondo anno dei loro studi universitari.

Per facilitare la comprensione delle mie proposte teoriche, porto esempi di sperimentazione comportamentista e di sperimentazione gestaltica. Nell'ultima lezione ho proposto, a proposito della sperimentazione gestaltica, la seguente figura alla lavagna:



Ho poi chiesto cosa gli studenti "vedevano" in ciò che avevo tracciato. Una prima studentessa dice: "tre colonne"; un secondo studente dice: "tre strade" e così molti sottolineano la presenza di un senso in quanto è loro presentato, raggruppando in tre elementi il disegno ed attribuendo ad essi un significato "oggettuale". Alza poi la mano una studentessa, mi guarda con uno sguardo ironico, di sfida e dice: "sei righe". Nell'aula, molti ridono. Quest'ultima studentessa sembra aver colto quanto stavo loro proponendo, vale a dire l'efficacia del principio di vicinanza che "costringe" a mettere assieme le righe vicine e le configura in una gestalt dotata di senso (colonne, strade...); prova fastidio e rabbia (le parole sono le sue, nel riconoscere le proprie emozioni nel corso dell'analisi dell'esperienza) per questa sorta di "manipolazione" da parte del docente; pensa, così,

*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.

che l'unico modo per sconfermare quanto il docente "impone loro di vedere" sia la scomposizione del disegno, quindi una risposta "alla lettera". L'evento nel suo insieme, in sintesi, può essere compreso se si hanno modelli per leggere la relazione, il contesto entro il quale la relazione avviene: ciò consente di comprendere come una risposta affidata all'auto-osservazione del soggetto, entro una situazione sperimentale, prenda senso solo se iscritta entro la relazione che organizza la situazione sperimentale stessa. Nel nostro caso la giovane ed intelligente studentessa ha dato preminenza alle emozioni suscitate il lei dalla proposta sperimentale del docente, ed ha riorganizzato la situazione al fine di renderla contemporaneamente critica e ironica.

2 - Un secondo esempio

Una psicologa, da poco laureata, partecipa ad un progetto di sostegno in una scuola elementare del Centro Italia. Di fatto, le si chiede di affiancare il lavoro dell'insegnante di sostegno¹ di una prima classe elementare, fornendo una consulenza psicologica. Le due insegnanti, quella curricolare² e quella di sostegno, sin dal primo incontro con la psicologa le pongono un problema. A parlare è l'insegnante curricolare, che racconta di una madre, aggressiva e problematica, e della sua bambina "disabile"; la madre pretende che sua figlia sia davvero integrata nella classe, quindi non sia affidata alla sola insegnante di sostegno e possa tenere il passo delle altre compagne, normodotate, nell'apprendimento³. L'insegnante ricorda che, per fronteggiare la madre in questione, serve spesso alzare la voce.

Chiede poi alla psicologa se è in grado di confermare alcuni suoi sospetti su questa bambina che, secondo lei, non sa distinguere i colori⁴; quando le si chiede di che colore sia un oggetto od una figura dell'album dei disegni, la bambina risponde sempre e solo: blu. L'insegnante di sostegno avvalora l'impressione della collega curricolare. Cosa fa allora la nostra psicologa? In poco più di mezz'ora si avvicina alla bambina, le fa vedere delle pagine variamente colorate, le chiede affettuosamente di indicare i colori delle figure e accerta che il riconoscimento dei colori avviene con regolarità. Può quindi rispondere alla domanda delle due insegnanti: la bambina sa distinguere i colori. La reazione dell'insegnante curricolare è brusca: l'allieva deve aver appreso a vedere e denominare i colori di recente, nell'ultima settimana.

Ecco una situazione ove, nella sua funzione di consulenza, la psicologa sembra non tener conto della relazione che la consulenza comporta. Il problema posto alla psicologa sembra riguardare, se visto al di fuori della relazione, un singolo individuo e le sue connotazioni individuali: un presunto deficit nella visione dei colori. Deficit che sembra del tipo "acromatopsia", usualmente genetico: un disturbo che difficilmente può passare sotto silenzio, almeno all'attenzione della madre, per l'intero

¹ L'insegnante di sostegno assiste, all'interno della scuola, studenti con difficoltà di apprendimento legate a problemi fisici, sensoriali, cognitivi o comportamentali. In particolare affianca gli studenti durante le attività scolastiche, nell'ottica di facilitare e rendere possibile l'integrazione scolastica degli allievi diversamente abili. L'insegnante di sostegno è un insegnante specializzato nell'ambito universitario; viene assegnato, in piena contitolarità con gli altri docenti, alla classe in cui è inserito il soggetto diversamente abile per attuare forme di integrazione a favore degli alunni portatori di handicap e realizzare interventi individualizzati in relazione alle esigenze dei singoli alunni.

² Per insegnante curricolare s'intende l'insegnante che si fa carico dell'apprendimento dell'intera classe scolastica, ove sono presenti anche allievi disabili, affidati all'insegnante di sostegno per la realizzazione di programmi specifici d'apprendimento e di socializzazione. Le due insegnanti (curricolare e di sostegno) sono tenute a collaborare al fine dell'integrazione.

³ La domanda della madre, a ben vedere, è pienamente coerente con l'obiettivo della legge sulla integrazione degli handicappati a scuola. Ma si scosta dalla prassi usuale, che vuole gli studenti portatori di handicap isolati e separati dal resto della classe, così da consentire il "normale" svolgimento dell'apprendimento, senza il "disturbo" di chi viene controllato dall'insegnante di sostegno. E' proprio questa situazione di separazione che la madre in questione vorrebbe evitata per la figlia.

⁴ Le varie forme di cecità ai colori sono usualmente di origine genetica. Si parla di *protanopia* o daltonismo quando la cecità è più accentuata per il colore rosso; di *deuteranopia* se la cecità concerne prevalentemente il verde; di *tritanopia* quando la visione confonde tra il giallo ed il blu; di *acromatopsia* quando la cecità ai colori è pressoché completa. Per l'accertamento delle forme di cecità ai colori esistono su Internet vari strumenti di prova che consentono, in poco tempo, di verificare il disturbo.

arco dei sette anni di vita della bambina. Il comportamento della psicologa è volto a dare una risposta all'interrogativo dell'insegnante, senza alcuna questione circa la natura (relazionale) della domanda che le viene posta. L'insegnante curricolare, d'altro canto, ha parlato in modo aggressivo della madre; madre che "pretende davvero" l'integrazione della figlia entro la classe scolastica e che sembra non voler accettare i limiti d'apprendimento della figlia. La psicologa potrebbe chiedersi quale sia il motivo per cui la bambina "diversamente abile" dia quelle risposte stereotipate e ripetitive alla richiesta dell'insegnante sui colori, mentre con la gentilezza e l'affetto di un rapporto sereno con lei, sa riconoscere e denominare correttamente i colori. Potrebbe, forse, insorgere in lei il sospetto che la cecità ai colori sia l'handicap cercato, da aggiungere all'instabilità emozionale della bambina, per poter disilludere la madre sulle potenzialità d'apprendimento della figlia. In altri termini, la psicologa potrebbe interrogarsi sulla relazione tra le due insegnanti e la bambina, in rapporto alla relazione tra le stesse insegnanti e la madre. Potrebbe anche istituire una condizione del lavoro di consulenza ove facilitare l'interrogarsi delle due insegnanti sul loro problematico rapporto con la madre della bambina, e *quindi* con la stessa alunna ipodotata. C'è poi da prendere in considerazione la relazione tra le due insegnanti e la psicologa. Così come quella delle due insegnanti tra loro. Si può guardare alla domanda rivolta alla psicologa come ad una sua strumentalizzazione volta ad avvalorare la disabilità della bambina: volta quindi a contestare la richiesta della madre, mettendola a confronto con i vari disturbi che la figlia manifesta nella classe, ai quali s'aggiunge una disabilità a riconoscere e nominare i colori. Si può anche considerare quanto il riconoscimento dei colori sia importante, per le due insegnanti, per lavorare nelle prime fasi dell'apprendimento elementare, vale a dire a "leggere, scrivere e far di conto". E' l'insegnante curricolare che sospetta la probabile cecità ai colori della nostra bambina. La madre chiede che si abbia integrazione tra insegnamento curricolare e insegnamento di sostegno. Usualmente tale integrazione ha scarse probabilità di realizzazione, e la psicologa dovrebbe conoscere bene la situazione. Si tende a delegare all'insegnante di sostegno il prendersi cura degli alunni ipodotati, al fine di consentire all'insegnante curricolare un lavoro "normale", con gli alunni "normali". La madre sembra voler mettere in discussione tale scissione, e richiede l'integrazione quale strategia opposta a quella volta a scindere tra funzioni di sostegno e funzioni curricolari. Potrebbe essere interesse dell'insegnante curricolare il sottolineare i disturbi della bambina: come è possibile perseguire con l'alunna un apprendimento con ritmi normali, se la bambina non sa nemmeno a distinguere i colori?

3 - Un terzo esempio.

Un terzo esempio, che traiamo dal volume "La felicità", di Paolo Legrenzi (1998)⁵. Si tratta di una situazione sperimentale che l'Autore propone al lettore. Il tema dell'esperimento, che qui non vogliamo analizzare nel merito ma solo utilizzare quale oggetto di commento, riguarda l'"endowment effect" teorizzato da Richard Thaler, ripreso poi da Daniel Kahneman e dal suo gruppo⁶.

"Ecco le istruzioni che il direttore del gioco deve seguire.

Una volta divisi gli amici in due gruppi, chiamiamo uno dei due il *gruppo dei venditori*. A ciascuno dei membri di questo gruppo viene regalata, ad esempio, una tazza. Precisato che la tazza è loro, e possono tenercela, viene loro chiesto quanti soldi vogliono per restituire la tazza al direttore del gioco. In altre parole, a quale prezzo accettano di *vendere* la tazza.

Al secondo gruppo, quello dei *valutatori*, viene invece chiesto, all'insaputa degli altri, di indicare quanti soldi sarebbero disposti a pagare per avere lo stesso oggetto che è stato regalato ai *venditori*.

⁵ L'Autore fa riferimento ad un classico esperimento di psicoeconomia, condotto da D. Kahneman, G. L. Knetsch e R. H. Thaler. Manca, nel volume, la citazione del lavoro scientifico ove è presentato l'esperimento proposto dal Premio Nobel per l'economia e dei suoi collaboratori.

⁶ La teoria economica classica ipotizza che la propensione a *pagare* per acquisire un oggetto o un bene debba essere eguale alla propensione ad *essere pagati* per privarsi dello stesso oggetto o dello stesso bene. Nella teoria si parla di "*willingness to pay (WTP)*" e di "*willingness to accept (WTA) compensation to be deprived of the good*". L'endowment effect dice, di contro, che le persone conferiscono un valore più alto agli oggetti o ai beni che sono in loro possesso, se confrontato con il valore attribuito agli stessi oggetti, se debbono essere acquisiti perché non posseduti.

Ogni persona dei due gruppi dovrà scrivere la cifra su un pezzetto di carta, senza mostrarlo agli altri. Viene inoltre spiegato che, una volta scritta la stima, verrà rivelato il prezzo vero di mercato. E' il prezzo pagato dal direttore per acquistare le tazze, prima del gioco.

Finita la fase delle stime, si guardano i prezzi scritti sui foglietti di carta. Se un membro del gruppo dei *venditori* ha scritto un prezzo inferiore a quello *vero*, quello d'acquisto, allora *si tiene* la tazza. Se un membro del gruppo dei *valutatori* ha scritto un prezzo inferiore a quello *vero*, allora *ottiene* in regalo la tazza. Se invece la cifra scritta è superiore al prezzo *vero*, sia il *venditore* che il *valutatore* finiscono il gioco con una somma corrispondente al prezzo *vero*. Il *venditore* restituisce al direttore del gioco la tazza e ottiene i soldi. Il *valutatore* ottiene direttamente la stessa somma di danaro.

La storia sembra un po' complicata. In realtà sia i *venditori* che i *valutatori* hanno di fronte la stessa semplice scelta: trovarsi, alla fine del gioco, con in mano o una certa somma di danaro oppure la tazza. *Si noti inoltre che non è plausibile pensare che la tazza abbia assunto, per i venditori, un valore affettivo*⁷. Infatti è stata loro regalata all'inizio del gioco. L'hanno appena avuta, come se l'avessero vinta a una lotteria, ma senza neppure il merito della vittoria.

Dal punto di vista obiettivo il gioco ha creato una sola differenza tra i venditori ed i valutatori. I primi la tazza l'hanno posseduta, anche se per pochissimo tempo. Basterà questo pochissimo tempo di possesso a differenziare il comportamento dei due gruppi di persone?

Provate a contare quanti sono i giocatori che alla fine del gioco preferiscono tenersi la tazza: vedrete che ce ne sono sempre molti di più nel gruppo dei *venditori*. Provate inoltre a fare la media dei prezzi scritti sui foglietti: vedrete che il prezzo medio indicato dai *venditori* è sempre maggiore di quello dei *valutatori*.

Abbiamo qui a che fare con un *meccanismo cognitivo allo stato puro*⁸: il fatto che un oggetto sia mio, anche se non mi ci sono ancora affezionato, ne fa aumentare il valore ai miei occhi. Dal punto di vista di un economista o di un esperto uomo d'affari tutti i giocatori sono nella stessa condizione. Si tratta semplicemente di stabilire quando valga un dato oggetto.

Dal punto di vista psicologico, le cose stanno in modo molto diverso per i membri dei due gruppi. I *valutatori*, infatti, si trovano a decidere qual è la somma minima di denaro a cui preferiscono rinunciare pur di avere la tazza. I *venditori*, invece, hanno già la tazza. Loro si trovano a dover decidere se disfarsene in cambio di una certa somma di denaro, che loro stessi devono stabilire. La tazza è già stata "incorporata" nei loro beni. I diversi comportamenti indicano che dispiace di più perdere qualcosa che è nostro, rispetto al piacere di acquisirlo. La misura di questo dispiacere è, per l'appunto, la differenza media delle somme di denaro indicate nei due gruppi." (p.24-25).

Come già detto, non è nostra intenzione entrare nel merito della situazione sperimentale descritta; proponiamo un commento alla descrizione che l'Autore propone dell'esperimento; invitiamo anche a guardare attentamente alle considerazioni psicologiche che l'Autore trae dalla sua descrizione.

Viene "regalata" una tazza ad un gruppo di persone. Subito dopo, il "donatore" chiede loro di rivendergli la tazza. Non sembra una relazione un po' strana? L'Autore dice che si tratta di un "meccanismo cognitivo allo stato puro": parla del fatto che il regalo ha consentito al soggetto sperimentale di "possedere" l'oggetto, e questo fa aumentare il valore dell'oggetto ai suoi occhi. Ma si tratta del possesso (fenomeno apparentemente individualista) o della *relazione*; di una relazione curiosa, carica di significati simbolico-emozionali, dove c'è una persona che ti "regala" un oggetto, e subito dopo ti chiede di ritornarglielo a pagamento? Ricordo che, nei miei giochi infantili, veniva recitata, al proposito, una minacciosa filastrocca: "cosa data e ritornata, va all'Inferno incatenata"; questa filastrocca serviva proprio ad esorcizzare quella volubilità infantile che portava a regalare all'amico del cuore un oggetto importante, per poi chiederne la restituzione per via di un pentimento o di un subitaneo conflitto. Quando si organizzano situazioni sperimentali, in psicologia, ci si chiede quale tipo di relazione lo sperimentatore si propone di mettere in atto? Ci si chiede se il risultato che otteniamo sia legato al fenomeno che intendiamo verificare, o piuttosto alla relazione che istituiamo per rendere possibile il verificarsi laboratoristico del fenomeno stesso? Più in generale, la psicologia sperimentale può ignorare la psicologia clinica e la sua componente relazionale?

Bibliografia

Legrenzi, P. (1998). *La felicità*. Bologna: Il Mulino.

⁷ Il corsivo è mio

⁸ Il corsivo è mio.

La Psicologia Clinica oggi, tra teoria e pratica, formazione e ricerca: piccolo contributo a un dibattito aperto

di Cesare Albasi*, Franco Borgogno**, Antonella Granieri***, Rita Ardito*, Gabriele Cassullo****, Franco Freilone****, Gabriella Gandino*, Claudia Lasorsa****, Alessandra Perfetti*****, Claudia Ricco****, Fabio Veglia*****

Vorremmo proporre, in questo scritto, alcuni punti per contribuire a una riflessione sulle caratteristiche fondamentali della psicologia clinica e per partecipare al dibattito, mai concluso e mai sopito, sulle dimensioni essenziali della formazione necessaria per la sua pratica.

I "termini" che definiscono la cornice del nostro discorso su alcuni aspetti dei fondamenti della psicologia clinica potrebbero essere così sintetizzati:

- l'irrinunciabile riferimento al significato dell'esperienza personale e alla soggettività, del paziente e dello psicologo, nella pratica clinica; i concetti connessi di specificità, di riconoscimento e di incontro delle specificità;
- l'innegabile importanza della persona del clinico, e della matrice relazionale propria sia della valutazione del paziente sia del trattamento;
- la prospettiva evolutiva che anima la comprensione clinica e l'intervento che ne deriva (una comprensione che comprende il paziente a partire dalla sua storia prefiggendosi di favorire il suo sviluppo, senza ridurre il trattamento a una mera "cancellazione dei sintomi");
- una visione della psicopatologia che, pur implicandole, non si riduce alle manifestazioni comportamentali-sintomatiche, e che riguarda i temi di fondo dell'esistenza di una persona, e la sua impossibilità di realizzarsi nei diversi ambiti della propria crescita, nelle relazioni interpersonali e nelle diverse fasi della vita;
- una concezione dell'eziologia che tiene conto del contesto delle relazioni di attaccamento nell'ambiente evolutivo del paziente.

La psicologia clinica: una breve riflessione sui suoi fondamenti

Molte sono le definizioni proposte per questa disciplina. Ricordiamo, come riferimento importante, quella del Collegio dei professori e dei ricercatori di psicologia clinica delle università italiane¹.

Pensare in termini di psicologia clinica significa, in primo luogo, riferirsi alla *sofferenza* e alla *patologia*.

Sappiamo che il dolore e la psicopatologia non hanno una relazione lineare fra loro. Gravi psicopatologie non sono vissute con un'esperienza soggettiva consapevole di intensa sofferenza; in alcune situazioni la sofferenza può essere "emigrata" ed esprimersi nel corpo o anche attraverso le persone del contesto relazionale nel quale l'individuo vive.

Quanto più una persona possiede un buon funzionamento psichico tanto più sarà in grado di sperimentare e sopportare il dolore connesso a episodi esistenziali molto scompensanti accogliendone appieno il loro significato. Pensiamo, per esempio, alle perdite necessarie della vita e a come queste possano essere elaborate soltanto attraverso un processo di lutto e cioè di profondo dolore. Nelle patologie gravi, invece, l'esperienza interna di dolore è alterata proprio a causa della

* Ricercatore in Psicologia clinica, Università di Torino. Torna su

** Professore ordinario di Psicologia Clinica, l'Università di Torino.

Direttore della Scuola di Specializzazione in "Psicologia Clinica" dell'Università di Torino.

Coordinatore della Sezione "Psicologia Clinica e delle Relazioni Interpersonali" della Scuola di Dottorato in Scienze Umane dell'Università di Torino.

*** Professore associato di Psicologia clinica, Università di Torino.

**** Dottorato di ricerca in "Psicologia Clinica e delle Relazioni Interpersonali".

***** Psicologa, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino.

***** Professore ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università di Torino.

¹ Cfr.: http://www.collegiopsicologicauniv.it/ita_ambiti.htm.

frammentazione della soggettività: il luogo dove potrebbe essere sperimentata la sofferenza è cancellato dalla patologia. Se la psicopatologia prende il sopravvento in questi termini, essa può strutturarsi *anche* dando vita a una numerosa varietà di sintomi (che, come abbiamo detto, possono presentarsi anche nelle persone vicine, data la dimensione relazionale fondante il funzionamento mentale).

Per quanto riguarda i sintomi, i progressi della clinica nel nostro campo hanno permesso di descriverli meglio e di inquadrarli con maggior precisione in nosografie sempre più evolute e raffinate. Lo sviluppo della nosografia ha mostrato la sua utilità soprattutto offrendo categorie diagnostiche che hanno permesso una sperimentazione e una disponibilità di psicofarmaci sempre più efficaci, che permettono un certo controllo o una remissione, almeno parziale, dei sintomi; ma l'assolutizzare questa direzione di cura (o il primato che talvolta le è assegnato) non tiene conto dell'integrità e della complessità della persona nel contesto delle sue relazioni significative. Il progresso della psicologia clinica ci permette di comprendere, con chiarezza crescente, che un'attenzione esclusivamente limitata ai sintomi e alle dimensioni nosografiche rischia paradossalmente di perpetuare, nel rapporto con il paziente, quella cancellazione della sua soggettività che è strettamente legata alla natura della sua psicopatologia.

La psicologia clinica, d'altro canto, offrirebbe – proprio quando dischiude lo sguardo su ciò che le è precipuo, ossia la soggettività e le relazioni – la possibilità di comprendere e intervenire in modo più ampio e più profondo sulla psicopatologia. Il discorso sulla sofferenza e sulla psicopatologia non può, del resto, prescindere dal riferimento alla soggettività e alle relazioni, intese come luoghi di costruzione del significato dell'esperienza personale.

Nella storia della psicologia ci sono stati tentativi di escludere la soggettività e il significato dai propri ambiti di studio e di intervento (pensiamo al primo comportamentismo e all'iniziale approccio sistemico-relazionale). Oggi gli orientamenti teorici che costituiscono le diverse "anime" della psicologia clinica appaiono meno in contrasto tra loro²; contrasto che invece è attuale rispetto all'ondata biologista che cerca di spazzare via ogni riferimento a dimensioni che non siano materiali od oggettiviste.

Come psicologi clinici, dobbiamo riflettere seriamente su queste posizioni riduzioniste: esse non fanno parte soltanto del passato e, forse, non riguardano soltanto "gli altri". Intendiamo dire che la nostra mente fatica "strutturalmente" a sostenere la complessità, soprattutto quando si trova immersa in situazioni di grande sofferenza; l'esigenza di difendersi tramite semplificazioni e riduzioni è un rischio che ognuno di noi corre nel coinvolgersi, come persona e come professionista, nella sua pratica clinica. Tuttavia, non è accettabile che questa esigenza di difesa sia rovesciata nel suo contrario e venga ideologizzata con prese di posizione (epistemologiche, teoriche, pragmatiche e politiche) che sarebbero, forse, risultate più adeguate nel contesto scientifico di due secoli fa. La sicurezza (in termini emotivi e anche di identità professionale) che la materialità del corpo o la (presunta) oggettività dei sintomi (somatici o comportamentali) può offrire in altri ambiti della pratica clinica diventa, se trasferita nella psicologia clinica, una sicurezza guadagnata difensivamente a scapito dello smarrimento di ciò che le è essenziale. In questo caso, l'essenziale è invisibile per chi non lo vuole vedere.

Anche il concetto di *mente* può essere definito (e lo è stato) in molti modi. A un basso livello di astrazione teorica, e rimanendo all'interno dei confini del contesto concettuale che stiamo delineando, possiamo intendere la mente come una sorta di complesso apparato (un sistema di processi) volto alla ricerca del significato delle esperienze. Non possiamo vivere senza significato e senza sentirci significativi per qualcun altro (che a nostra volta riteniamo significativo). Oggi esiste una convergenza tra i differenti orientamenti sul fatto che il significato delle esperienze personali viene costruito nelle relazioni, e la soggettività è in continua e reciproca definizione con l'intersoggettività. Noi abbiamo, quindi, bisogno di *relazioni* (significative) per costruire significati più consistenti, condivisi, convalidati, intersoggettivamente riconosciuti.

In ogni caso, se la soggettività è il luogo di costruzione del significato dell'esperienza, non può essere data per scontata, ha bisogno di svilupparsi e, come abbiamo prima constatato, le psicopatologie più gravi testimoniano come essa possa essere frammentata, discontinua, "spazzata via" proprio in alcune sue dimensioni o livelli importanti. La mente è un concetto più ampio che comprende anche processi che testimoniano e perpetuano il fallire del reperimento di significato. Questi processi, cioè, testimoniano i fallimenti che hanno caratterizzato in modo traumatico lo *sviluppo* personale.

² Nel momento in cui un nuovo orientamento teorico nasce e muove i primi passi per definirsi ha bisogno di stabilire e mantenere confini più rigidi con altri orientamenti, affinché l'emergere delle differenze sia la base sulla quale costruire la propria identità concettuale, metodologica e tecnica.

Il modo di costruire intersoggettivamente i significati delle esperienze si sviluppa lungo la storia delle relazioni. Le prime relazioni, ci dicono i ricercatori, sono fondamentali soprattutto per la regolazione degli stati affettivi. Se il bambino fa esperienza della possibilità di regolare gli stati propri e delle sue figure di attaccamento, sia in modo autonomo sia in modo interattivo, all'interno di una varietà di scambi relazionali caratterizzati da organizzazione e da flessibilità, avrà l'occasione di fondare il suo senso di vitalità (che è appunto il fondamento evolutivo del senso di avere una mente funzionante) e una soggettività piena, consistente e saldata al contesto di relazioni interpersonali significative. L'essere umano può infatti sviluppare una mente sana e funzionante solo se, fin dall'inizio della sua esistenza, è significativo per qualcun altro (per le sue figure di attaccamento).

Inoltre, il contesto delle relazioni dello sviluppo di un individuo costituisce la matrice per la ricerca del significato (e di ciò che egli riterrà significativo) nelle relazioni successive.

Il riferimento alla *dimensione evolutiva*, perciò, è un altro pilastro della psicologia clinica. L'insuccesso dei processi evolutivi che abbiamo brevemente richiamato comporta l'insorgenza di psicopatologia: essa pertiene lo scompaginarsi delle dimensioni di fondo della vita mentale, vale a dire lo scompaginarsi della propria soggettività e delle proprie relazioni come sorgenti di significatività.

L'intervento clinico psicologico può essere pensato e declinato in questa cornice. Soggettività e relazione diventano, allora, sia *oggetti* sia *strumenti* della psicologia clinica: oggetti di osservazione per la comprensione della psicopatologia, oggetti di studio scientifico; strumenti di intervento e mezzi per il cambiamento.

Prima di prendere in considerazione alcuni punti relativi alla pratica della psicologia clinica e alla formazione, vorremmo sottolineare l'importanza della ricerca scientifica.

Funzione della teoria e rilevanza della ricerca in psicologia clinica

La psicologia clinica, come disciplina scientifica, deve occuparsi della crescita della conoscenza sui temi che le sono propri: ne sono un esempio quelli che sono stati precedentemente introdotti.

Caratteristica delle discipline scientifiche è lo sviluppo di modelli e teorie attraverso l'esplicitazione, l'applicazione e il perfezionamento di un *metodo* che permetta al meglio la comprensione dei loro oggetti di studio. Il metodo scientifico spinge a cercare e a fornire garanzie continue per le conoscenze formulate da una disciplina, in termini di sistematicità, condivisibilità, uso disciplinato della ragione, riferimento alla realtà empirica come riscontro per le ipotesi teoriche.

Considerare la psicologia clinica come una disciplina scientifica offre molti vantaggi. Ma la ricerca è un'attività pratica con proprie esigenze e peculiarità, ed essendo la nostra disciplina anch'essa una pratica professionale il quadro nel quale sfruttare la fondazione scientifica delle sue conoscenze è un quadro complesso, che richiede il rispetto della sua complessità.

Il passaggio dal contesto della ricerca scientifica a quello della pratica clinica psicologica è tutt'altro che scontato e risulta costantemente problematico data l'importanza fondamentale che il clinico assegna alla soggettività e alla relazione (oltre ad altri oggetti di studio difficilmente indagabili sperimentalmente, quali ad esempio la sofferenza, la relazione, il primo sviluppo, ecc.). Il rapporto tra clinica e ricerca è pertanto in continua costruzione.

La ricerca, nel nostro ambito, è innanzitutto una *ricerca concettuale e teorica*. La precisazione sistematica e argomentata delle nozioni utilizzate per le formulazioni teoriche è un passaggio decisivo per la crescita del sapere anche nella psicologia clinica.

Le teorie ben formulate offrono la possibilità di fare esperienza di osservazioni maggiormente articolate. Le teorie funzionano vincolando lo sguardo dell'osservatore ai livelli di realtà specifici che esse stesse indirizzano a mettere a fuoco. La teoria offre quindi *vincoli e possibilità* come condizioni non scindibili per un'osservazione scientificamente orientata.

Anche nell'osservazione clinica la teoria permette allo psicologo di assumere lo specifico punto di vista dal quale cogliere alcune tra le molteplici sfaccettature che compongono la complessa realtà psichica e relazionale del paziente (sia esso individuo, coppia o famiglia). Il clinico, però, non può essere un osservatore "neutrale" e "distaccato" rispetto al suo oggetto di studio: al contrario, deve sapersi coinvolgere, sapersi immedesimare, ampliare la sua osservazione con ciò che sente, con le sue associazioni ideative e le sue fantasie. Questo è necessario per osservare la soggettività e la relazione, specifici oggetti della psicologia clinica.

Le conoscenze teoriche sono indispensabili anche per poter osservare i fenomeni clinici in un modo che risulti condivisibile dalla comunità scientifica: sono indispensabili ma non sufficienti. Un conto è la condivisibilità delle conoscenze tra colleghi, un conto è la loro *convivibilità*, con se stessi e con i pazienti.

Conoscenze teoriche e formazione personale sono aspetti che si intrecciano in modo inestricabile. La ricerca scientifica in psicologia clinica, per essere utile, deve sviluppare modelli che tengano conto di questa complessità e che aiutino ad articolare conoscenze teoriche e coinvolgimento soggettivo in modi armoniosi e specifici per ogni singolo psicologo clinico.

Oltre a quella teorica, altre dimensioni della ricerca vanno prese in considerazione.

Sappiamo che la psicologia come scienza dell'uomo è stata creata da grandi studiosi che hanno proposto ampie riflessioni sulla natura e sulle funzioni della mente; la psicologia clinica è stata sviluppata, in special modo, da clinici che hanno saputo alimentare la teoria grazie alla riflessione sulla loro esperienza professionale. La *ricerca storica* sul pensiero dei grandi autori è, quindi, parte costitutiva ed essenziale della nostra disciplina.

Altra dimensione centrale per lo sviluppo delle conoscenze scientifiche nella psicologia clinica è la *ricerca empirica*. Pur non essendo stata parimenti caratterizzante per la storia dei suoi diversi orientamenti, oggi la ricerca empirica è molto cresciuta, sia quantitativamente sia qualitativamente, e offre importanti contributi in molti ambiti di pertinenza della psicologia clinica: la psicopatologia, il momento diagnostico e i suoi strumenti, il processo e l'esito delle psicoterapie, il colloquio clinico, la consulenza, gli interventi brevi e focali, le dinamiche relazionali della coppia e della famiglia, la relazione madre-bambino nelle fasi di formazione delle prime operazioni mentali, lo sviluppo lungo l'arco della vita, il funzionamento del cervello e il suo rapporto con le esperienze e le funzioni psichiche, ecc.

La pratica della psicologia clinica e il cambiamento

Come abbiamo detto, lo psicologo clinico non è innanzitutto un teorico o un ricercatore della disciplina. La psicologia clinica è anche e soprattutto una pratica, una pratica professionale, clinica per l'appunto. Dirigiamo allora la nostra attenzione dalla disciplina al suo artefice: lo psicologo clinico. In effetti, una premessa al lavoro clinico è che il paziente incontri la *persona* dello psicologo e affronti un lavoro clinico con lui. Le differenze individuali e la soggettività sono perciò non il problema ma l'ingrediente essenziale della pratica della psicologia clinica. Lo psicologo clinico è orientato da una teoria condivisa e fa affidamento su una formazione condotta all'interno di una determinata prospettiva, ma il suo intervento sarà efficace nella misura in cui sarà personale e creativo, e quindi unico e singolare, e rivolto alla specificità e irripetibilità del paziente e della sua situazione.

Se abbiamo sottolineato alcune caratteristiche generali della psicologia clinica sul piano dei fondamenti e delle convergenze dal punto di vista teorico, quando ci spostiamo nel campo dell'intervento e della pratica dobbiamo valorizzare le differenze e le specificità, che assumono un'importanza e un ruolo centrale: differenze tra gli psicologi e differenze tra gli atteggiamenti clinici favoriti da diverse teorie, che pur sono vicine nelle premesse epistemologiche e nelle assunzioni di fondo sulla mente e sulla psicopatologia e sul rilievo assegnato a soggettività e relazione.

I molti paradigmi della psicologia clinica hanno assegnato, lungo la sua centenaria storia, un ruolo e un'importanza differente ai fattori cognitivi, emotivi, comportamentali e relazionali nel processo terapeutico. Inoltre, questi fattori, o dimensioni, non sono stati concepiti sempre nello stesso modo; la traduzione dei differenti concetti espressi dai diversi orientamenti teorici, anche se condotto con l'obiettivo, condivisibile e di grande importanza, dell'*integrazione*, comporta sempre il rischio di appiattimento e tradimento della complessità delle singole teorie e dei loro specifici concetti.

In ogni caso, possiamo tentare, anche sul versante della pratica clinica, di individuare alcune dimensioni fondamentali che definiscono l'operare dello psicologo, sulle quali possiamo concordare pur appartenendo a orientamenti differenti.

Lo psicologo clinico, occupandosi di problemi, di sofferenza, di psicopatologia, interviene per favorire il cambiamento. Il suo intervento, che parte dalla domanda di chi gli chiede aiuto, non è puramente conoscitivo. Nel contesto clinico, la domanda del paziente è sempre implicitamente una domanda di crescita, di realizzazione di potenzialità coartate ("di salute" nel senso più ampio). Anche il momento conoscitivo, o meglio la dimensione conoscitiva (visto che essa permane lungo tutto l'intervento), non rimanda alla costruzione di una conoscenza oggettiva quanto piuttosto alla costruzione di una conoscenza soggettiva e relazionale, cioè una conoscenza orientata alla ricerca di significati e di significatività. Potremmo dire, infatti, che uno specifico dell'intervento psicologico nell'ambito clinico (in qualsiasi contesto vogliamo immaginarlo e con qualsiasi problema o patologia) riguarda l'attivazione di processi di ricerca dei significati e di significatività. Il paziente ha bisogno di ritrovare, o trovare, il senso del proprio funzionamento mentale come qualcosa di affidabile e dotato di valore interpersonale.

L'ampliamento della conoscenza del paziente su di sé, sul funzionamento delle proprie relazioni, o sul proprio passato, è un aspetto importante dell'intervento ma non sufficiente. Anche il rilievo assegnato alla costruzione di nuove narrazioni, come fulcri organizzatori della conoscenza soggettiva che riguarda l'ambito delle relazioni, va compreso in quest'ottica: nell'ottica, ossia, della co-costruzione intersoggettiva del senso di libertà di muoversi nella creazione di nuovi punti di vista, attraverso i quali il paziente possa sentire significativa la propria storia rinarrata dialogicamente.

Il problema della formazione in psicologia clinica

Quali competenze, in sintesi, sono necessarie ad uno psicologo clinico?

Riteniamo che esse attengano ad alcune dimensioni di fondo, che sono sinteticamente tracciate nel seguente elenco:

- conoscenze teoriche e metodologiche, fondate scientificamente, e capacità di renderle *convivibili* con sé e il paziente, oltre che condivisibili intersoggettivamente con la comunità;
- formazione personale e conoscenza di sé;
- capacità osservative, deduttive (di riconoscimento dei concetti e delle categorie) e intuitive, capacità di ascolto clinico e di immedesimazione;
- competenze relazionali, sia personali (empatiche e pragmatiche) sia legate al ruolo professionale assunto nel rapporto con il paziente; capacità di cogliere i processi relazionali di costruzione dei significati intersoggettivi e le possibili distorsioni di questi processi;
- saper utilizzare la relazione con il paziente per attivare, in modi nuovi, i processi di ricerca del significato delle sue esperienze;
- capacità di rendere significativa l'esperienza del paziente;
- capacità di comunicare in modo semplice i pensieri che si vogliono trasmettere al paziente.

Come si *formano* queste competenze?

Il problema della formazione delle competenze necessarie all'esercizio della psicologia clinica è oggi estremamente spinoso ed estremamente urgente. Nel dibattito su questo tema controverso, appare la necessità che si esprimano voci provenienti dall'università (istituzione specificatamente deputata alla formazione) e, in particolar modo, dalla Psicologia dell'Università (attore intrinsecamente protagonista di questo dibattito che, paradossalmente, altri vorrebbero invece disporre nel ruolo di spettatore).

Qual è la realtà della formazione alla psicologia clinica? E quale il contributo che le Facoltà di Psicologia possono offrire a questa formazione?

I nuovi ordinamenti universitari, in un'ottica decisamente tesa al "risparmio" dei costi della formazione, hanno favorito un incremento delle immatricolazioni e una riduzione degli abbandoni e dei tempi di laurea; ma, proprio perché consentono di accelerare il percorso di studi, hanno altresì comportato, come si è visto nella quasi generalità degli atenei del nostro paese, un'istituzionalizzazione della "didattica breve dei saperi minimi" nel percorso universitario, e una conseguente eccessiva parcellizzazione degli insegnamenti.

I processi di apprendimento e conoscenza, però, non sono necessariamente predefiniti e lineari ma, piuttosto, sempre vari e soggettivi. La ripetizione e la ridondanza possono essere fonti di ricchezza e garanzia di profondità e solidità della comprensione: in quest'ottica, l'idea stessa dei "saperi minimi" è riduttiva, se non altro perché cancella l'assoluto "bisogno di tempo" affinché si possa avviare un autentico apprendimento. La formazione clinica ha difatti bisogno di riabilitare la "lentezza" del dialogo evolutivo e la possibilità di metabolizzare e quindi interiorizzare i modelli di pensiero. La formazione dello psicologo clinico è, per eccellenza, un percorso a forte personalizzazione cosicché il sapere che essa promuove non è affatto acquisibile in modo meccanico e predeterminato, dato che comporta necessariamente un processo di graduale interiorizzazione. Una buona attività didattica consiste nella capacità di innescare dialogicamente e stimolare continuamente questa dinamica formativa.

La confusione normativa e il caotico dibattito che si è diffuso rischiano di trascurare, al contrario, la particolare funzione della didattica nell'ambito specifico della psicologia clinica e la sua precipua funzione di trasmissione di quei saperi che veicolano contemporaneamente sia i concetti di "crescita", "maturazione", "individuazione" sia quelli attinenti alla soggettività e alla relazione.

Oggi più che mai dobbiamo così guardare alla cultura delle idee, della creatività.

I nuovi ordinamenti universitari hanno molti difetti che penalizzano la formazione alla psicologia clinica. Ad esempio, la frammentazione degli insegnamenti ha come conseguenza la mancanza di esami che favoriscano la *sintesi mentale*, possibile soltanto nell'immergersi a lungo, non

esclusivamente per qualche mese, nello studio di una materia, afferrandone il linguaggio e le categorie che le sono proprie. Dal punto di vista del docente, la frammentazione degli insegnamenti lascia forse spazio al passaggio di contenuti, ma rende estremamente difficile, o forse impossibile, metacomunicare agli studenti l'essenza della disciplina. Gli studenti, a un ascoltatore attento, comunicano la sensazione di smarrimento di fronte alla difficoltà di integrare i contenuti appresi in corsi diversi, masticati di fretta e non metabolizzati fino a farli propri.

A ciò si aggiunge la mentalità di accreditamento numerico di ogni minuto di lezione e/o di ogni pagina di studio. Ma come conteggiare, con l'unità di misura dei crediti formativi, l'impegno necessario per comprendere la natura della realtà del tempo e dello spazio della formazione clinica?

I nuovi ordinamenti, però, hanno avuto il pregio di far riflettere sull'esigenza della specificità di curriculum già nei corsi precedenti alla Laurea Magistrale. Chi consegue una Laurea Magistrale in Psicologia Clinica ha avuto modo – a differenza di studenti che si laureano in altre discipline, come per esempio quelle mediche – di potersi già confrontare con molti contenuti che le sono inerenti e precipui. Per esempio: conoscere una prospettiva sulla psicopatologia come quella che abbiamo schematizzato sopra, e farsi un'idea della cura non come elisione dei sintomi ma come presa in carico della persona. Farsi un'idea della cura, in sintesi, come un qualcosa che è elettivamente volto alla conoscenza e alla valorizzazione della soggettività, della significatività e della crescita delle persone; una cura mediata ovviamente, lo ricordiamo, dall'imprescindibile coinvolgimento personale del clinico.

Con queste conoscenze, i laureati in psicologia possono accedere alla formazione post-lauream, necessaria e fondamentale per una preparazione approfondita al lavoro clinico. In questo ambito sono attualmente disponibili molte scuole di psicoterapia serie e attrezzate, e sono sopravvissute (al momento in cui vi scriviamo) soltanto due Scuole di Specializzazione universitarie in Psicologia Clinica nell'ambito delle Facoltà di Psicologia. Queste ultime si dovranno conformare a una nuova legislazione nata da esigenze di varia natura, ma non sempre portatrice di valori compatibili con la costruzione di competenze che si configurano come sopra delineato.

Il futuro prossimo dovrà vederci forti di un impegno finalizzato a favorire ulteriori possibilità di formazione e di espressione se vogliamo davvero creare una classe di professionisti che abbiano, almeno in potenza, un ruolo ancora più importante nel dischiudere nuovi orizzonti di senso per le persone in affanno e in sofferenza che si rivolgono a loro, e nel contribuire quindi in vari modi alla crescita della società stessa e della nostra cultura.

Le categorie storiografiche nella storia della psicologia italiana. Sante De Sanctis tra psichiatria e psicologia.

di Giovanni Pietro Lombardo*

PREMESSA

Sante De Sanctis (1862-1935),¹ “allievo” di Ezio Sciamanna (1850-1905) e di Giuseppe Sergi (1841-1936),² nonostante la notorietà e il solido prestigio conquistati anche in campo internazionale, è rimasto una figura - almeno fino al recente volume curato da Cimino e Lombardo (2004) - sottovalutata rispetto a quella di altri psicologi italiani a cui invece sono stati dedicati seminari, convegni, monografie e archivi digitali. Da questo volume e dai momenti di approfondimento che sono seguiti, emergono nuove categorie storiografiche entro le quali la psicologia italiana, grazie a De Sanctis, può essere inquadrata in consonanza con il panorama scientifico internazionale: questi, infatti, sviluppando l'impresa scientifica dei positivisti ottocenteschi, edifica in maniera “compiuta” una disciplina autonoma sul piano epistemologico, caratterizzata da metodologie e oggetti d'indagine suoi propri, che include sia il versante generalista che quello applicativo della psicopatologia, della psicologia del lavoro, della psicologia pedagogica, che ha profondi legami con il panorama europeo. Il Nostro può infatti essere considerato come lo studioso italiano che insieme ai suoi colleghi psicologi di seconda generazione - Binet, Külpe, Münsterberg, Stern, Claparède, Ebbinghaus - ampliando il classico sperimentalismo wundtiano di laboratorio, ha costruito il disegno scientifico ampio di una disciplina che comprende diversi settori di ricerca; alcuni di questi, nati proprio nel Novecento, sono strettamente legati alle “moderne” esigenze delle società industrializzate che in Europa e negli Stati Uniti conoscono una nuova organizzazione dei ritmi del lavoro e dell'istruzione pubblica³. De Sanctis può essere per questo situato in un panorama filosofico post-positivista in cui il pensiero neokantiano in continuità critica con il positivismo, intendeva delineare anche in Italia un programma interdisciplinare di rifondazione metodologica delle cosiddette “scienze dello spirito”, tra cui era anche la psicologia sperimentale che si voleva in questo modo strappare al fisiologismo positivistico e indirizzare in senso moderno verso lo studio dei cosiddetti “fatti di coscienza” (Guarnirei, 1981).

LA PSICOLOGIA SCIENTIFICA DI SANTE DE SANCTIS

Nel suo fondamentale trattato in due volumi dedicato alla *Psicologia sperimentale* del 1929-1930 viene dunque ad essere compiutamente delineata una moderna concezione di psicologia scientifica che include unitariamente sia il versante **generalista** (vedi gli studi sul proporzionalismo psicofisico, sulla mimica del pensiero, sui sogni, sull'attenzione, sulle emozioni, ecc.) che quello **applicativo** della psicopatologia, della psicologia del lavoro, della psicologia pedagogica e della psicologia criminale viste in un quadro generale di tipo sperimentale, attento alle differenze individuali; i diversi ambiti disciplinari utilizzano in maniera integrata più metodi. Il disegno scientifico adottato da De Sanctis si basa infatti su di un'impostazione metodologica di tipo pluralistico in cui sono integrativamente utilizzati tutti i metodi come quelli **qualitativi d'osservazione**, divisi in **introspettivi** o dell'osservazione interna (come ad es. l'autointrospezione e l'introspezione provocata, secondo il modello della scuola di Würzburg in cui il soggetto è “interrogato” dallo sperimentatore o risponde ai questionari) e in **extrospettivi** o dell'osservazione esterna (in cui si osservano le reazioni e le espressioni spontanee del soggetto).

* Prof. Ordinario di Psicologia generale e della personalità. Facoltà di Psicologia 1 Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

¹ Su Sante De Sanctis vedi: Bianchi Di Castelbianco, Di Renzo, Prestinenzi Parisi, & Tagliacozzi, 1998; Ceccarelli, 1999; Cimino, 2003; Cimino & Lombardo, 2004; Ferreri, 1998, 2001, 2003; Lombardo, 2002; Lombardo & Cenci, 2004; Lombardo & Cicciola, 2005; Lombardo & Cicciola, 2007; Lombardo & Toscano, 1999; Luccio, 1981; Marhaba, 1981.

² Vedi: Appicciafuoco, 1946, pp. 17-18.

³ Le influenze sociali sulla storia della psicologia sono state esaminate in Danzinger, 1990.

Accanto a questi metodi qualitativi troviamo anche i metodi quantitativi di laboratorio come il **metodo psicocronometrico** (per misurare la durata dei processi psichici); il **metodo psicofisico** (per determinare la grandezza dello stimolo necessario per provocare un dato fenomeno psichico); il **metodo psicofisiologico** (che si suddivide in metodo di struttura e metodo psicodinamico) e il **metodo disintegrativo** (che si suddivide in metodo anatomo-fisiologico e in metodo disintegrativo psicologico come ad es. l'ipnosi e la psicoanalisi) (De Sanctis, 1929-1930, vol. 1). La psicologia "novecentesca" orientata sia in senso analitico che applicativo, che De Sanctis contribuisce a fondare, pur considerata di buon livello, non è stata però da tutti apprezzata nella sua innovatività scientifica e metodologica e rispetto allo sperimentalismo psicologico tardo-ottocentesco a volte è stata considerata un passo indietro di tipo "generalista" o, nel caso peggiore, accomunata alla psicotecnica, è stata vista come una pratica senza teoria.

La critica principale rivolta all'autore sostiene che la sua produzione scientifica sia improntata all'"agnosticismo operativo" (Marhaba, 1981) e all'utilizzo interscambiabile di vari metodi, carente quindi soprattutto sotto il profilo teorico. Ad una più attenta analisi questa valutazione è palesemente contraddetta dalla pregnanza teorica e dal rigore metodologico di alcuni suoi lavori pubblicati nelle principali riviste nazionali ed internazionali e dei suoi volumi editi in italiano, tedesco, francese e inglese che la comunità scientifica internazionale mostra di conoscere e apprezzare in misura tale da rendere Sante De Sanctis lo psicologo italiano più noto all'estero. L'equivoco interpretativo può essere stato generato dall'atteggiamento a volte troppo nettamente antifilosofico del Nostro che è finalizzato a fondare l'autonomia disciplinare della psicologia vista come una scienza biologica; esso tuttavia non può essere confuso con la a-teoreticità di altri autori impegnati nel primo e nel secondo dopoguerra con la psicotecnica (Lombardo & Cenci, 2004). Sebbene De Sanctis sia stato unanimemente considerato uno dei cinque pilastri della psicologia italiana, questi dunque è stato prevalentemente inquadrato sotto il profilo storiografico, come un "applicativo" e un "clinico" e, in quanto tale, visto come eccentrico rispetto ad un baricentro alto della psicologia collocato in altre tradizioni della ricerca di base (Luccio, 1981, 1990; Marhaba, 1981). La collocazione della sua produzione scientifica in questa zona ritenuta confinaria e non centrale della disciplina insieme al convergente contributo elaborato in suo onore dai fondatori della moderna psichiatria infantile, spiega perciò il motivo per cui a Sante De Sanctis, a nostro avviso del tutto inappropriatamente, è stato storiograficamente ritagliato, un ruolo di psichiatra che ha finito con il prevalere su quello di psicologo (Bollea, 1960; Cerletti, 1962; Gozzano, 1962). Questa caratterizzazione favorita dal suo confinamento in un'area psicologica borderline ha inoltre indebolito il suo ruolo scientifico visto esclusivamente come quello di un esponente della neuropsichiatria infantile cui ha comunque dato in Italia un'impronta ed una caratterizzazione fortemente psicologica e clinica (Bollea, 1967; Ossicini, 2002). La interpretazione storiografica che si sostiene in questa relazione, porta invece a considerare De Sanctis come uno studioso che ha saputo integrare la sua originaria formazione clinica in un crescente impegno nella psicologia sperimentale, trasferendo in maniera originale le sue competenze scientifiche e professionali di derivazione medico-psichiatrica, nel contesto disciplinare psicologico di cui pone a fondamento la metodologia clinico-differenziale (Lombardo & Cicciola, 2007).

LA PSICOLOGIA DIFFERENZIALE DEL SOGNO

Lo studio scientifico dei sogni, a questo riguardo esemplificativo, fu probabilmente l'ambito che, più di ogni altro, consentì allo psicologo italiano di essere conosciuto a livello internazionale proprio per avere indagato secondo i canoni della moderna psicologia scientifica su una tematica di cui si erano fino ad allora occupati "filosofi, moralisti, letterati e medici" (De Sanctis, 1899, p. 5). Iniziato nell'ottocento questo indirizzo di ricerca si dipana con impegno e sistematicità per alcuni decenni fino alla sua morte avvenuta, come è noto, a Roma nel 1935. La prima produzione scientifica del Nostro viene a caratterizzarsi come un insieme di contributi di psicopatologia differenziale dei sogni le cui finalità clinico-diagnostiche sono sostanzialmente quelle di classificare la produzione onirica degli alienati mentali per differenziare le sindromi psicopatologiche da cui erano affetti. Nella monografia del 1899, *I sogni. Studi psicologici e clinici di un alienista*, che concludeva un periodo di studi condotti in precedenza a partire dalla metà degli anni novanta (De Sanctis, 1896a, b, 1897, 1898a, b, c) si riscontra però una già proficua integrazione fra metodologie cliniche tipiche della sua formazione medico-psichiatrica e strumentazione psicométrica di derivazione galtoniana

che viene applicata allo studio differenziale dei sogni, tramite l'uso di questionari specificamente elaborati. Cogliendo i limiti di questi strumenti nell'uso che ne era stato fatto fino ad allora, il Nostro provvede infatti a costruire questionari differenziati sulla base delle caratteristiche dei diversi gruppi di soggetti analizzati (De Sanctis, 1899, p. 32) e finalizzati a descrivere forme e contenuto dei sogni in differenti sottogruppi (bambini, anziani, uomini, donne, nevrotici, psicotici, epilettici, frenastenici, delinquenti, prostitute) rispetto ai gruppi di riferimento (normali e anormali). Il volume, con l'estensione degli studi dagli anormali ai sani e agli animali, segna dunque il passaggio dalla psicopatologia alla psicologia differenziale dei sogni, in una organica prospettiva di integralismo metodologico, che verrà da lì in avanti mantenuta ed in seguito ulteriormente estesa. Dal 1901 fino al 1913 De Sanctis non pubblica più specifici lavori dedicati allo studio della vita onirica; il tema sarà ripreso solo a partire dall'analisi dell'ormai egemonico approccio psicoanalitico dell'interpretazione dei sogni, condotta nel 1914 in due importanti saggi (*La psico-analisi e il suo valore come metodo dell'oniologia scientifica* e *L'interpretazione dei sogni*) che esaminano criticamente sotto il profilo metodologico le procedure ermeneutiche adottate sia da Freud che dai suoi allievi (De Sanctis, 1914a, b).

Sia nel saggio del 1916 *Il sogno: struttura e dinamica* (De Sanctis, 1916/1981), che negli altri che scriverà successivamente su questo tema fino a poco prima della morte, il suo distanziamento dalla psicopatologia psichiatrica è radicale e definitivo; questo incontrovertibile elemento non è colto come si diceva da convergenti filoni interpretativi che hanno sostenuto il carattere medico-psichiatrico della ricerca desanctisiana sui sogni non vedendone invece il carattere eminentemente psicologica. Fra gli altri contributi del periodo, caratterizzato da una vasta produzione scientifica fino ad ora misconosciuta e mai analizzata in sede storiografica nonostante il suo indubbio interesse, è *I metodi oniologici* (De Sanctis, 1920), in cui viene sostenuta l'importanza della sperimentazione da intendersi naturalisticamente come legata ad una manipolazione e induzione di sogni provocati mediante stimolazioni e interventi nel contesto di addormentamento. In estrema sintesi la sperimentazione condotta mostra come la coscienza di veglia non abbia la possibilità di influenzare direttamente la coscienza onirica che è però capace di elaborare autonomamente gli stimoli diurni e dopo un indefinito tempo di latenza, può trovarsi a creare automaticamente le rappresentazioni oniriche collegate. Fra i contributi più importanti di questo secondo periodo sono *Psicologia del sogno* (1922/2006) e *Nuovi contributi alla psicofisiologia del sogno* (1933/2006) in cui sono ripresi e sistematizzati i temi di ricerca per lungo tempo studiati sia personalmente che dai suoi collaboratori. Si tratta di lavori che sono stati di recente nuovamente pubblicati (in un caso si tratta della prima edizione in lingua italiana di un testo esistente finora esclusivamente in lingua tedesca); essi configurano una sintesi originale delle ricerche prodotte a partire dai primi esperimenti sulla profondità del sonno di molti anni prima (De Sanctis & Neyroz, 1902) che venivano ripresi per legare le fasi del sonno alla stabilità del sognare e, per finire, ai più recenti lavori del suo collaboratore, lo psichiatra Antonio Mendicini (1920) che, studiando i ritmi respiratori mediante lo pneumografo, aveva rilevato nei soggetti sperimentali la presenza di un ritmo alterato del respiro che costituiva la prova empirica di fasi specifiche del sonno collegate alla produzione onirica. Lo studio del sogno implicava infatti una conoscenza adeguata sulla profondità dell'addormentamento ovvero sulle fasi del sonno e sulla loro riconoscibilità; il sonno più profondo produceva da parte del tronco un'attivazione caotica che la corteccia (sempre "tardivamente" ed "inesattamente" nelle parole di De Sanctis) "commentava" dando luogo alla stranezza dei sogni (o, in altri termini, alla bizzarra onirica) (De Sanctis, 1933/2006). Il modello psicofisiologico e psicodinamico del sogno che emerge da queste ricerche è in estrema sintesi il prodotto di una moderna e novecentesca concezione di sperimentazione talmente avanzata da richiamare i primi studi di psicofisiologia sperimentale del sonno degli anni cinquanta. Essa è frutto di una sistematica sperimentazione ed utilizza in maniera integrata metodologie diverse, aprendo nuovi campi e settori di conoscenza alla psicologia scientifica che risulteranno talmente originali nella loro impostazione sperimentale da venire ripresi in questo senso solo a partire dal secondo dopoguerra⁴. Ciò nonostante, a cominciare da Freud, la prospettiva della ricerca desanctisiana

⁴ La teoria per cui il sonno più profondo dà luogo "agli spunti provenienti dal tronco cerebrale che la corteccia commenta con il discorso onirico, alquanto tardivamente e sempre inesattamente" (De Sanctis, 1933/2006, p. 170) sono del tutto simili e precedono di circa quarant'anni le ipotesi avanzate da Hobson e McCarley (1977) nella teoria dell'attivazione-sintesi (Activation-Synthesis Model).

sulla attività onirica sarà invece misconosciuta nella sua matrice sperimentale e psicologica ed inquadrata anche dalla storiografia in una cornice medico-psichiatrica⁵.

NOTE CONCLUSIVE SULLA "CRISI" DELLA PSICOLOGIA SCIENTIFICA

Da quanto messo in evidenza è forse possibile rivedere la finora prevalente ipotesi storiografica che ha visto nel positivismo ottocentesco l'unica matrice portante della psicologia scientifica nel nostro paese (Bianchi di Castelbianco, 1998; Ferreri, 1998; Galati & Francioni, 1989; Legrenzi & Luccio 1994; Luccio, 1990; Marhaba, 1981; Mucciarelli, 1982, 1984). Secondo tale visione, a parte le eccezioni di alcuni studiosi come **Antonio Aliotta** (1881-1964), **Francesco De Sarlo** (1864-1937), **Eugenio Rignano** (1870-1930), **Giovanni Vailati** (1863-1909), la prima parte del novecento sarebbe caratterizzata in generale dalla oppositività della filosofia post-positivistica alla psicologia sperimentale; tale oppositività avrebbe precocemente indotto la "crisi" della disciplina evidenziandosi già prima della prima Guerra Mondiale e sviluppandosi poi sia nel primo che nel secondo dopoguerra (Cimino & Dazzi, 1998; Ferruzzi, 1998). Questa interpretazione storiografica è certamente influenzata dall'idea che la filosofia italiana post-positivista, contrassegnata dalla "reazione idealistica e spiritualistica contro il positivismo e lo scientismo" ottocenteschi, abbia sequenzialmente determinato la crisi della psicologia scientifica e che questa, osteggiata in generale dalla filosofia, sia rimasta poi anche bloccata, al livello politico-istituzionale, nella ricerca di nuovi spazi accademici. La ricostruzione storiografica che è stata elaborata porta inoltre dicotomicamente a considerare la produzione scientifica di questa fase come "minore" e rilevante magari sul piano delle applicazioni sociali, incoraggiate politicamente dal regime fascista. L'inquadramento tradizionalmente prodotto rischia però di risultare schematico e non corrispondente nella sua unilateralità interpretativa alla realtà storica: solo dopo la riforma degli studi secondari e universitari di Giovanni Gentile e non prima, l'attualismo gentiliano e il neo-idealismo crociano vennero ad insediarsi progressivamente in forma egemonica nel sistema scolastico e universitario italiano, determinando tra l'altro il declino della psicologia scientifica. In una situazione di egemonia culturale già delineata prese invece piede la psicotecnica che, supportata anche dal regime fascista interessato alle ricadute della psicologia applicata, conobbe una relativamente grande e significativa visibilità sociale. Il carattere che la psicologia scientifica acquisì con Sante De Sanctis in questa prima fase del '900 fu, al contrario, influenzato da un panorama filosofico post-positivista che, in una linea di continuità con il passato, mostrava nei confronti delle scienze dello spirito in genere, ed in particolare della psicologia sperimentale, un atteggiamento di interesse, di cui si deve senz'altro tenere conto a livello istituzionale e accademico (Lombardo & Cicciola, 2005). In questo contesto filosofico moderno e post-positivista, il criticismo neokantiano, in continuità e non in contrapposizione con le tradizioni ottocentesche, aveva fatto infatti germogliare un programma moderno di rapporti scientifici interdisciplinari che lo spiritualismo e l'attualismo gentiliano contrasteranno, purtroppo efficacemente; solo a partire dalla metà degli anni venti sul piano accademico e istituzionale è possibile infatti trovare riscontri di una loro effettiva egemonia culturale sulle istituzioni che prenderà progressivamente corpo e influenzerà addirittura il periodo post-bellico e gli anni cinquanta e sessanta (Bozzi, 1986). Fino alla metà degli anni venti invece il panorama filosofico si presentava in realtà come critico dello scientismo e del positivismo ottocenteschi ma ancora aperto nei confronti della conoscenza scientifica modernamente intesa e delle scienze dello spirito che si intendeva contribuire a rinnovare. In una diversa prospettiva storiografica può perciò essere avanzata l'ipotesi che con il prevalere dello spiritualismo e dello storicismo, sia venuta meno la capacità da parte del sapere filosofico di interagire modernamente con la conoscenza scientifica, sviluppando lo spessore teorico delle scienze dello spirito e la loro rilevanza culturale. La tradizione clinico-differenziale e sperimentale sviluppata da De Sanctis, misconosciuta in questo nuovo panorama, verrà inglobata dal settore medico-psichiatrico, mentre il campo strettamente psicologico si caratterizzerà istituzionalmente con Mario Ponzio, Agostino Gemelli e Ferruccio Banissoni per l'adozione di indirizzi applicativi e psicotecnici di ricerca e di intervento. La riduzione degli spazi accademici della psicologia, affermata solo come psicotecnica, è dunque il frutto di questa conventio ad excludendum da cui derivò lo scarso radicamento della psicologia scientifica nel

⁵ Vedi: Foschi, Lombardo, Introduzione a De Sanctis, 2006.

nostro paese che incontrerà tentativi marcati di inglobamento sia da parte delle discipline medico-psichiatriche, tradizionalmente forti, che di quelle pedagogiche che risulteranno a lungo influenzate dall'antiscientifica filosofia attualistica gentiliana. Questo imperante dualismo (Mecacci, 1998) rappresenterà a lungo la principale determinante culturale del nostro paese che anche nel secondo dopoguerra si esprimerà partitamene ed antinomicamente, o in funzione dell'organicismo e fisiologismo ottocenteschi, o dello storicismo spiritualistico, comprimendo in definitiva gli spazi e la identità della disciplina psicologica. Ne è indiretta conseguenza la configurazione storiografica assunta dal Nostro visto come uno psichiatra dell'età evolutiva, nonostante che il suo curriculum clinico-differenziale e le sue ricerche sul sogno siano in maniera originale caratterizzate in senso psicologico e sperimentale (Lombardo & Cicciola, 2007; Foschi & Lombardo, 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Appicciafuoco, R. (1946). *La psicologia sperimentale in Sante De Sanctis*. Roma: Orsa Maggiore.
- Banissoni, F. (1930). *Notizie bibliografiche sull'opera di Sante De Sanctis*. *Rivista di Psicologia*, 26, 219-231.
- Bianchi Di Castelbianco, F., Di Rienzo, M., Prestinenzi Parisi, R., & Tagliacozzi, B. (1998). *Sante De Sanctis: Conoscenza ed esperienza in una prospettiva psicologica*. Roma: Ma.Gi.
- Bollea, G. (1960). *Evoluzione storica e attualità della neuropsichiatria infantile*. *Infanzia Anormale*, 38, 141-163.
- Bollea, G. (1967). *Finalità e compiti della Neuropsichiatria Infantile: Prolusione all'insegnamento di Neuropsichiatria Infantile tenuta nell'Aula Magna dell'Università di Roma il 30-5-67*. *La Riforma medica*, 46, 3-24.
- Bozzi, P. (1986). *Sugli ultimi trent'anni di psicologia scientifica italiana*. *Psicoterapia e scienze umane*, 20(3), 59-73.
- Cacchione, A. (1962). *Le istituzioni create da Sante De Sanctis per il recupero dei fanciulli minorati psichici*. *Rivista di Psicologia*, 56, 439-442.
- Ceccarelli, G. (1999). *Sante De Sanctis fra psicologia sperimentale e psicomètria*. In G. Ceccarelli (Ed.), *La psicologia italiana: Saggi storiografici* (pp. 109-146). Urbino: Quattro Venti.
- Cenci, S. (2004). *Profilo biografico di De Sanctis*. In G. Cimino & G. P. Lombardo (Eds.), *Sante De Sanctis tra psicologia generale e psicologia applicata* (pp. 11-15). Milano: FrancoAngeli.
- Cerletti, U. (1962). *Ricordo di Sante De Sanctis psichiatra*. *Rivista di Psicologia*, 56, 425-430.
- Cimino, G. (2003). *Sante De Sanctis nella storia della psicologia italiana*. In M. Di Giandomenico (Ed.), *I laboratori di psicologia tra passato e futuro* (pp. 35-63). Lecce: Edizioni Pensa Multimedia.
- Cimino, G. (2004). *L'impostazione epistemologica e la teoria epistemologica di De Sanctis*. In G. Cimino & G.P. Lombardo (Eds.), *Sante De Sanctis tra psicologia generale e psicologia applicata* (pp. 19-59). Milano: FrancoAngeli.
- Cimino, G., & Dazzi, N. (Eds.). (1998). *La psicologia in Italia: I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali*. Milano: Led.
- Cimino, G., & Lombardo, G.P. (Eds.). (2004). *Sante De Sanctis tra psicologia generale e psicologia applicata*. Milano: FrancoAngeli.
- Danzinger, K. (1990). *Constructing the Subject: Historical Origins of Psychological Research*. Cambridge, UK: Cambridge University Press (trad. it. *La costruzione del soggetto: Le origini storiche della ricerca psicologica*, Roma-Bari, Laterza, 1995).
- De Sanctis, S. (1896a). *I sogni e il sonno nell'isterismo e nell'epilessia*. Roma: Società Dante Alighieri.

- De Sanctis, S. (1896b). I sogni nei delinquenti. *Archivio di Psichiatria, Scienze Penali e Antropologia Criminale*, 17, 488-498.
- De Sanctis, S. (1897). Sui rapporti di identità, di somiglianza, di analogia e di equivalenza tra sogno e pazzia. Stati sognanti. Equivalenti onirici. *Rivista Quindicinale di Psicologia, Psichiatria e Neuropatologia*, 13-14, 193-203.
- De Sanctis, S. (1898a). *Psychoses et rêves*. Rapport présenté au premier Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie, d'Electricité médicale et d'Hypnologie, tenu à Bruxelles du 14 au 21 septembre 1897, Bruxelles: Imprimerie Maison Severeys.
- De Sanctis, S. (1898b). Sui rapporti etiologici tra sogni e pazzia: Deliri e psicosi da sogni. *Rivista Quindicinale di Psicologia, Psichiatria e Neuropatologia*, 20-21, 310-317, 321-329.
- De Sanctis, S. (1898c). I sogni dei neurotici e dei pazzi. Ricerche cliniche. *Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia Criminale*, 19, 382-408.
- De Sanctis, S. (1899). *I sogni: studi clinici e psicologici di un alienista*. Torino: Fratelli Bocca.
- De Sanctis, S. (1901). *Die Traume*. Halle:Verlag von Carl Marhold.
- De Sanctis, S. (1903-1904). *La mimica del pensiero: Studi e ricerche*. Milano: Sandron.
- De Sanctis, S. (Ed.). (1905). *Atti del V Congresso Internazionale di Psicologia. Tenuto a Roma dal 26 al 30 aprile 1905*. Roma: Forzani.
- De Sanctis, S. (1906). *Die Mimik des Denkens*. Halle: Verlag.
- De Sanctis, S. (1914a). La psico-analisi e il suo valore come metodo dell'onirologia scientifica. *Quaderni di Psichiatria*, 1, 289-297.
- De Sanctis, S. (1914b). L interpretazione dei sogni. *Rivista di Psicologia*, 10, 358-375.
- De Sanctis, S. (1916). Il sogno: Struttura e dinamica. *Rivista di Antropologia*, 20, 3-53. Ripubblicato nel 1981 in *Storia e Critica della Psicologia*, 2, 320-368.
- De Sanctis, S. (1920). I metodi onirologici. *Rivista di Psicologia*, 16, 1-3.
- De Sanctis, S. (1922/2006). Psychologie des traumes. In G. Kafka (Ed.), *Handbuch der vergleichenden Psychologie* (Vol.3). Munchen: Reinhardt.
- De Sanctis, S. (1925). *Neuropsychiatria infantile: patologia e diagnostica*. Roma: Stock.
- De Sanctis, S. (1929 -1930). *Psicologia sperimentale* (vol. 1-2). Roma: Stock.
- De Sanctis, S. (1933). La psicopatologia di ieri di oggi e di domani. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 22, 183-205.
- De Sanctis, S. (1933/2006). Nuovi contributi alla psicofisiologia del sogno. *Rivista di Psicologia*, 29, 12-32.
- De Sanctis, S. (1934). *Guida pratica alla semeiotica neuropsichiatrica dell'età evolutiva*. Roma: Bardi.
- De Sanctis, S. (1936). Autobiography. In C. Murchison (Ed.), *History of Psychology in Autobiography* (pp. 83-120). Worcester, Mass: Clark University Press (trad. it. Autobiografia. *Rivista di Psicologia*, 33, 1-16; 69-83).
- De Sanctis, S. (1922/1933/2006). *La psicologia del sogno*. Torino: Antigone Edizioni.
- De Sanctis, S., & Neyroz, U. (1902). Experimental Investigations Concerning the Depth of Sleep. *Psychological Review*, 9, 254-282.

- Ferreri, A.M. (1998). Sante De Sanctis. In G. Cimino & N. Dazzi (Eds.), *La psicologia in Italia: I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali* (pp. 255-296). Milano: Led.
- Ferreri, A.M. (2001). Sante De Sanctis (1862-1935): un contributo bibliografico. *Teorie & Modelli*, 6, 75-124.
- Ferreri, A.M. (2003). Sante De Sanctis e il laboratorio di psicologia sperimentale di Roma. In M. Di Giandomenico (Ed.), *I laboratori di psicologia tra passato e futuro* (pp. 65-94). Lecce: Edizioni Pensa Multimedia.
- Ferruzzi, F. (1998). La crisi della psicologia in Italia. In G. Cimino & N. Dazzi (Eds.), *La psicologia in Italia: I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali* (pp. 651-720). Milano: Led.
- Foschi, R., & Lombardo G.P. (Eds.). (2006), *La psicologia dei sogni di Sante De Sanctis, in S. De Sanctis (1922/1933/2006). La psicologia del sogno*. Torino: Antigone Edizioni.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung*. Leipzig: Deuticke (trad. it. *L'interpretazione dei sogni*, Torino, Boringhieri, 1966, pp. 96-97).
- Galati, D., & Francioni, M. (1989). Le origini della psicologia scientifica nell'Italia Post-Unitaria. 1870-1920. In V. Ancarani (Ed.), *La scienza accademica nell'Italia post-unitaria* (pp. 191-216). Milano: FrancoAngeli.
- Gozzano, M. (1962). Ricordo di Sante De Sanctis pioniere della neuro-psichiatria infantile. *Rivista di Psicologia*, 56, 431-438.
- Guarnieri, P. (1981). *La «Rivista filosofica» (1899-1908). Conoscenza e valori del neokantismo italiano*. Firenze: La Nuova Italia.
- Hobson, J.A., & McCarley, R. (1977). The Brain as a Dream State Generator: An Activation-Synthesis Hypothesis of the Dream Process, *American Journal of Psychiatry*, 134, 1335-1348.
- Legrenzi, P., & Luccio, R. (1994). *Immagini della psicologia*. Bologna: Il Mulino.
- Lombardo, G.P. (2002). Sante De Sanctis e le categorie storiografiche negli studi sulla psicologia italiana. In M. Cesabianchi & A. Antonietti (Eds.), *Dentro la psicologia: Contesti, teorie, ricerche, personaggi* (pp. 294-314). Milano: Mondadori.
- Lombardo, G.P., & Cenci, S. (2004). La concezione differenziale di Sante De Sanctis negli studi di psicologia applicata. In G. Cimino & G.P. Lombardo (Eds.), *Sante De Sanctis tra psicologia generale e psicologia applicata*. (pp. 159-208). Milano: FrancoAngeli.
- Lombardo, G.P., & Cicciola, E. (2005). La docenza universitaria di Sante De Sanctis nella storia della psicologia italiana. *Teorie & Modelli*, 10, 5-43.
- Lombardo, G.P., & Cicciola, E. (2007). The clinical-differential approach of Sante De Sanctis in Italian scientific psychology. *Physis*, 43, (1-2).
- Lombardo, G.P., & Toscano, S. (1999). La psicologia giuridica in Sante De Sanctis tra psicologia differenziale e psicologia applicata. In G. Soro (Ed.), *La psicologia in Italia: Una storia in corso* (pp. 163-203). Milano: FrancoAngeli.
- Luccio, R. (1981). De Sanctis: Il sogno. *Storia e Critica della Psicologia*, 2, 317-319.
- Luccio, R. (1990). Un secolo di psicologia sperimentale in Italia. In E. Hearst (Ed.), *Cento anni di psicologia sperimentale* (Vol. 3). Bologna: Il Mulino.
- Maccagno, M.A. (1910). L'insegnamento della Psicologia sperimentale nella R. Università di Roma. *Contributi psicologici del laboratorio di Psicologia sperimentale della R. Università di Roma*, 1, 3-19.
- Marhaba, S. (1981). Lineamenti della psicologia italiana: 1870-1945. Firenze: Giunti-Barbera.
- Mecacci, L. (1998). *Psicologia e psicoanalisi nella cultura italiana del Novecento*. Roma-Bari: Laterza.

Mendicini, A. (1920). La respirazione nella melanconia durante il sonno. *Archivio Generale di Neurologia e Psichiatria*, 1, 194-228.

Mucciarelli, G. (Ed.). (1982-1984). *La psicologia italiana. Fonti e documenti: le origini. (1860-1918) vol. I, la crisi. (1918-1945) vol. II*, Bologna: Pitagora.

Musatti, G.C. (1962). Ricordi e impressioni su Sante De Sanctis psicologo, *Rivista di Psicologia*, 56, 453-456.

Murchison, C. (1934). *Letter to Sante De Sanctis (7-2-1934)*, Fondo privato Sante De Sanctis.

Ossicini, A. (2002). *La rivoluzione della psicologia*, Roma: Borla.

Metamemoria e caratteristiche di personalità

di Marina Cosenza, Roberto Pedone, Alida G. Labella, Giovanna Nigro*

Introduzione

A far data dalla fine degli anni settanta e con il progressivo diffondersi dell'interesse per l'*everyday memory*, il modo in cui le persone – e in modo particolare gli anziani – valutano le loro abilità mnestiche è diventato un tema centrale nell'ambito degli studi sulla metamemoria. Come è noto, con questo termine si fa riferimento a un costrutto latente, introdotto nella psicologia dello sviluppo da Flavell (1971), che attiene alle conoscenze, alle percezioni e alle credenze degli individui sulla loro memoria e sul sistema di memoria in termini generali (Flavell & Wellman, 1977). La metamemoria, infatti, comprende non solo le conoscenze sulla propria memoria, quanto anche le conoscenze circa i modi e i mezzi utili a compensarne la potenziale debolezza. Il convincimento che le autovalutazioni fossero un buon predittore delle performance oggettive di memoria ha incoraggiato la messa a punto di misure self-report di efficienza mnestica, quali, ad esempio, il *Metamemory in Adulthood* (MIA), elaborato da Dixon e Hultsch (1983; 1984), l'*Everyday Memory Questionnaire* di Sunderland, Harris e Baddeley (1983) e il *Memory Functioning Questionnaire* (MFQ) di Gilewski, Zelinski e Schaie (1990)¹.

Tuttavia, la diffusione di questi strumenti e la loro utilizzazione in differenti contesti di ricerca ha dovuto fare i conti con gli esiti talvolta confusi e contraddittori degli studi che hanno analizzato la relazione tra stime soggettive e valutazioni oggettive dell'efficienza mnestica (Cavanaugh, 1999; Larrabee & Levin, 1986; Loewen, Shaw & Craik (1990); Zelinski, Gilewski & Antony-Bergstone, 1990). Se da un lato si riteneva utile disporre di strumenti agili che facilitassero la diagnosi precoce di deficit cognitivi su ampi campioni di soggetti, dall'altro era necessario chiarire quanta parte della distanza tra autovalutazioni e performance di memoria fosse da ascrivere alla debolezza del metodo o di taluni strumenti, e quanta ad altri fattori. Prima le ricerche di Kahn, Zarit, Hilbert e Nederehe (1975) e, successivamente, quelle di Bandura (1989), Cavanaugh e Murphy (1986), McDonald-Miszczak e Hertzog (1995), Small, Chan, Komo, Ercoli, Miller, Siddarth, Kaplan, Dorsey, Lavretski, Safena e Bookheimer (2001), West, Boatwright e Schleser (1984) e Zelinski e Gilewski (2004) hanno posto in evidenza come la sintomatologia depressiva influenzi negativamente le stime metamnestiche in campioni di soggetti non clinici. Gli studi di Costa e McCrae (1985) e di Martin (1985) hanno ricondotto la tendenza a sottostimare le proprie abilità mnestiche al nevroticismo e, in generale, al costrutto di *affettività negativa*² (Tellegen, 1982; Watson & Clark, 1984; Watson, Clark & Carey, 1988), un'etichetta sotto la quale confluiscono ansia, ostilità, depressione, impulsività, autoconsapevolezza, vulnerabilità, nonché la tendenza a valutare più negativamente il proprio stato di salute, indipendentemente dal benessere oggettivo (Watson & Pennebaker, 1989). In sintesi, le persone che riportano alti punteggi su scale di nevroticismo o su altre misure di affettività negativa – laddove i due termini non vengano utilizzati come sinonimi – tenderebbero non solo a sottostimare l'efficienza della propria memoria e ad enfatizzarne i fallimenti (Lane & Zelinski, 2003; Ponds & Jolles, 1996; Smith, Petersen, Ivnik,

* Dipartimento di Psicologia della Seconda Università di Napoli

¹ Per una rassegna critica di questi strumenti si veda Herrmann, 1982.

² A parere di Watson e Clark (1984) l'affettività negativa va intesa come una dimensione della disposizione dell'umore. Si tratta, quindi, di un fattore endogeno che, in quanto tale, è indipendente dalla presenza di un effettivo agente stressore. Essa riflette differenze individuali pervasive nell'emozionalità negativa e nel concetto di sé: individui con alta affettività negativa tendono ad essere angustiati e turbati e ad avere una visione negativa di sé, mentre persone con bassa affettività negativa sono relativamente contente, sicure e soddisfatte di sé. "Gli stati di umore negativo sperimentati da coloro che hanno un'alta affettività negativa includono sentimenti soggettivi di nervosismo, tensione, preoccupazione, così come stati affettivi quali la rabbia, il disprezzo, il disgusto, la colpa, l'insoddisfazione di sé, un senso di rifiuto e, in qualche misura, la tristezza" (p. 465).

Malec & Tangalos, 1996), quanto anche a percepirsi generalmente poco efficaci e ad essere scarsamente motivati a impegnarsi in compiti di varia natura (Judge & Ilies, 2002; Zelinski & Gilewski, 2004). Un'ulteriore conferma in questa direzione proviene anche dai lavori di Bandura (1977; 1989) e di Berry (1999) sulla *memory self-efficacy*, ovvero la fiducia che le persone ripongono nel funzionamento della propria memoria in situazioni future (Cavanaugh, 1996). Gli esiti di queste ultime ricerche hanno indicato con chiarezza che, al pari di una profezia che si autoadempie, la sfiducia nelle proprie abilità mnestiche determina un impoverimento delle performance di memoria (a questo proposito si vedano, tra gli altri, Cavanaugh & Poon, 1989; Fisk & Warr, 1996; Hertzog, Dixon & Hultsch, 1990; Luszcz, 1993; Seeman, Rodin & Albert, 1993). Più nello specifico, valutazioni negative sul funzionamento della memoria genererebbero un'ansia anticipatoria tale da ridurre la motivazione ad impegnarsi in compiti di memoria (Riedel-Heller, Schork, Matschinger & Angermeyer; 2000; Valentijn, Hill, Van Horen, Bosma, Van Boxtel, Jolles & Ponds, 2006). Pearman e Storandt (2004), a loro volta, hanno dimostrato che negli anziani circa un terzo della varianza relativa alla percepita inefficienza mnestica può essere spiegato facendo riferimento ad una combinazione di differenti misure di personalità (coscienziosità, autostima, nevroticismo). Il ruolo svolto dalla coscienziosità sulle stime metamnestiche è stato, tra l'altro, segnalato anche da Bigotti (2000) e da Zelinski e Gilewski (2004). Il denominatore comune della quasi totalità degli studi cui si è precedentemente fatto riferimento è costituito dall'impiego di misure self-report, sia per la valutazione della metamemoria, sia per la rilevazione delle variabili di personalità di volta in volta considerate, dall'aver effettuato i rilievi su campioni di soggetti non clinici e dall'aver dimostrato quanto le stime metamnestiche risentano di particolari assetti di personalità.

Che le caratteristiche di personalità medino il funzionamento cognitivo, emotivo e sociale delle persone e, di conseguenza, influenzino il modo in cui gli individui svolgono una serie di compiti cognitivi, è posizione condivisa da numerosi teorici della personalità e della cognizione (si veda, tra gli altri, Mischel & Shoda, 1999). In un recente lavoro su un campione di soggetti normali Yovel, Revelle e Mineka (2005), ad esempio, hanno rilevato che in compiti di attenzione visiva gli individui con punteggi più elevati sulla scala dello *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (Clark, 1993)³ che misura il tratto di personalità collegato al disturbo ossessivo-compulsivo, tendono a focalizzarsi sui dettagli minuti degli stimoli a scapito di un processamento globale degli stessi, confermando, tra l'altro, quanto già osservato da Shapiro (1965) sulla relazione tra stili cognitivi nevrotici (ad esempio, "stile ossessivo-compulsivo" e "stile isterico") e specifici pattern percettivi e di pensiero.

Tuttavia, nel suo complesso la letteratura sull'azione dei tratti di personalità sulle stime metamnestiche è segnata da alcuni limiti. In primo luogo, la diversità tra le misure utilizzate per la rilevazione delle variabili di personalità rende difficile la ricostruzione di un quadro omogeneo e ben definito della questione. In secondo luogo, va segnalato che per anni l'attenzione è stata portata prevalentemente sugli anziani, lasciando abbastanza in ombra il peso potenziale dei tratti di personalità sulle stime dell'efficienza della propria memoria in soggetti giovani. Se particolari tratti di personalità, alcuni dei quali si collocano al confine tra normalità e patologia, influenzano la metamemoria e contribuiscono ad accentuare lo scarto tra stime metamnestiche e performance oggettive di memoria, può risultare utile individuare il peso eventuale di ciascun fattore al fine di "correggere" opportunamente le valutazioni espresse con misure self-report di efficienza mnestica, soprattutto laddove si decida di utilizzare strumenti del genere in screening ad ampio raggio.

Lo scopo di questo lavoro è di accertare, attraverso uno studio condotto su un campione di soggetti non clinici, in che misura la valutazione del funzionamento della propria memoria risente dell'assetto di personalità. A tal fine abbiamo utilizzato il *Memory Functioning Questionnaire* (MFQ) di Gilewski, Zelinski e Schaie (1990), quale misura di metamemoria in forza delle sue caratteristiche psicometriche, il questionario *ADP-IV (Assessment of DSM-IV Personality disorders)*, di Schotte e De Doncker (1994), una misura self-report per la valutazione dei criteri diagnostici dei disturbi di personalità descritti dall'Asse II del DSM-IV. La scelta di questo strumento è stata suggerita dal fatto che l'ADP-IV, oltre a una valutazione categoriale, consente

³ Lo *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP) è una misura self-report per la valutazione dei criteri diagnostici dei disturbi di personalità descritti dall'Asse II del DSM-III-R.

una stima dimensionale per ciascuno dei disturbi di personalità del DSM-IV. Attraverso l'approccio dimensionale è possibile, infatti, rilevare la presenza di costellazioni di tratti di personalità che si collocano comunque al di sotto della soglia del disturbo di personalità. Inoltre, per accertare se le stime metamnestiche fossero influenzate dalla sintomatologia depressiva, abbiamo deciso di somministrare contestualmente il *Beck Depression Inventory* che fornisce un punteggio continuo di severità dei sintomi depressivi.

Metodo

Alla ricerca hanno partecipato 150 adulti (75 M e 75 F) di età compresa tra i 18 e i 50 anni (età media = 33.89; SD = 9.95). Ai partecipanti sono stati somministrati, in ordine bilanciato, le versioni italiane del *Memory Functioning Questionnaire*, MFQ (Pedone, Cosenza & Nigro, 2005a), dell'*Assessment of DSM-IV Personality Disorders questionnaire*, ADP-IV (Pedone, Cosenza & Nigro, 2005b) e il *Beck Depression Inventory*, BDI (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, Erbaugh & 1961).

Il *Memory Functioning Questionnaire* (Gilewski, Zelinski, Schaie, 1990) si compone di 64 item, in formato Likert a 7 punti, raggruppati in quattro sottoscale, denominate rispettivamente *Frequency of Forgetting* (FF), *Seriousness of Forgetting* (SF), *Retrospective Functioning* (RF) e *Mnemonics Usage* (MU). La prima scala (*Frequency of Forgetting*) riguarda le valutazioni relative alla frequenza della dimenticanza o all'efficienza complessiva della propria memoria. La seconda scala (*Seriousness of Forgetting*) ha a che vedere con le valutazioni relative ai fallimenti della memoria. Le situazioni prospettate al soggetto sono le stesse che compongono la prima sezione del questionario (*Frequency of Forgetting*); in questo caso, tuttavia, il soggetto è chiamato a specificare quanto stima gravi gli eventuali fallimenti in quelle situazioni. La scala *Retrospective Functioning* attiene, invece, alle stime che i soggetti fanno delle proprie abilità mnestiche attuali rispetto ad epoche precedenti della vita (un anno prima, cinque anni prima, etc.). Infine, gli item della scala *Mnemonics Usage* propongono otto differenti strategie che facilitano il ricordo (fare la lista della spesa, tenere un'agenda per gli appuntamenti, ripetere mentalmente le cose, etc.), rispetto alle quali il soggetto deve indicare con quale frequenza vi ricorre. Il MFQ fornisce quattro diversi indici, uno per ciascuna delle dimensioni considerate. I soggetti che riportano punteggi elevati su tutte e quattro le scale stimano di avere pochi problemi di memoria e di ricorrere poco frequentemente ad aiuti esterni.

Il questionario ADP-IV (Schotte & De Doncker, 1994; Schotte, De Doncker, Vankerckhoven, Vertommen & Cosyns, 1998; Schotte, De Doncker, Dmitruk, Van Mulders, D'Haenen & Cosyns, 2004) è una misura self-report per la valutazione dei criteri diagnostici dei disturbi di personalità descritti dall'Asse II del DSM-IV. Lo strumento si compone di 94 item: 80 indagano i criteri delle 10 categorie specifiche di disturbi di personalità [*Paranoid* (PAR), *Schizoid* (SZ), *Schizotypal* (ST), *Antisocial* (AS), *Borderline* (BDL), *Histrionic* (HIS), *Narcissistic* (NAR), *Avoidant* (AV), *Dependent* (DEP) *Obsessive-Compulsive* (O-C)] e 14 quelli delle 2 categorie aspecifiche [*Depressive* (NOS-DE) e *Passive-Aggressive* (NOS-PA)]. Il questionario consente di valutare, per ciascun item, sia la tipicità di un tratto (valutazione dimensionale) su una Likert a 7 punti, sia il grado di *distress*, di disadattamento e di sofferenza ad esso associato o da esso causato (valutazione categoriale), quest'ultimo stimato su una scala Likert a 3 punti. La valutazione dimensionale fornisce tre diversi punteggi di tratto: uno relativo a ciascuna delle 12 categorie di disturbi di personalità, un punteggio sui tre cluster del DSM-IV, e un punteggio totale, ottenuto sommando i punteggi di tipicità riportati ai 94 item. Infine, il *Beck Depression Inventory* (Beck *et al.*, 1961), come è noto, è una misura di depressione, composta, nella versione originale, da 21 item.

Risultati

Preliminarmente si è proceduto al computo dei punteggi riportati alle dodici dimensioni dell'ADP-IV e al BDI allo scopo di eliminare dal campione quei soggetti con diagnosi di disturbo di personalità e/o con un livello di sintomatologia depressiva convenzionalmente considerata moderata o grave

(punteggio all'inventario di Beck >17)⁴. Il campione su cui sono state condotte le successive analisi è risultato composto da un totale di 121 soggetti, 67 maschi e 54 femmine, di età compresa tra i 18 e i 50 anni, con un'età media pari a 32.17 (*SD* = 9.548).

In seguito sono state computate le medie e le deviazioni standard dei punteggi riportati dai soggetti su ciascuna delle scale e delle relative sottoscale utilizzate.

Tabella 1

Media e deviazioni standard dei punteggi riportati al Beck Depression Inventory e alle scale del Memory Functioning Questionnaire e dell'ADP-IV

SCALE	MEDIA	SD
BDI	6.273	4.906
ADP-IV		
PARANOID (PAR)	20.645	6.562
SCHIZOID (SZ)	16.306	5.414
SCHIZOTYPAL (ST)	19.347	7.129
ANTISOCIAL (AS)	13.917	4.755
BORDERLINE (BDL)	23.157	7.615
HISTRIONIC (HIS)	18.504	6.196
NARCISSISTIC (NAR)	21.678	7.443
AVOIDANT (AV)	17.934	7.182
DEPENDENT (DEP)	18.492	6.519
OBSESSIVE-COMPULSIVE (O-C)	21.587	6.002
DEPRESSIVE (NOS-DE)	16.083	6.613
PASSIVE-AGGRESSIVE (NOS-PA)	15.967	5.183
MFQ		
FREQUENCY OF FORGETTING (FF)	175.325	26.008
SERIOUSNESS OF FORGETTING (SF)	73.099	19.158
RETROSPECTIVE FUNCTIONING (RF)	23.347	5.483
MNEMONICS USAGE (MU)	36.859	9.628

Successivamente sono stati calcolati i coefficienti di correlazione tra le quattro scale del MFQ, il BDI e le dodici dimensioni dell'ADP-IV.

⁴ Una discussione critica sulla definizione dei punteggi cut-off del BDI si ritrova nel contributo di Ruscio e Ruscio (2002).

Tabella 2

Matrice delle intercorrelazioni tra le misure utilizzate

	BDI	PAR	SZ	ST	AS	BDL	HIS	NAR	AV	DEP	O-C	NOS-DE	NOS-PA	FF	SF	RF	MU
BDI	1																
PAR	.333**	1															
SZ	.357**	.403**	1														
ST	.342**	.593**	.605**	1													
AS	.117	.320**	.298**	.434**	1												
BDL	.435**	.676**	.417**	.628**	.523**	1											
HIS	.354**	.628**	.369**	.607**	.515**	.777**	1										
NAR	.345**	.630**	.383**	.618**	.370**	.652**	.698**	1									
AV	.380**	.537**	.637**	.608**	.351**	.534**	.461**	.431**	1								
DEP	.315**	.534**	.501**	.560**	.331**	.599**	.605**	.544**	.717**	1							
O-C	.314**	.609**	.461**	.528**	.159	.439**	.474**	.611**	.451**	.460**	1						
NOS-DE	.493**	.590**	.594**	.657**	.308**	.689**	.578**	.447**	.737**	.644**	.425**	1					
NOS-PA	.431**	.709**	.487**	.599**	.395**	.712**	.636**	.649**	.505**	.533**	.611**	.664**	1				
FF	-.272**	-.244**	-.215*	-.335**	-.065	-.312**	-.179*	-.152	-.262**	-.253**	-.127	-.340**	-.237**	1			
SF	.023	-.116	-.107	-.006	-.106	-.090	-.125	-.096	-.068	-.080	-.198*	-.088	-.154	-.049	1		
RF	-.103	-.082	-.017	.041	.328**	.007	.008	.057	-.093	-.107	-.224*	-.154	-.012	.056	.086	1	
MU	.049	-.146	-.087	-.201*	.156	-.110	-.073	-.161	-.057	-.085	-.165	-.102	-.201*	.260**	.106	.134	1

** $p < .01$ (2-code)

* $p < .05$ (2-code)

Legenda: BDI = Beck Depression Inventory; PAR = Paranoid; SZ = Schizoid; ST = Schizotypal; AS = Antisocial; BDL = Borderline; HIS = Histrionic; NAR = Narcissistic; AV = Avoidant; DEP = Dependent; O-C = Obsessive-Compulsive; NOS-DE = Depressive; NOS-PA = Passive-Aggressive; FF = Frequency of Forgetting; SF = Seriousness of Forgetting; RF = Retrospective Functioning; MU = Mnemonics Usage.

Come mostra la Tabella 2, la dimensione *Frequency of Forgetting* è risultata negativamente correlata al BDI e a tutte le dimensioni dell'ADP-IV, fatta eccezione per le scale *Antisocial*, *Narcissistic* e *Obsessive-Compulsive*. Solo una correlazione significativa negativa si è osservata tra la scala *Seriousness of Forgetting* e la dimensione *Obsessive-Compulsive* dell'ADP-IV. I punteggi ottenuti sulla scala *Retrospective Functioning* sono risultati correlati negativamente con la dimensione *Obsessive-Compulsive* e positivamente con la scala *Antisocial* dell'ADP-IV. Si segnala, infine, la presenza di correlazioni significative negative tra la dimensione *Mnemonics Usage* e le scale *Schizotypal* e *Passive-Aggressive*.

Allo scopo di accertare se vi fossero differenze nelle medie dei punteggi riportati sulle quattro scale del MFQ, al BDI e sulle dodici dimensioni dell'ADP-IV riconducibili alle variabili sesso, classi di età⁵ e titolo di studio, i dati sono stati sottoposti ad analisi univariata della varianza. I risultati dell'ANOVA non hanno posto in luce differenze significative legate alla variabile sesso sulle quattro scale del MFQ, ma hanno segnalato un effetto dovuto al titolo di studio sulla scala *Frequency of Forgetting* ($F_{3, 116} = 6.645$; $p < .001$, $\eta^2 = .188$) e un effetto legato all'età sulla dimensione *Retrospective Functioning* ($F_{2, 118} = 4.911$; $p < .01$, $\eta^2 = .077$). Nessun effetto significativo riconducibile ai fattori considerati è stato segnalato per ciò che attiene ai punteggi riportati al BDI. Per quanto riguarda l'ADP-IV, l'analisi della varianza ha evidenziato un effetto legato alla variabile sesso unicamente sulla dimensione *Antisocial* ($F_{1, 119} = 4.529$; $p < .05$, $\eta^2 = .037$), effetti dovuti all'età sulle dimensioni *Schizotypal* ($F_{2, 118} = 4.023$; $p < .05$, $\eta^2 = .064$), *Antisocial* ($F_{2, 118} = 7.382$; $p < .001$, $\eta^2 = .111$), *Borderline* ($F_{2, 118} = 4.592$; $p < .05$, $\eta^2 = .072$) e *Histrionic* ($F_{2, 118} = 6.778$; $p < .01$, $\eta^2 = .103$), e, infine, un effetto della variabile titolo di studio sulla scala *Borderline* ($F_{3, 117} = 3.603$; $p < .05$, $\eta^2 = .085$).

In sintesi, come indicano i risultati dei test post-hoc (test di Tukey; $p < .05$), in linea con i risultati di studi precedenti (Schotte *et al.* 1998; 2004), i soggetti di sesso femminile hanno ottenuto punteggi significativamente più bassi sulla dimensione *Antisocial*. In merito all'azione della scolarità, si è osservato che più è elevato il livello di istruzione, migliore è la stima dell'efficienza mnemonica, così

⁵ Il campione è stato suddiviso in tre coorti. Al primo gruppo appartengono i soggetti di età compresa tra i 18 e i 29 anni, al secondo i soggetti con età compresa tra i 30 ai 39 anni, e al terzo i partecipanti con età compresa tra i 40 e i 50 anni.

come valutata dalla scala *Frequency of Forgetting*. Per converso, più bassa è la scolarità, più elevati sono i punteggi sulla scala *Borderline* dell'ADP-IV⁶.

Sempre sulla scorta dei test post-hoc, i nostri risultati hanno segnalato che – come per altro largamente atteso – i soggetti più giovani non lamentano variazioni dell'efficienza mnestica connesse al passare del tempo (scala *Retrospective Functioning* del MFQ). Sempre in merito agli effetti dell'età osservati sulle dimensioni *Antisocial*, *Borderline* e *Histrionic* dell'ADP-IV, va precisato che i soggetti più giovani tendono a manifestare tratti di personalità caratterizzati da più elevati livelli di attitudini interpersonali ostili, di emotività e di imprevedibilità. Tali esiti confermano quanto già segnalato da Schotte *et al.* (1998), a proposito della correlazione inversa tra età e punteggi sul Cluster B.

Infine, nell'intento di esaminare le relazioni tra variabili demografiche e variabili di personalità, rispettivamente, e i punteggi di efficienza mnestica, così come misurati dalle differenti scale del MFQ, sono state condotte quattro distinte regressioni gerarchiche, inserendo nel modello come primo blocco le variabili demografiche sesso, età e scolarità, poi i punteggi riportati all'inventario di Beck e, infine, i punteggi sulle dodici categorie di disturbi di personalità misurate dall'ADP-IV, e quali variabili criterio i punteggi ottenuti su ciascuna scala del MFQ.

Come mostra la Tabella 3, l'analisi di regressione ha indicato come predittori della frequenza della dimenticanza il livello di istruzione (più elevato è il grado di istruzione, migliore è la stima metamnestica), i punteggi riportati sulla scala *Schizotypal* dell'ADP-IV e all'inventario di Beck. Punteggi elevati su entrambe le dimensioni determinano una valutazione più negativa della propria memoria. Unico predittore delle stime relative alla gravità della dimenticanza sono i punteggi sulla dimensione *Obsessive-Compulsive*: i soggetti con tratti di personalità ossessivo-compulsiva tendono a enfatizzare la fragilità della propria memoria. Confrontando l'efficienza mnestica attuale rispetto ad anni precedenti (scala *Retrospective Functioning*) le persone meno giovani e gli individui con più elevati punteggi sulla dimensione *Obsessive-Compulsive* ritengono che la loro memoria sia peggiorata con il passare degli anni, mentre i soggetti con caratteristiche di personalità antisociale stimano che l'efficienza mnestica abbia subito un incremento nel tempo. Infine, predittori della frequenza d'uso di strategie che facilitano il ricordo, sono risultati i punteggi sulle dimensioni *Antisocial*, *Passive-Aggressive* e *Schizotypal* dell'ADP-IV e i punteggi ottenuti al BDI. Nello specifico, persone con livelli più elevati di depressione e coloro che hanno riportato punteggi più alti sul tratto dell'antisocialità dichiarano di ricorrere meno agli aiuti esterni; al contrario, i soggetti con più marcate caratteristiche di personalità passivo-aggressiva e schizotipica dichiarano di fare un uso più consistente di strategie funzionali al ricordo.

⁶ Anche le analisi condotte da Schotte *et al.* (1998) hanno segnalato la presenza di una correlazione negativa tra il livello di istruzione e la scala *Borderline*.

Tabella 3

Riassunto delle analisi di regressione gerarchica

Scale del <i>Memory Functioning Questionnaire</i>	Modello	Coefficienti standardizzati β	t	p	R^2	ANOVA
<i>Frequency of Forgetting</i>	SCOLARITÀ	.210	2.446	.016	.191	$F_{3,114} = 9.056; p < .001$
	BDI	-.193	-2.135	.035		
	SCHIZOTYPAL	-.231	-2.553	.012		
<i>Seriousness of Forgetting</i>	OBSESSIVE-COMPULSIVE	-.244	-2.569	.011	.054	$F_{2,116} = 3.329; p < .05$
	ETÀ	-.174	-1.990	.049	.231	$F_{5,118} = 6.774; p < .001$
<i>Retrospective Functioning</i>	SESSO	-.120	-1.372	.173		
	BDI	-.049	-.533	.581		
	ANTISOCIAL	.327	3.665	.000		
	OBSESSIVE-COMPULSIVE	-.241	-2.746	.007		
<i>Mnemonics Usage</i>	BDI	.201	2.112	.037	.178	$F_{5,118} = 6.174; p < .001$
	PASSIVE-AGGRESSIVE	-.284	-2.500	.014		
	ANTISOCIAL	.368	3.824	.000		
	SCHIZOTYPAL	-.255	-2.290	.024		

Le correlazioni parziali indipendenti delle quattro regressioni gerarchiche indicano che le variabili di personalità, al netto delle variabili demografiche inserite nel modello, spiegano percentuali di varianza di un certo interesse, soprattutto su talune dimensioni del *Memory Functioning Questionnaire*, nella fattispecie: il 7.86% per la scala *Frequency of Forgetting*, il 5.38% per la scala *Seriousness of Forgetting*, il 14.27% per la scala *Retrospective Functioning*, e il 22.02% per la scala *Mnemonics Usage*.

Discussione

I risultati delle analisi condotte confermano il dato secondo cui il modo in cui i soggetti valutano le proprie abilità mnestiche e metamnestiche risente sia dell'azione di specifici tratti di personalità, sia del grado di sintomatologia depressiva.

Più nello specifico, per quel che concerne la dimensione di schizotipicità, si è potuto osservare che individui con una struttura di personalità caratterizzata da un più alto livello di distorsioni cognitive e percettive, di comportamenti eccentrici e di disagio interpersonale dichiarano di avere maggiori problemi di memoria e, coerentemente con questa valutazione, di utilizzare più di frequente strategie che facilitano il ricordo (come ad esempio tenere un'agenda degli appuntamenti o compilare liste delle cose da fare).

Anche la presenza di tratti di personalità di tipo ossessivo-compulsiva può essere un dato da tenere presente nella interpretazione dei risultati relativi alle autovalutazioni mnestiche, dal momento che soggetti con tratti più marcati di perfezionismo e con più elevati standard di prestazione valutano in modo più severo sia la gravità della propria dimenticanza che il deteriorarsi della loro memoria nel tempo, probabilmente proprio in ragione di una persistente tendenza ad essere fortemente autocritici nei confronti dei propri errori. Questo risultato è, peraltro, in linea con quanto già osservato da autori quali McNally e Kohlbeck (1993), McDonald, Antony, MacLeod e Richter (1997) e Woods, Vevea, Chambless e Bayen (2002), i quali hanno segnalato come il tratto ossessivo-compulsivo si accompagni a una minore fiducia nelle proprie abilità mnestiche, così come rilevato attraverso misure self-report di metamemoria (a questo proposito si veda anche il contributo di Tuna, Tekcan e Topçuoğlu del 2005).

Per quel che concerne il rapporto tra metamemoria e tratti antisociali di personalità, in questo caso i soggetti con questo tipo di struttura di personalità dal un lato ritengono che la loro memoria sia addirittura migliorata con il passare degli anni, e dall'altro dichiarano – con assoluta coerenza – di ricorrere mai o solo di rado ad ausili mnestici. Questa sorta di "ottimismo metamnestico" potrebbe

essere spiegato chiamando in causa l'autostima ipertrofica, l'atteggiamento "arrogante" ed eccessivamente presuntuoso e forse anche la scarsa inclinazione a dire il vero che caratterizzano tale assetto di personalità.

Per converso, gli individui caratterizzati da tratti di personalità passivo-aggressiva riconoscono di fare più di frequente ricorso a strategie e tecniche utili a facilitare il ricordo. Il delegare il ricordo a fonti esterne appare coerente con un modo costante di rapportarsi all'ambiente e a se stessi segnato da scarsa fiducia nelle proprie capacità, da aspettative negative, dalla resistenza ad assumersi responsabilità, e dalla tendenza ad attribuire l'insuccesso a fonti esterne.

Per quanto riguarda, infine, la relazione tra metamemoria e sintomatologia depressiva, i risultati da noi ottenuti indicano che soggetti con più alti punteggi all'inventario di Beck, pur lamentando una scarsa efficienza mnestica, dichiarano di fare scarso uso di ausili mnestici. Probabilmente le ideazioni depressive portano a rilevare (o a sopravvalutare) i problemi della memoria e, controintuitivamente, a non impegnarsi nella ricerca di strategie utili a ridurre i fallimenti.

Nel loro complesso i risultati del nostro studio indicano che le valutazioni sul funzionamento e l'efficienza della memoria risentono in parte dell'azione delle variabili demografiche e, in misura più consistente, dell'azione di specifici tratti di personalità. Questo dato è in linea con quella letteratura, menzionata nella sezione introduttiva, che ha segnalato relazioni sistematiche tra modalità di autovalutazione della memoria e disposizioni di personalità. Diversamente da altri studi, la nostra ricerca, attraverso l'utilizzo di una misura self-report per la valutazione di tratti collegati ai disturbi di personalità descritti dall'Asse II del DSM-IV e di uno strumento dimensionale per l'assessment della sintomatologia depressiva, ha cercato di individuare in quale misura le stime metamnestiche sono influenzate da un lato dall'affettività negativa, dall'altro da peculiari assetti della personalità. A partire dall'assunto che personalità normale e personalità patologica non costituiscono categorie distinte, ma piuttosto i poli di un continuum (Clark, 2005; Eysenck, 1994; Furnham & Crump, 2005; McCrae, Yang, Costa, Dai, Yao, Cai & Gao, 2001; Markon, Krueger & Watson, 2005; O'Connor, 2002; Widiger & Samuel, 2005), i risultati della nostra indagine potrebbero in futuro essere estesi a campioni di soggetti clinici. C'è da attendersi che, se la configurazione psicopatologica diventa progressivamente meno sfumata, più significativo sarà allora il peso dei tratti di personalità sulle autovalutazioni della memoria. In ogni caso, siamo del parere che, nella pratica della ricerca sulla metamemoria, l'impiego di misure self-report per la valutazione del funzionamento della memoria debba essere accompagnato dall'utilizzo contestuale di strumenti utili alla valutazione della personalità, al fine di "depurare" la stima metamnestica da quei fattori che possono produrre effetti di distorsione in termini sia di sopravvalutazione, sia di sottovalutazione della memoria.

Bibliografia

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berry, J.M. (1999). Memory self-efficacy in its social cognitive context. In T. H. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 70-96). San Diego, CA: Academic Press.
- Bigotti, P. (2000). La validazione italiana del Memory Functioning Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 230, 37-46.
- Cavanaugh, J.C. (1996). Memory self-efficacy as a moderator of memory change. In F. Blanchard-Fields & T.H. Hess (Eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 488-507). New York: McGraw-Hill.

- Cavanaugh, J.C. (1999). Metamemory as social cognition: Challenges for (and from) survey research. In N. Schwarz, D. Park, B. Knäuper, & S. Sudman (Eds.) *Cognition, aging, and self-reports*. (pp. 145-162). Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Cavanaugh, J. C., & Murphy, N. Z. (1986). Personality and metamemory correlates of memory performance in younger and older adults. *Educational Gerontology, 12*, 385–394.
- Cavanaugh, J.C., & Poon, L.W. (1989). Metamemorial predictors of memory performance in young and older adults. *Psychology and Aging, 4*, 365–368.
- Clark, L.A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clark, L.A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 4, 505–521.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1985). Concurrent validation after 20 years: Implications of personality stability for its assessment. In J.N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 4, pp. 31–45). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- de Frias, C.M, Dixon, & R.A, Bäckman, L. (2003). Use of memory compensation strategies is related to psychosocial and health indicators. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 58*, 1, 12-22.
- Dixon, R. A., & Hultsch, D.F. (1983). Metamemory and memory for text relationships in adulthood: A cross-validation study. *Journal of Gerontology, 38*, 689–694.
- Dixon, R. A., & Hultsch, D.F. (1984). The Metamemory in Adulthood (MIA) instrument. *Psychological Documents, 14*, 3 (Ms. No. 2605).
- Eysenck, H.J. (1994). Normality-abnormality and the three-factor model of personality. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 3–25). New York: Springer.
- Fisk, J.E., & Warr, P. (1996). Age-related impairment in associative learning: The role of anxiety, arousal and learning self-efficacy. *Personality and Individual Differences, 21*, 675–686.
- Flavell, J.H. (1971). First discussant's comments: What is memory development the development of? *Human Development, 14*, 272-278.
- Flavell, J.H., & Wellman, H. M. (1977). Metamemory. In R.V. Kail & J. W. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Furnham, A., & Crump, J. (2005). Personality traits, types, and disorders: An examination of the relationship between three self-report measures. *European Journal of Personality, 19*, 167–184.
- Gilewski, M.J., Zelinski, E.M., & Schaie, K.W. (1990). The Memory Functioning Questionnaire for assessing memory complaints in adulthood and old age. *Psychology and Aging, 5*, 4, 482-490.
- Herrmann, D.J. (1982). Know thy memory: The use of questionnaires to assess and study memory. *Psychological Bulletin, 92*, 434-452.
- Hertzog, C., Dixon, R.A., & Hultsch, D.F. (1990). Relationships between metamemory, memory predictions, and memory task performance in adults. *Psychology and Aging, 5*, 215–227.
- Judge, T.A., & Ilies, R. (2002). Relationship of personality to performance motivation: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology, 87*, 797-807.
- Kahn, R.L., Zarit, S.H., Hilbert, N.M., & Niederehe, G. (1975). Memory complaint and impairment in the aged: The effect of depression and altered brain function. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1569–1573.
- Lane, C.J., & Zelinski, E. M. (2003). Longitudinal hierarchical linear models of the Memory Functioning Questionnaire. *Psychology and Aging, 18*, 38-53.

- Larrabee, G. J., & Levin, H. S. (1986). Memory self-ratings and objective test performance in a normal elderly sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *8*, 275–284.
- Loewen, E. R., Shaw, R. J., & Craik, E. I. M. (1990). Age differences in components of metamemory. *Experimental Aging Research*, *16*, 43-48.
- Luszcz, M. A. (1993). When knowing is not enough: The role of memory beliefs in prose recall of older and younger adults. *Australian Psychologist*, *28*, 16–20.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, 139–157.
- Martin, M. (1985). Neuroticism as predisposition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, *6*, 353–365.
- McCrae, R.R., Yang, J., Costa, P.T., Dai, X., Yao, S., Cai, T., & Gao, B. (2001). Personality profiles and the prediction of categorical personality disorders. *Journal of Personality*, *69*, 155–174.
- McDonald, P.A., Antony, M.M., MacLeod C.M., & Richter, M.A. (1997). Memory and confidence in memory judgements among individuals with obsessive-compulsive disorder and non-clinical control. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 497-505.
- McDonald-Miszczak, L., Hertzog, C., & Hultsch, D.F. (1995). Stability and accuracy of metamemory in adulthood and aging: A longitudinal analysis. *Psychology and Aging*, *10*, 553–564.
- McDougall, G.J. (2004). Memory self-efficacy and memory performance among black and white elders. *Nursing Research*. *53*, 5, 323-331.
- McNally, R.J., & Kohlbeck, P.A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 249-253.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1999). Integrating dispositions and processing dynamics within a unified theory of personality: The cognitive-affective personality system. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 197–218). New York: Guilford Press.
- O'Connor, B.P. (2002). The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: A statistical review of published data on personality and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 962–982.
- Pearman, A., & Storandt, M. (2004). Predictors of Subjective Memory in Older Adults. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, *59*, 1, 4-6.
- Pedone, R., Cosenza, M., & Nigro, G. (2005a). Un contributo all'adattamento italiano del *Memory Functioning Questionnaire*. *TPM-Testing Psicometria Metodologia*, *12*, 3, 1-7.
- Pedone, R., Cosenza, M., & Nigro, G. (2005b). Un contributo all'adattamento italiano del Assessment of DSM-IV Personality Disorders Questionnaire (ADP-IV). Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Sperimentale dell'AIP, Cagliari, 18-20 settembre 2005. *Riassunti delle comunicazioni*. Ortacesus (CA), Nuove Grafiche Puddu, pp. 125-127.
- Ponds, R.W. H.M., & Jolles, J. (1996). Memory complaints in elderly people: The role of memory abilities, metamemory, depression, and personality. *Educational Gerontology*, *22*, 341–357.
- Riedel-Heller, S.G., Schork, A., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2000). Do memory complaints indicate cognitive impairment? A review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *33*, 1, 9-16.
- Ruscio, A.M. & Ruscio, J. (2002). The latent structure of analogue depression: Should the Beck Depression Inventory be used to classify groups? *Psychological Assessment*, *24*, 2, 135-145.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.

- Sunderland, A., Harris, J.E., & Baddeley, A.D. (1983). Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 341-357.
- Schotte, C.K.W., & De Doncker, D. (1994). *ADP-IV Questionnaire*. University Hospital Antwerp: Antwerp, Belgium.
- Schotte, C.K.W., De Doncker D.A.M., Vankerckhoven, C., Vertommen, & H., Cosyns, P., (1998). Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measures of trait and distress characteristics: The ADP-IV. *Psychological Medicine*, 28, 1179-1188.
- Schotte, C.K.W., De Doncker, D.A.M., Dmitruck, D., Van Mulders, I., D'Haenen, & H., Cosyns, P., (2004). The ADP-IV questionnaire: Differential validity and concordance with the semi-structured interview. *Journal of Personality Disorders*, 18, 4, 405-419.
- Seeman, T.E., Rodin, J., & Albert, M. (1993). Self-efficacy and cognitive performance in high-functioning older persons. *Journal of Aging and Health*, 5, 455-474.
- Small, G.W., Chen, S.T., Komo, S., Ercoli, L., Miller, K., Siddarth, P., Kaplan, A., Dorsey, D., Lavretsky, H., Saxena, S., & Bookheimer, S.Y. (2001). Memory self-appraisal and depressive symptoms in people at genetic risk for Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1071-1077.
- Smith, G.E., Petersen, R.C., Ivnik, R.J., Malec, J.F., & Tangalos, E.G. (1996). Subjective memory complaints, psychological distress, and longitudinal change in objective memory performance. *Psychology and Aging*, 11, 272-279.
- Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the Differential Personality Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, Minneapolis.
- Tuna, Ş., Tekcan, A. İ., & Topçuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Valentijn, S.A.M., Hill, R.D., Van Hooren, S.A.H., Bosma, H., Van Boxtel, M. P. J., Jolles, J., & Ponds, R.W.H. M. (2006). Memory self-efficacy predicts memory performance: Results from a 6-year follow-up study. *Psychology and Aging*, 21, 2, 165-172.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., Clark, L.A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, distress: Exploring the central role of Negative Affectivity. *Psychology and Aging*, 96, 243-254.
- West, R.L., Boatwright, L.K., & Schleser, R. (1984). The link between memory performance, self-assessment, and affective status. *Experimental Aging Research*, 10, 197-200.
- Widiger, T.A., & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic Categories or Dimensions? A Question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition*. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 4, 494-504.
- Woods, C.M., Vevea, J.L., Chambless D.L., & Bayen, U.J. (2002). Are compulsive checkers impaired in memory? A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 353-366.
- Yovel, I., Reville, W. & Mineka, S. (2005). Who Sees Trees Before Forest? The Obsessive-Compulsive Style of Visual Attention. *Psychological Science*, 16, 2, 123-129.
- Zelinski, E.M., Burnight, K.P., & Lane, C.J. (2001). The relationship between subjective and objective memory in the oldest old: Comparisons of findings from a representative and a convenience sample. *Journal of Aging & Health*, 13, 2, 248-266.
- Zelinski, E.M., & Gilewski, M.J. (2004). A 10-item Rasch modeled memory self-efficacy scale. *Aging & Mental Health*, 8, 4, 293-306.

Zelinski, E. M., & Gilewski, M.J., & Anthony-Bergstone, C.R. (1990). Memory Functioning Questionnaire: Concurrent validity with memory performance and self-reported memory failures. *Psychology and Aging*, 5, 3, 388-399.

L'anoressia nella stampa divulgativa e scientifica: modelli culturali, criticità e linee di sviluppo

di Federico Fanelli, Francesca Terri*

1. Premessa

Con questo lavoro abbiamo voluto individuare i modelli culturali che organizzano il discorso intorno all'anoressia in parte della produzione scientifica e giornalistica del contesto italiano, nel periodo tra il 2000 e il 2005.

L'ipotesi è che tali culture influenzino ed "organizzino" le azioni di intervento e prevenzione di chi si occupa di anoressia e che, nello stesso tempo, orientino le attese e la domanda del sistema sociale.

La considerazione alla base della ricerca è che qualunque operazione professionale, attuata o attuabile da parte di associazioni, istituti e tutti gli attori che si occupano di anoressia, possa (e debba) situarsi in un "contesto" di cui si possiedono tutte le coordinate *culturalmente* significative, e che interventi, progetti, politiche di prevenzione possano così ottenere una configurazione netta e percepibile e scegliere una direzione di senso realmente incisiva, che parta e che risponda ad aspettative, domande, concezioni e quant'altro possa essere attribuito al vissuto ed al sentire della collettività e della cultura scientifica nei confronti di un "evento sociale" come l'anoressia.

La ricerca è tesa dunque ad individuare luoghi ed aree culturali ove risulti particolarmente presente la "domanda" sociale legata all'anoressia, leggibile entro il rapporto con l'"offerta" del contesto.

Si ipotizza, infine, che la conoscenza dell'immagine dell'anoressia, veicolata dalla stampa divulgativa e scientifica, possa garantire occasioni di dialogo tra esperti, operatori, interlocutori istituzionali ed aprire a trasformazioni e negoziazioni di significato intorno alla rappresentazione dell'anoressia. Confrontarsi con questa non implica soltanto descrivere le forme della sofferenza o i modi della cura, ma anche interrogarsi sui fattori di rischio o sulle risorse che una determinata cultura implica e sulla prevenzione, e dunque sulle possibili protezioni, la cui messa in opera richiederebbe interventi "politici" sulla cultura.

2. Metodologia

2.1 La scelta delle fonti scientifiche e la raccolta degli articoli

Si è scelto di consultare, in un'ottica interdisciplinare, articoli sull'anoressia reperiti nelle seguenti riviste italiane:

- *L'Arco di Giano*: è la prima rivista di *medical humanities*: incontro non occasionale ma sistematico tra discipline e pratiche diverse afferenti alla sanità. Essa intende guardare nelle due opposte direzioni delle scienze della natura e delle scienze dell'uomo, per abbracciare il campo totale costituito dalla cura della salute.
- *La Rivista Telematica di Psychomedia - Psychomedia Telematic Review*: nelle versioni inglese ed italiana ospita articoli, link e indicazioni bibliografiche di specifiche aree tematiche di ambito psicologico.
- *Psicologia Della Salute*: quadrimestrale di psicologia e scienze della salute; la psicologia della salute riguarda la ricerca, l'applicazione e la verifica di interventi relativi alla promozione ed al mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento delle malattie, all'analisi e al miglioramento dei sistemi di tutela della salute e all'elaborazione delle politiche della salute.
- La rivista *Costruzioni Psicoanalitiche*: vuole essere l'espressione di un riflettere intorno a temi che, partendo dai fondamenti della psicoanalisi, si muovono in varie direzioni, abbracciando anche campi non strettamente correlati con lo specifico terapeutico, ma con la società in senso lato, con le sue trasformazioni e con le manifestazioni attraverso le quali questa si esprime.
- *Psicoterapia e scienze umane*: ospita contributi di matrice psicoanalitica accanto a quelli di rappresentanti di discipline come la psicologia, la psichiatria, la sociologia, l'antropologia, la filosofia, le scienze dell'educazione, la storia.

* Specialisti in psicologia della salute

- *Psichiatria di comunità*: è una rivista trimestrale che muove dai problemi umani e sociali, da quella stessa valenza politica che l'intervento di comunità ha in sé, per stimolare il dibattito, raccoglierne le proposte, tradurle in progetti.
- *Studi Jungiani*: nata ufficialmente nel 1995, ha lo scopo di favorire l'approfondimento dei diversi orientamenti e i molteplici interessi teorici e clinici nell'ambito della psicologia analitica. Si apre inoltre al confronto con la psichiatria, con la filosofia e l'antropologia.
- *Psicobiiettivo*: si propone di dare un contributo alla ricerca di punti di contatto e di convergenza tra orientamenti psicoterapeutici differenti, nel rispetto delle reciproche diversità. Essa risponde ad una esigenza oggi diffusa nel campo della psicoterapia: quella di superare drastiche contrapposizioni concettuali e pratiche tra i vari indirizzi, a favore di "paradigmi di complessità" che propongono la necessità di punti di vista molteplici e tra loro complementari.
- *Terapia Familiare*: è una rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale. Centro del suo interesse è lo studio dell'individuo nelle sue relazioni familiari e sociali. È la rivista più antica di studi e ricerche sulla famiglia.

Sono stati raccolti 16 articoli pubblicati tra il 2000 e il 2005 nelle 9 riviste considerate, costituendo un testo di 142 pagine.

2.2 La scelta dei quotidiani e degli articoli

Per la ricerca si è scelto di consultare quotidiani italiani dal 2000 al 2005 attraverso gli archivi degli stessi giornali e di Lexisnexis messi a disposizione dalla Biblioteca del Senato della Repubblica. Si è scelto di consultare i primi tre quotidiani nazionali: *La Repubblica*, il *Corriere della Sera* e *La Stampa*. Il *Corriere della Sera*, pubblicato a Milano, è attualmente il quotidiano più diffuso in Italia con una tiratura media di più di 840.000 copie giornaliere. *La Repubblica* è un quotidiano appartenente al Gruppo editoriale L'Espresso, pubblicato a Roma. La vendita media giornaliera, calcolata dal novembre 2004 all'ottobre 2005, è risultata essere di poco meno di 790.000 copie. *La Stampa* è attualmente il terzo quotidiano nazionale, con una tiratura media di circa 430.000 copie¹. Un accordo per l'uscita in abbinamento locale con una serie di piccoli e medi quotidiani sparsi in tutto il Paese (i maggiori dei quali sono il *Corriere di Napoli*, il *Corriere di Caserta*, *Cronache del Mezzogiorno*, *Il Domani della Calabria*, *Il Domani di Bologna*), ne ha favorito la diffusione anche nelle regioni del Sud. La ricerca è stata effettuata inserendo la parola "anoressia" nei motori di ricerca che hanno riportato tutti gli articoli in cui la parola appariva nel testo o nel titolo. Da una lettura attenta sono stati selezionati soltanto gli articoli incentrati sull'argomento, scartando quelli in cui l'anoressia era soltanto citata o in cui la parola veniva riportata in elenco, o ancora usata in senso metaforico. Ne è risultato un campione di 224 articoli (41 de *La Stampa*, 91 de *La Repubblica* e 92 de *Il Corriere della Sera*), che hanno formato un testo di 180 pagine.

2.3 L'Analisi emozionale del testo

Per analizzare il discorso sull'anoressia nella stampa e nella letteratura scientifica si è scelto di individuare i modelli culturali presenti nei testi attraverso l'analisi emozionale del testo (AET), uno strumento psicologico di analisi di testi scritti². Si tratta di una metodologia che consente di evidenziare dinamiche collusive presenti in un testo, al fine di analizzare i modelli culturali che organizzano emozionalmente il testo stesso. L'Aet, dunque, consente di analizzare la "cultura", intesa come "costruzione emozionale della conoscenza" di specifici contesti, oggetti e relazioni sociali. L'analisi effettuata sui testi considerati ha evidenziato, dunque, i modelli collusivi con i quali la stampa e la letteratura scientifica organizzano emozionalmente la rappresentazione e la conoscenza dell'anoressia.

Si ipotizza che le parole con cui è organizzata la produzione linguistica possano essere suddivise in due grandi categorie: *parole dense*, con il massimo di polisemia³, se prese a sé stanti, ed il

¹ Fonte dei dati concernenti la tiratura media dei tre quotidiani citati: Pubblicità Italia - dati ADS riassuntivi medi - Media mobile di 12 mesi - da Novembre 2004 a Ottobre 2005 su <http://www.pubblicitaitalia.it/ads.asp>.

² Per approfondimenti si veda Carli R., Panizza R. M. (2003), *L'Analisi Emozionale del Testo*, FrancoAngeli, Milano.

³ Per *polisemia* si intende l'infinita associazione di significati e di senso attribuibili ad una parola se presa a sé stante, se svincolata dal contesto linguistico che ne riduce la polisemia stessa. Si tratta, evidentemente,

minimo di ambiguità nel significato, e *parole non-dense*, con il massimo di ambiguità di senso e quindi con il minimo di polisemia le quali, per aver assegnato un senso entro il linguaggio, hanno bisogno di essere iscritte entro il contesto linguistico. Le parole dense, che mantengono un forte significato emozionale anche se prese a sé stanti, se vengono individuate in un testo possono essere raggruppate in funzione della loro ricorsività entro segmenti del testo stesso.

Questa operazione di segmentazione del testo e di identificazione di raggruppamenti ricorrenti di parole entro specifici segmenti è possibile grazie all'analisi delle corrispondenze⁴ tra le parole dense evidenziate nel testo ed i segmenti del testo, preventivamente individuati. Queste analisi sono rese possibili da specifici programmi informatici per l'analisi del testo; in questo caso, il software utilizzato è Alceste (*Analyse des Lexèmes Co-occurents dans les Enoncés Simples d'un Texte*) di Max Reinert. Dall'analisi fattoriale delle corrispondenze e dalla successiva analisi dei cluster⁵ è possibile ottenere quindi dei raggruppamenti di parole dense chiamati repertori o cluster: "Repertori Culturali" caratterizzati da parole dense co-occorrenti entro un insieme di segmenti ove le stesse parole ricorrono con la più elevata probabilità. La funzione della co-occorrenza delle parole dense entro lo stesso repertorio è di ridurre *gli infiniti significati* di ciascuna parola densa; è come se ciascuna parola considerata nell'incontro di co-occorrenza con le altre parole perdesse una quota di polisemia, consentendo così la costruzione dei differenti repertori, veicoli della dinamica collusiva insita nel testo stesso.

3. Repertori culturali

Iniziamo col considerare ed analizzare gli incontri di co-occorrenza a partire da quelli tra le parole dense a più elevata centralità nel repertorio, ossia le parole che più hanno contribuito, in termini di significatività statistica, alla costituzione del repertorio. L'ipotesi che regge l'analisi è che l'insieme delle co-occorrenze analizzate consenta di comprendere la "cultura" che caratterizza quel repertorio⁶.

Nella figura 1 è rappresentato lo spazio fattoriale (Spazio Culturale), definito dall'incrocio dei tre assi cartesiani, denominati fattori, che spiegano il massimo della varianza totale dei dati.

L'Aet ha evidenziato la presenza di 4 cluster o Repertori Culturali, posizionati nel modo seguente nello Spazio Culturale: alla sinistra del primo asse fattoriale, quello orizzontale, si situa il R.C. 2, che si contrappone al R.C. 1 dislocato all'estremità opposta; sul secondo asse fattoriale, quello verticale, si trova in alto il R.C. 3 che si contrappone ai R.C. 1 e 4, dislocati nella parte bassa dello spazio culturale; il terzo fattore, infine, differenzia i R.C. 4 e 1.

Inizialmente descriveremo le dimensioni culturali che caratterizzano i singoli Repertori Culturali emersi con il trattamento statistico del testo e, successivamente, approfondiremo le relazioni tra le culture presenti nei quattro repertori, con l'obiettivo di rilevare la specifica Cultura in analisi, così come si è organizzata entro lo Spazio Culturale. La successione dei Repertori Culturali descritti è funzionale alle loro reciproche posizioni sul piano fattoriale: si inizierà dal R.C. 1, cluster che

di una polisemia "emozionale", che viene trasformata nel "senso", cognitivamente inteso, della parola stessa quando questa sia iscritta entro il contesto linguistico.

⁴ Come tutti i metodi di analisi fattoriale, l'analisi delle corrispondenze consente di estrarre nuove variabili - i fattori appunto - che hanno la proprietà di riassumere in modo ordinato l'informazione. Consente inoltre di predisporre grafici atti a rappresentare - in uno o più spazi - le entità linguistiche raggruppate per co-occorrenza.

⁵ Insieme di tecniche statistiche il cui obiettivo è costituito dall'individuare raggruppamenti di oggetti (nel nostro caso, di parole dense) che abbiano due caratteristiche complementari: al loro interno, la massima somiglianza tra gli elementi che li costituiscono (le parole appartenenti a ciascun cluster); tra di loro, la massima differenza.

⁶ L'analisi degli incontri di co-occorrenza parte prendendo in considerazione l'etimologia delle parole dense che compongono i cluster o Repertori Culturali. Come mettono in evidenza Carli e Paniccia (2002, p. 169), "il ricorso all'etimo delle parole ha la funzione di orientare il ricercatore, entro la polisemia della parola densa, individuando aree emozionali ove la mente può associare". A tal fine si è scelto di utilizzare i seguenti dizionari: Devoto G., *Avviamento all'etimologia italiana*, Le Monnier, Firenze, 1989; Cortellazzo M., Zolli P., *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna, 1984; Castiglioni L., Mariotti S., *Vocabolario della lingua latina*, Loesher, Torino, 1966; De Mauro T., *Grande Dizionario italiano dell'Uso*, Utet, Torino, 2003.

abbiamo chiamato “jolly” perché, essendo in rapporto con tutti i fattori, aiuta a definire, per differenza, tutti gli altri repertori.

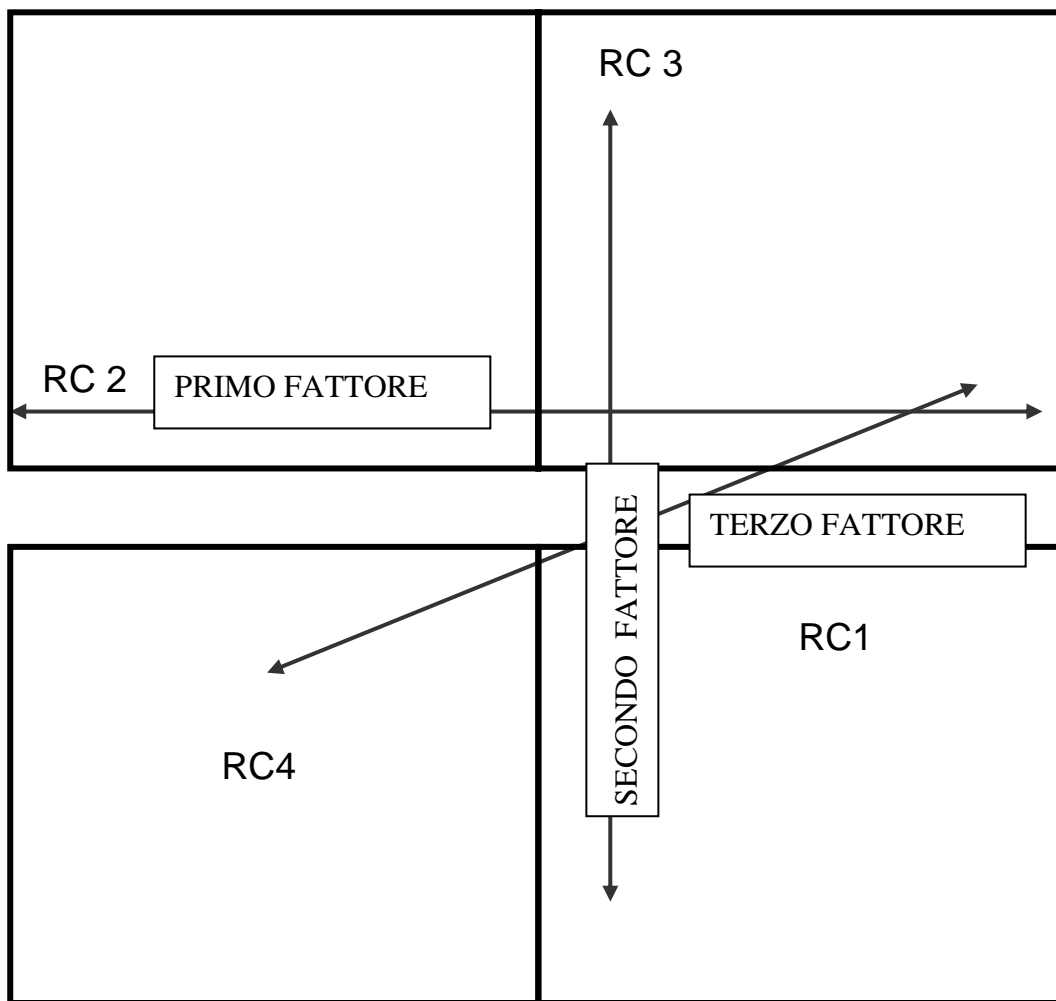


Fig. 1 Lo spazio fattoriale (o culturale)

potere che fa guarire se chi soffre si affida ad esso: è un affidarsi “scontato” quando si è arrivati all'estremo e non si sopporta più quello che sta accadendo.

Il quadro sembra aprirsi con il quinto incontro di co-occorrenza:

BULIMIA

CENTRO CLINICO

GIOVANI

CURARE

MEDICO

La parola **giovani** da *iūvene* – “di persona che è tra l'adolescenza e la maturità” (sec. XIII, TF)- dà un volto, sebbene ancora impersonale, alla malattia, individuando la fetta di popolazione più colpita dai disturbi del comportamento alimentare⁸. La parola “**ragazzi**” presente più in là nel repertorio rafforzerà e completerà l'identificazione.

Abbandonando qui l'analisi particolareggiata degli incontri di co-occorrenza, è possibile aprirsi all'ipotesi che l'edificio di senso emozionale, sin qui tracciato, consenta una prima visione d'insieme della cultura presente nel repertorio. La presenza schiacciante di sostantivi sottolinea la forza della dimensione del “fare”, dell'intervenire a livello medico: “**sofferenza**” – “**malattia**” – “**ospedale**” – “**ricovero**” rafforzano la determinazione dell'intervento medico e la fragilità dell'oggetto della cura; “**disturbi del comportamento alimentare**” – “**anoressia**” vanno a completare la dimensione diagnostica, identificando gli oggetti della prassi medica; le parole: “**grave**” - “**aumento**” – “**allarme**” “**sanità**” rimarkano la dimensione dell'urgenza con cui la medicina deve confrontarsi. Si accenna ai disturbi del comportamento alimentare come ad un problema medico di vaste proporzioni che la medicina è chiamata ad affrontare. La competenza professionale non fa intravedere soluzioni mediche, non sembra declinarsi in azioni professionali specifiche, ma sembra giustificata dal peso del mandato sociale che grava sulla medicina come disciplina con un “potere forte”, con una grande responsabilità sociale. Parole come “specialista, dottore, professione” lo ribadiscono.

Siamo, così, confrontati con questa prima area culturale confermata anche dalla natura dei verbi presenti nel cluster. Alcuni di questi, come “**colpire**”, sembrano rimarcare la fermezza di una prassi medica che deve sconfiggere la malattia e “**guarire**” (altro verbo presente nel repertorio) chi è “colpito”, evocando una delle due facce della funzione medica proposte da Fornari: quella paterna del curare; verbi come “**aiutare**”, “**progettare**”, “**collaborare**”, “**consigliare**” sembrano invece rispecchiare la funzione materna del prendersi cura. Nella lingua inglese la stessa distinzione si pone tra *to cure* (curare) e *to care* (prendersi cura).

Provando a riassumere e puntualizzare quanto finora emerso dalla progressiva restrizione della polisemia delle parole dense emerge l'ipotesi che questo Repertorio Culturale – il più rappresentativo della Cultura in analisi – sostanzi una rappresentazione dell'anoressia, e dei disturbi del comportamento alimentare in generale, come concepibile solo entro il contesto medico, dimensione esclusiva nel confronto con un'estraneità che solo la medicina può capire, rendere asettica e prevedibile.

Qui sembra delinearci una cultura propria di una medicina che ripristina e non sviluppa, che si rapporta alla malattia intravedendo un inizio ed una fine più che uno spazio o un movimento aperto, che si concentra sulla finalità terminale più che essere rivolta al processo.

Si intravede una cultura medica che fonda l'intervento sulla doppia separazione: della malattia dal soggetto, del corpo della persona dal contesto di vita. Doppia separazione cagionata dall'urgenza (“allarme”, “grave”) della cura medica, perché in presenza del pericolo di morte; una cultura che dimentica la multifattorialità delle determinanti della salute e l'evidenza che le cure sanitarie rappresentano solo uno tra i vari fattori che intervengono su di essa.

La dinamica emozionale che organizza questo repertorio si rivela incentrata sulla medicalizzazione del disturbo alimentare, che sembra eludere i bisogni di interventi legati al contesto relazionale, sociale, economico non solo dei singoli ma anche della collettività che si confronta con i disturbi del comportamento alimentare. L'immagine dell'anoressia sembra dunque essere saturata emozionalmente dall'intervento di cura del potere medico specialistico.

3.2. Repertorio Culturale 2

Questo repertorio rappresenta poco più del 15% delle frasi del testo.

⁸ Il DSM IV indica l'età di insorgenza tra i 12 e i 18 anni nel 95% dei casi.

La prima parola densa che si incontra è **corpo**. Dal latino *corpus*, forma, immagine; dalla radice indo-germanica *kar*, fare, comporre a cui pare si colleghi *karp*, bell'aspetto, bellezza. Dal greco *kra-inò* creare, comporre.

L'etimo rimanda in prima istanza ad una dimensione estetica, "formale", ma parallelamente il termine evoca la "sostanza" dentro l'atto del creare, naturalmente inscritta nella capacità generativa e riproduttiva del corpo umano. Ancora viene alla mente il corpo come termine di una storica dicotomia che lo contrappone alla mente o, ancora, allo spirito. Corpo come "complesso degli organi che costituiscono la parte materiale e organica dell'uomo e degli animali" (inizio sec. XIII, Rinaldo d'Aquino). Il corpo come simbolo del "materiale", del "terreno", e quindi "caduco", "fugace", contrapposto al "divino", all'eterno. E **simbolo** è proprio la parola che va a formare il primo incontro di co-occorrenza:

CORPO SIMBOLO

"Simbolo" dal greco *symbolon*, segno, dal quale si riconosce, si argomenta, si presume; ma anche convenzione, patto; da connettersi al verbo *sybállein* metto insieme, conchiudo, composto da *syn*, con, insieme e *ballo*, getto ed in composizione pongo, metto. "Elemento materiale, oggetto, figura animale, persona e sim., considerato rappresentativo di un'entità astratta" (av. 1542, G. Benivieni). Il primo incontro di co-occorrenza sembra configurare sotto il profilo emozionale una funzione specifica data al corporeo: quella di mettere insieme, di con-tenere, di chiudere in sé significati e rappresentazioni. "Il corpo che rappresenta": si pensi ai significati simbolici legati al corpo femminile in diversi momenti storici e in diverse società; si pensi ancora al corpo "vuoto" dell'anoressica.

Ma veniamo alla parola successivamente associata: **identità**.

CORPO SIMBOLO
IDENTITA'

Ancora un termine che sembra approfondire la funzione data al corpo nella costruzione di una propria identità. Riportando soltanto le parole nel loro ordine di apparizione viene ancora una volta rimarcato il ruolo giocato dal "corpo" come "simbolo" della propria "identità", un'identità, come si rivela dal successivo incontro di co-occorrenza, "sociale", un simbolo "sociale", un ideale estetico-sociale. Un **sociale** (dal lat. *socius*, compagno) come "compagnia di più persone, unione, collettività", a cui si appartiene o da cui si rimane esclusi, estranei. In questa dimensione culturale sembra dunque che il corpo rappresenti il veicolo di accettazione sociale, il simbolo di un'identità costruita sulla base di un'appartenenza.

CORPO SIMBOLO
IDENTITA' SOCIALE

La dimensione soggettiva sembra qui sacrificata per un'idealità, una rappresentazione che sancisce un'amabilità sociale in cui ci si "identifica".

Il quarto incontro di co-occorrenza sembra specificare l'oggetto della cultura in esame: **femminile**. E' il corpo femminile che viene investito emozionalmente e simbolicamente. Sono i significati sociali legati all'immagine del corpo della donna che la cultura evoca, è il corpo della donna l'ideale estetico-sociale a cui l'identità femminile è sovente obbligata a riferirsi. "Femminile" dal latino *fēmina*, stessa radice di *fellare* nel senso di allattare, succhiare e di *fecundus*, fecondo, e dal greco *phyo*, produco: femmina è colei che allatta, nutre, genera, partorisce.

CORPO SIMBOLO
FEMMINILE
IDENTITA' SOCIALE

Questa dimensione femminile sembra in forte contrasto con le descrizioni del corpo dell'anoressica riportate in letteratura. Si parla spesso di un corpo asessuato, lontano dai significati simbolici delle rotondità legate alla fertilità e capacità riproduttiva, di un annullamento dei tratti femminili del proprio corpo come soluzione al problema dell'identità.

CORPO SIMBOLO FEMMINILE
DIO CULTURA MISTICO
IDENTITA' SOCIALE

Le parole successive sembrano definire in modo più forte la dimensione simbolica fin qui delineata: "**dio**", "**cultura**" e "**mistico**" sembrano, da un lato, predefinire il senso di un'identità femminile inscritta in un corpo che allatta e che nutre, e dall'altro rappresentano un potere (la parola "patriarcale" aiuta a definirne il senso) che toglie, che sacrifica la femminilità al divino. Dio, dal

latino “che risplende”, “il celeste” e dal greco *thyo*, “sacrificare”. Mistico dal latino *mysticus*, misterioso, arcano e dal greco *myein*, chiudere, tacere; ma anche culto, venerazione.

Si ribadisce ancora la contrapposizione accennata all’inizio tra la dimensione spirituale e quella corporea. L’ancoraggio al divino toglie femminilità al corpo: il controllo sul corpo priva il corpo stesso della sua capacità riproduttiva.

La dimensione di religiosità sacrificale sembra confermata dalle parole dense successive: la “**rinuncia**” al proprio “**desiderio**” egoistico, la “**sofferenza**”, l’“**umiltà**” e l’“**umiliazione**” marcano la strada verso la “**salvezza**”, la vita “**eterna**”, sotto lo “**sguardo**” di Dio.

Parole come “**paradosso**”, “**contraddittorietà**”, “**tensione**” evocano il rischio di una conflittualità inevitabilmente presente nell’atto della rinuncia, come tentativo di soffocamento dell’umano, una corporeità sacrificata al soprannaturale, un’umana ambivalenza nell’uso del proprio corpo come strumento-simbolo per un rapporto esclusivo con Dio.

Conflittualità, ambivalenza e tensione vengono descritte spesso in letteratura come elementi chiave della personalità anoressica, in cui il comportamento di autoprivazione si rafforza nel sentimento maniacale suscitato dall’ostinato controllo sul corpo, fino a divenire l’unica fonte della coscienza di sé. “*Il non-soddisfacimento provoca una intensa sensazione fisica, forse confusa con il piacere, che conferisce un vissuto d’immortalità che l’esperienza della realtà esterna non riesce ad alterare*” (Favaretto & Santonastaso, 1999).

Nell’anoressia il controllo del corpo e delle sensazioni vitali sembra quindi attuato nel tentativo di raggiungere una perfezione estetica, un corpo etereo, trasparente che consente di appropriarsi della propria esistenza. Ma la lotta incessante con il corpo, l’annullamento della propria femminilità e delle sue passioni, assume il significato di una sfida che la giovane donna attua nei confronti della morte, poiché il dominare la fame e il ridursi a scheletro contribuiscono alla sensazione di potere nei confronti delle imposizioni naturali e del raggiungimento dell’“eternità”.

Come già riportato nei paragrafi iniziali, psichiatri e psicoanalisti hanno spesso sottolineato la dimensione religiosa, ascetica e mistica delle anoressiche e così alcuni storici (Bell, 1985) hanno cercato delle analogie tra il comportamento delle moderne adolescenti anoressiche e quello di ascetiche sante medievali: la ricerca della privazione, la negazione e la frustrazione dei bisogni del corpo, il controllo degli istinti, la tendenza al sacrificio, le distorsioni percettive indotte dal digiuno, l’aspirazione all’immortalità, il rapporto con un’immagine ideale, la vicinanza e la contiguità con la morte. Altri studiosi (Favaretto & Santonastaso, 1999), al contrario, ritengono i fenomeni non sovrapponibili: il differente contesto culturale di appartenenza permetterebbe semmai di ascriverli a due diverse categorie etnopsichiatriche: quella del “disturbo sacro” nel caso dell’astinenza dal cibo delle sante, e quella del “disturbo etnico” nel caso dell’anoressia.

Al di là delle divergenze teoriche, la cultura che il cluster delinea sembra rivelare il senso di un linguaggio universale, che attiene strettamente all’umano e che riguarda alcuni valori fondamentali dell’identità (quali la relazione del soggetto con l’alterità, con il cibo, con il piacere) che l’anoressia sembra esprimere.

3.3. Repertorio Culturale 3

Il 3° Repertorio Culturale rappresenta il 22 % del testo.

La prima parola densa è **paziente**; deriva dal latino *patientem*, da *pati* ‘soffrire’ (composto da *sub-* e *ferre*, portare sotto, sopportare, sostenere, tollerare), significa letteralmente “colui che soffre, che sopporta, che tollera dolori fisici o morali”. Per estensione ‘paziente’ è “chi è affetto da un male ed è sottoposto alle cure d’un medico” (av. 1320, Crescenzi volgar.). Diversamente dal repertorio 1, organizzato sul piano simbolico-emozionale intorno alla categorizzazione nosografica, alla dimensione diagnostica, qui la dinamica emozionale che organizza la rappresentazione dell’anoressia si sviluppa a partire dal riconoscimento di una soggettività, connotata come sofferente e pertanto bisognosa di essere presa in cura. Paziente, in questo senso, evoca sul piano simbolico l’utenza dell’universo medico; utenza che per definizione è *impotente* e *incompetente* a trattare il “male”, e per questo si sottopone alle cure dell’esperto – il medico – delegando a lui il compito di intervenire. L’etimologia della parola aiuta nella lettura: “paziente” condivide la stessa radice di “passivo”; il paziente dunque è colui che soffre della dipendenza, “che subisce l’azione o è atto a subirla” (1304-08, Dante).

Si è di fronte ad una soggettività che si connota scontatamente come portatrice di un bisogno di cura/di essere presa in cura con lo scopo di porre fine alla sofferenza e di ritornare ad una condizione di normalità.

Scendendo nell'ordine dei valori di ricorrenza entro il repertorio si incontra la parola **terapia**.

PAZIENTE TERAPIA

Terapia, dal gr. *therapeia* 'servizio', dal verbo *therapeuo* 'io ho cura, servo', 'assisto, guarisco'. Un termine che si riferisce sia al "mettersi al servizio di qualcuno, quindi al prendersi cura", ma anche al "curare, guarire" intervenendo in senso medico. Paziente e terapia sono parole fortemente connesse sul piano letterale e simbolico; si integrano e delineano il contesto entro cui ha luogo l'azione professionale tra un terapeuta ed un soggetto-paziente: il primo che mette al servizio del secondo il suo sapere e saper fare con lo scopo di "curare" e "prendersi cura". Un'azione professionale che implica delle tecniche terapeutiche la cui applicazione presuppone la delega e la conseguente presa in carico da parte dell'esperto.

Veniamo al secondo incontro di co-occorrenza:

PAZIENTE TERAPIA
GRUPPO

Gruppo, dal latino *cruppa* 'insieme di persone unite fra loro da vincoli naturali, da rapporti di interesse, da scopi o idee comuni' (av. 1808 M. Cesarotti). La polisemia delle parole co-occorrenti sembra ridursi nella direzione di un'azione terapeutica che configura il paziente nei termini di un gruppo, più persone unite dalla sofferenza.

Andando avanti con gli incontri di co-occorrenza la quarta parola in ordine di ricorrenza è **relazioni**.

PAZIENTE TERAPIA
GRUPPO RELAZIONI

La parola "relazioni" significa letteralmente rapporto, legame tra due o più persone (dal latino *relatio*, da *referre* 'riferire'). La sofferenza si riferisce dunque a ciò che tiene unito un gruppo: i legami, le relazioni. Pertanto, l'azione terapeutica si declina come intervento focalizzato sulle relazioni interne al gruppo. Si ipotizza qui un'uscita da una centratura sull'individuo da curare o di cui prendersi cura ed un'apertura alla sfera relazionale entro cui si gioca la dimensione terapeutica. In particolare, l'analisi delle relazioni entro i gruppi è principalmente alla base dell'ottica e dell'intervento psicologico di matrice sistemico-relazionale e ne rappresenta il materiale di costruzione. A differenza di altri approcci teorici, quello sistemico si propone infatti di osservare quanto accade nel momento in cui due o più persone interagiscono tra di loro e come le sequenze interattive che ne derivano influenzino il loro comportamento ed il loro rapporto. In tale prospettiva, l'interazione è pertanto strettamente legata alla comunicazione: mentre si interagisce si comunica e un disturbo della comunicazione può determinare la comparsa di fenomeni psicopatologici nelle persone interagenti (Telfener & Casadio, 2003).

La terapia relazionale sostituisce il termine stesso "paziente" – il singolo portatore della malattia e del disturbo – con l'espressione "paziente designato", intendendo così coloro che fanno da altoparlante al disagio di tutti e che segnalano, attraverso il proprio malessere, la disfunzionalità del gruppo-sistema (Telfener & Malagoli Togliatti, 1991). Il sintomo (termine peraltro successivamente presente negli incontri di co-occorrenza) viene ad assumere, in quest'ottica, una funzione specifica: il paziente designato sembra scontare con il sintomo la sofferenza di tutto il sistema in cui si trova: si sacrifica per garantire un equilibrio, se pur precario, entro un circolo vizioso relazionale che fonda e alimenta il sintomo stesso. È da considerare una modalità di annuncio (epifanica) di qualcosa che si sta manifestando, comunica un momento-stato di sofferenza (Telfener & Casadio, 2003).

Nel successivo incontro si definisce il gruppo naturale entro cui avviene l'intervento terapeutico: la famiglia. Gruppo naturale su cui l'ottica sistemica per prima ha posto l'attenzione, proponendo un'unità di analisi alternativa a quella "individuo-centrica" propria della medicina, della psichiatria e di una certa psicologia.

PAZIENTE TERAPIA
GRUPPO RELAZIONI
FAMIGLIA

Famiglia, dal latino *familia* (da *famulus*, *famiglio*, servitore), deriva da *faama* 'casa', i membri della casa uniti da legami di sangue. Entro il gruppo familiare sembra originarsi la sofferenza e su di esso si dirige l'intervento terapeutico di matrice sistemica. La famiglia diventa paziente. Entro

l'ottica relazionale si parla di "famiglie anoressiche", che si caratterizzano per la propria organizzazione interna e per le peculiari modalità comunicative focalizzate sul cibo. Secondo la letteratura sistemico-relazionale, si tratta di famiglie che celano sotto un'apparente equilibrio e serenità un profondo grado di insoddisfazione, che si traduce sul piano comportamentale con il malessere del figlio, l'elemento più fragile su cui si concentrano le attenzioni ed il conseguente controllo dei genitori. Questi esprimono sul piano affettivo e relazionale delle dinamiche di rapporto che hanno una funzione importante nella genesi e nel mantenimento del disturbo alimentare. A questo proposito è utile ricordare come in letteratura l'anoressia sia definita spesso come una forma di guarigione, la soluzione ai problemi relazionali della famiglia.

La dinamica simbolica che organizza questo repertorio configura dunque l'anoressia come 'sofferenza familiare', oggetto di intervento della terapia sistemico-relazionale. Le parole successive confermano e ampliano questa rappresentazione: "**sintomo**", "**emozione**", "**cognizione**", "**valutazione**", "**clinica**", "**psicopatologia**", "**disturbo**", "**intervento**", "**diagnosi**", "**disfunzione**", "**psicoterapia**".

Si tratta di categorie cliniche che fondano l'azione conoscitiva e di intervento della psicoterapia in generale, e dunque anche quella di matrice relazionale, utilizzando in alcuni casi una terminologia prettamente medica (sintomo, valutazione, disturbo, diagnosi, disfunzione). Ricordiamo che la parola densa che più contribuisce alla costruzione del repertorio è 'paziente'; se a questa si associano le altre sopra citate emerge con maggiore chiarezza l'organizzazione simbolica dell'anoressia propria di questo repertorio. Oggetto della terapia non è più l'individuo singolo ma la famiglia, intesa come rete di relazioni costruita intorno al sintomo anoressico. È su di essa che si concentra la diagnosi, prima, e l'intervento, poi. Si istituisce, dunque, sul piano simbolico, un'azione professionale clinica volta al superamento della sofferenza generata dalla psicopatologia familiare e al ripristino di una condizione di normalità, di assenza cioè di forme di disturbo. Il verbo "**adattare**" (*ad- aptare*, rendere idoneo) presente nel repertorio conferma questa ipotesi. La famiglia anoressica rappresenta uno scarto da un modello predefinito di funzionamento familiare; si tratta pertanto di 'guarirla', riportandola ad un funzionamento normale.

L'intervento psicologico sembra fondarsi sulle stesse premesse di quello medico: si osservano e si valutano i disturbi, le disfunzioni e le devianze, confrontandoli con una 'norma' codificata, in questo caso, dallo psicoterapeuta. Non ci sono parole che segnalano un'attenzione alle risorse individuali e dei contesti ed alle dimensioni culturali entro cui si manifesta l'anoressia: siamo passati in sostanza dall'anoressia come patologia individuale all'anoressia come patologia familiare. Passaggio che segna un'evoluzione, seppur problematica, rispetto al Repertorio 1. Anche qui infatti la dinamica emozionale che organizza l'immagine dell'anoressia si definisce come presa in carico di un potere terapeutico esperto, in questo caso quello della psicoterapia relazionale. Questa, per riprendere un'altra parola densa presente nel repertorio, si configura come **strategia** (dal greco *strategos* 'comandante dell'esercito', composto da *stratos* 'esercito' e *agein* 'condurre'), evocando sul piano simbolico un modello di azione prefissato entro un rapporto di asimmetria necessitato e legittimato socialmente perché volto alla correzione di un disfunzionalità.

3.4 Repertorio Culturale 4

Il 4° Repertorio Culturale rappresenta circa il 21 % del testo.

Seguendo lo stesso criterio utilizzato precedentemente, si inizia dalla parola con maggior frequenza nel Repertorio. Seguiranno le altre a definire i primi incontri di co-occorrenza.

La prima parola densa è **magro**, dal latino *macru*, dalla radice *mak-* lungo, cioè sviluppato in lunghezza; scarno, sottile, (sec. XIII, Canzone del fi' Aldobrandino); piccolo, tenue.

La parola rimanda in prima istanza alla magrezza come ideale che, soprattutto in Occidente, e forse in tutto il mondo industrializzato, si configura sempre più come un imperativo. A tal proposito la letteratura individua negli anni Sessanta il periodo in cui le diete e la magrezza hanno iniziato a diventare una vera e propria "ossessione culturale di massa" (Bennett & Gurin, 1982). Viene inoltre riportata l'attenzione sulla stretta relazione fra aumento della magrezza ed incremento del numero di donne laureate o inserite nel mondo del lavoro come dirigenti o professioniste, individuando nel modello del corpo piatto e androgino il veicolo per raggiungere i privilegi e il prestigio sociale maschili.

Ma l'idea del "magro" evoca anche il corpo sottile, **filiforme**, **piccolo**, di **bambino** (parole presenti successivamente nel repertorio) dell'anoressica. Risulta utile ricordare qui che in tedesco il termine usato per indicare l'anoressia è *Pubertätsmagersucht*, traducibile in "mania giovanile per la snellezza" o, con un'espressione oggi più comune, "dipendenza dalla magrezza".

Ma ecco il primo incontro di co-occorrenza:

MAGRO GRASSO

Esso configura, sotto il profilo emozionale, una dicotomia, un gioco degli opposti, l'oscillare di una bilancia in rapporto ad un peso.

Una dicotomia in cui "l'ago della bilancia" ha sempre variato in funzione di "pesi" sociali e culturali diversi. Infatti, diversi studi rilevano come, nella maggioranza delle culture umane, la grassezza sia stata preferita alla magrezza, soprattutto nelle donne (Gordon, 2000). Il corpo **grasso**, nelle società in cui le risorse e le ricchezze sono limitate, è sempre stato oggetto di ammirazione in quanto simbolo di ricchezza e di scorte di cibo abbondanti. Ancora, al corpo grasso della donna, alle sue formosità, si associa simbolicamente il valore della procreazione, la fertilità: un'intuizione culturale di un dato biologico.

Ma nelle attuali società occidentali, nelle quali l'obesità rappresenta un problema sociale, oltre che medico, di vaste proporzioni, la grassezza tende ad assumere significati simbolici differenti: ad essa, sempre più spesso, si attribuisce ogni sorta di qualità riprovevole. Alla grassezza viene culturalmente associata, sovente, la stupidità, la pigrizia, la sciattezza, la mancanza di forza di volontà (Gordon, 2000).

La terza parola del Repertorio è **bellezza**. Il secondo incontro di co-occorrenza aiuta a comprendere come nella dicotomia appena definita si giochi l'ideale estetico. La bellezza tra l'essere grasso e l'essere magro. Un "ideale" caratterizzato, dagli anni Sessanta ad oggi, dalla magrezza, in contrasto con la realtà del peso corporeo medio, in uno sfondo sociale in cui l'esteriorità, l'apparenza e l'immagine hanno un ruolo sempre più rilevante.

MAGRO GRASSO

BELLEZZA

"Bello" viene dal latino *bellu* (m) "carino", diminutivo di *bonus* "buono", e ancora, "confacente". Il legame con "bene" non è stato mai dimenticato. L'etimo introduce quindi assieme alla dimensione estetica un piano etico su cui si installano contrapposizioni come "buono/cattivo", "bene/male". E' facile a questo punto ipotizzare il valore simbolico che la dimensione esteriore, che "provoca impressioni gradevoli" (1224 S. Francesco D'Assisi), assume entro dinamiche di accettazione sociale ("**piacere**" e "**guardare**", presenti nel cluster, risultano coerenti con questa lettura: il primo nel suo significato di "riuscire gradito", sec. XIII Bondie Dietaiuti, il secondo come "rivolgere lo sguardo per vedere").

Procedendo nell'analisi del terzo e quarto incontro di co-occorrenza si incontrano due parole che rafforzano il concetto di bellezza come "ideale sociale". La prima, **modello**, dal latino *modu* (m), misura, ma anche esemplare, prototipo. Questo termine evoca una dimensione di idealità che, per definizione, è altro dall'umana realtà (interessante notare un nuovo gioco di contrapposizioni tra ideale e reale) ed è perciò irraggiungibile, sfuggente alla percezione diretta, che esiste solo nella fantasia (av. 1640, C. Achillini), "che unisce tutta la **perfezione** (parola successivamente presente nel cluster) che la mente umana può concepire" (1650 G.F Loredano) e quindi qualcosa di "finito, compiuto, eccellente, alla pari dell'essere supremo che non ha difetti", "**sogno**".

MAGRO GRASSO

BELLEZZA MODA MODELLO

La seconda, **moda**, anch'essa dal latino *modu* (m) foggia, maniera, misura, "usanza e costume in auge" (1666, L. Magalotti: Dardi 200), rimarca il ruolo della dimensione sociale nella definizione dei canoni estetici, degli esemplari a cui tendere.

Se ci si ferma a ragionare sulla dimensione culturale che si sta delineando non si possono non considerare quei contributi teorici che descrivono l'anoressia come il tentativo di raggiungere un ideale, questa volta estetico, socialmente condiviso, accettato e accettabile. Se nel repertorio 2 si era guidati da un valore "divino", qui il valore è tutto "terreno": si tende al bello "standardizzato", stereotipato, riproposto come valore sociale condiviso, alla "moda".

In questo Repertorio Culturale l'anoressia sembra dunque descritta come il risultato di un adeguamento alle aspettative sociali nei confronti delle "**donne**" (parola presente nei successivi incontri di co-occorrenza), quasi diventandone una caricatura. D'altra parte anche la caricatura,

seppure indiretta, è una forma di protesta sociale: nell'anoressia il regime dietetico è spesso interpretato come uno sciopero della fame silenzioso (Orbach, 1986).

Il successivo incontro di co-occorrenza definisce il contesto del **mangiare** e, nel caso specifico, la sua funzione nel raggiungimento dell'aspetto estetico ideale. Il cibo magro e il cibo grasso, l'ingrassare e il dimagrire in rapporto a ciò che si mangia, il ruolo delle "diete" nel perdere "chili", l'alimentazione sana, il regime ipocalorico, l'ossessione per i grassi. L'etimo rimanda inoltre a masticare, deglutire, ingurgitare e, per estensione, mettere dentro, introiettare, ed ancora: consumare e divorare.

MANGIARE MAGRO
 GRASSO
BELLEZZA MODA MODELLO

Nei successivi incontri di co-occorrenza si delinea, ancora una volta, una polarità, con il verbo **vomitare** che descrive il vortice che risucchia l'anoressica, intrappolata tra l'ingurgitare e l'espellere, il riempirsi e lo svuotarsi, l'introyettare e il "lanciar fuori con violenza" (1673, P. Segneri).

MANGIARE MAGRO
VOMITARE GRASSO BELLO
SPECCHIO BILANCIA MODELLO
MUSCOLO MODA

La linea interpretativa finora percorsa è confermata dalle parole dense successive presenti nel repertorio: se **muscolo** rimanda ad uno dei canoni estetici di un certo ideale di bellezza, **specchio** e **bilancia** sono strumenti di controllo per verificare il rispetto di quei canoni (peso, distribuzione delle forme...). Per l'anoressica diventano strumenti di potere sul proprio corpo e vere e proprie armi nella sua battaglia contro la fame.

Accanto alle polarità già individuate, se ne possono riconoscere altre due: ingrassare/dimagrire e vincere/perdere. Si ha l'impressione che, attraverso le contrapposizioni, avvenga una traduzione in termini emozionali di una "guerra" che l'anoressica "combatte" contro se stessa, in nome di un potere dato dal controllo sul proprio corpo. L'etimo del verbo "guardare", già accennato in precedenza, come "stare in guardia" (sec. XIII Uggieri Apugliese), "esaminare", "osservare attentamente" (av. 1292 B. Giamboni), "difendere" (sec. XIII I. Mostacci), rimanda anch'esso all'attenzione ossessiva e controllante dell'anoressica sul proprio corpo. D'altra parte, tale guerra non sembra connotarsi come *personale*, ma dentro una dimensione *sociale* che propone canoni, imperativi a cui sottostare. Seppure la dimensione emozionale delineata sembri intrappolata entro le maglie del controllo della realtà sociale, si può intravedere in essa lo spiraglio di un incontro con questa realtà, un incontro di opposti che potrebbero integrarsi, di dicotomiche che esistono anche per essere superate.

3.5. Lo Spazio Culturale

Procediamo ora dando una visione d'insieme delle dinamiche emozionali che caratterizzano l'immagine dell'anoressia. Il grafico che segue illustra le posizioni e le dimensioni entro lo spazio fattoriale (o culturale) dei quattro repertori appena analizzati.

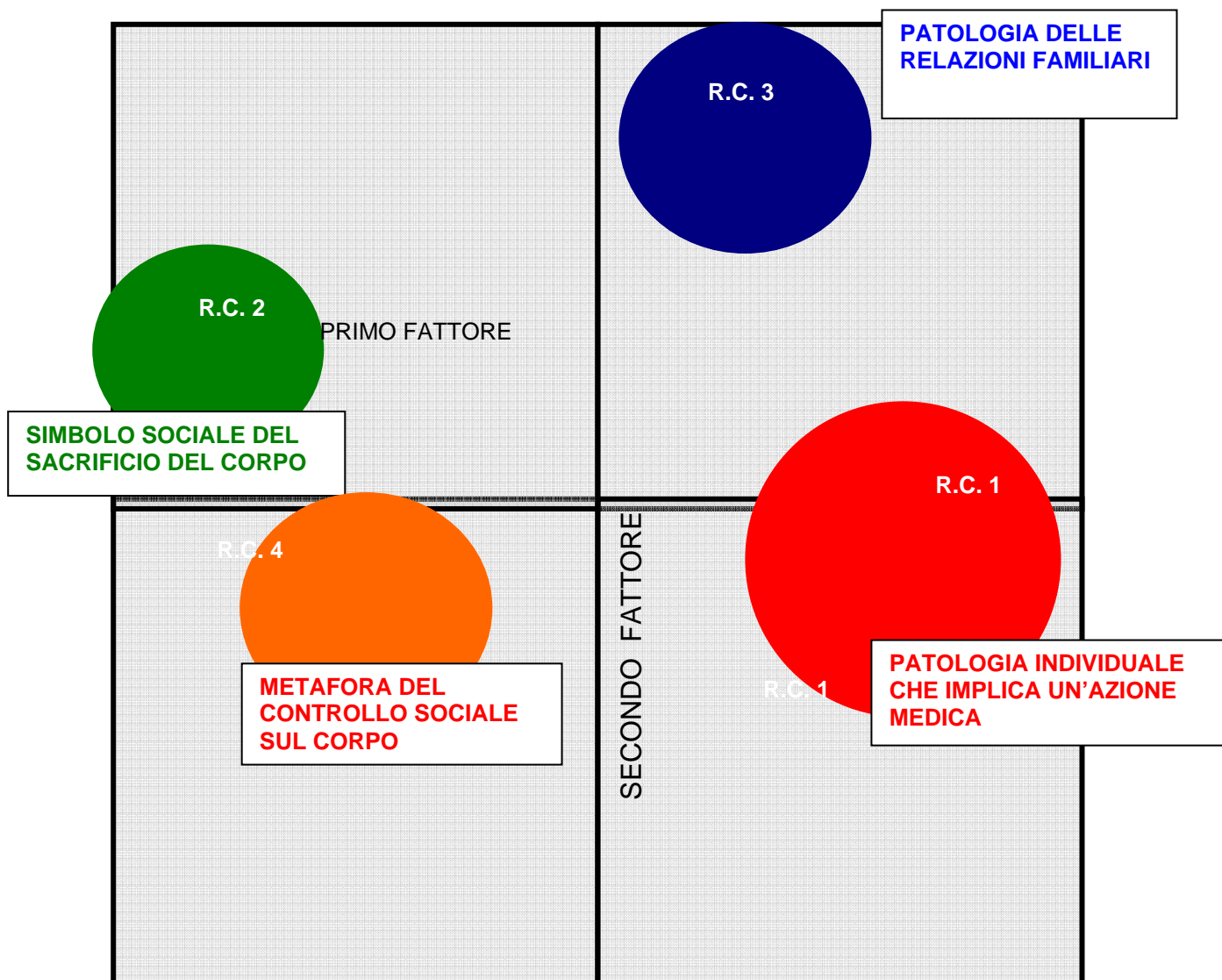


Fig. 2 Posizione e dimensioni dei Repertori Culturali entro lo Spazio Culturale

Quali possibili significati assumono i quattro Repertori Culturali, così come sono posizionati entro lo Spazio Culturale?

Sul **primo fattore** – l’asse orizzontale – si situa il R.C. 1, a cui appartengono, come già detto, il 42% delle frasi del testo: si tratta del repertorio più esteso della Cultura in analisi, che contribuisce in modo determinante alla definizione della dinamica simbolica e che organizza la conoscenza dell’evento “anoressia” anche sugli altri due assi che compongono lo spazio culturale. Il 1° Repertorio è caratterizzato da una rappresentazione dell’anoressia come *disturbo individuale*, oggetto di intervento della medicina a cui, per mandato sociale, è delegato il potere di cura. L’“estraneità” di chi porta una “domanda di intervento” viene codificata secondo la *categorizzazione nosografica* propria della medicina. L’anoressia (così come la bulimia) viene pensata *esclusivamente* come “comportamento deviante”, come “scarto da una norma-normalità” che l’azione medica intende ristabilire. Il medico rappresenta, sul piano simbolico, quel potere che “mette in salvo” e “ripara”, che ripristina lo status quo ante. Come già messo in evidenza, questo tipo di *medicalizzazione del disturbo alimentare* implica la doppia scissione, della malattia dal soggetto e del corpo del soggetto dal contesto di vita; doppia scissione che nega le dimensioni sociali, culturali e relazionali entro cui si genera il comportamento anoressico. Si tratta di una rappresentazione problematica, veicolata dai tre *quotidiani* presi in esame, e che contribuisce

quindi, in modo determinante, alla costruzione dell'*immagine pubblica* dell'anoressia, intesa come **patologia individuale che implica un'azione medica**.

Sullo stesso asse fattoriale, ma in posizione opposta, troviamo il R.C. 2, la cui dinamica simbolica caratterizza le *riviste di impostazione più marcatamente interdisciplinare* ("L'arco di Giano", "Psicoterapia e scienze umane", "Costruzioni psicoanalitiche"). Questo repertorio, che rappresenta il 15 % delle frasi del testo, istituisce una rappresentazione dell'anoressia intorno al tema del corpo come simbolo sociale dell'identità femminile e, nel contempo, dentro il quadro anoressico, come sua negazione: la rinuncia e il sacrificio della propria corporeità per soddisfare un desiderio di trascendenza e di eternità. Diversamente dal R.C. 1, centrato sull'individuo, qui l'anoressia viene letta come *dinamica sociale*. Essa scaturisce dall'immaginario collettivo che fonda l'appartenenza di genere, in particolare come rappresentazione di una corporeità che progressivamente vede annullarsi i tratti della femminilità, legati sul piano simbolico alla fertilità e al nutrimento, sostituendoli con i segni del sacrificio, della rinuncia e dell'umiliazione del corpo, vie di fuga da un'identità femminile precostituita, già data, e nel contempo, sfida nei confronti dei limiti umani e aspirazione all'immortalità. L'anoressia si declina sotto il profilo emozionale come **simbolo sociale del sacrificio del corpo**.

Sul **secondo fattore** troviamo in alto il R.C. 3, che rappresenta il 22% del testo. La dinamica simbolica che organizza questo repertorio configura l'anoressia come **patologia delle relazioni familiari**, lettura che caratterizza in modo significativo il gruppo di *riviste di ambito psicologico*. E' nella famiglia che si origina il sintomo anoressico, pertanto è su di essa che si concentra la relazione di cura, intesa come superamento della sofferenza generata dalla psicopatologia familiare e volta a "guarire" il disturbo, riportando la famiglia ad un corretto funzionamento. Questa lettura "relazionale" si contrappone su questo stesso asse alla lettura "individuale" fornita dal R.C. 1, ma ne condivide due aspetti: la centratura sulla "relazione di cura" e sulla "guarigione come esito" – il primo aspetto – colloca questo sguardo in un'ottica di intervento per cui le devianze, i disturbi e le disfunzioni sono confrontati con una 'norma' che segna un obiettivo predefinito e che non si misura – è questo il secondo aspetto – con la variabilità delle *dimensioni sociali e culturali* dei contesti entro cui si manifesta l'anoressia. Lo stesso sistema familiare, entro l'ottica terapeutica delineata, rappresenta una "monade", al cui interno si generano dinamiche patologiche. E' la famiglia qui ad essere identificata come "soggetto patologico". Sempre sul II° fattore, in posizione contrapposta rispetto al R.C. 3, troviamo il R.C. 4. Questo repertorio, rappresentato dal 21% delle frasi del testo, definisce un'immagine dell'anoressia che recupera, contrariamente al R.C.3, la *dimensione sociale e culturale* entro cui si manifesta il sintomo anoressico. Sembra che lo sguardo del 3° repertorio, rappresentato dal focus sulle relazioni che costruiscono il sintomo anoressico, da una parte, e che divengono l'oggetto della cura dell'intervento psicologico di matrice relazionale, dall'altro, si opponga nel R.C. 4 ad *una lettura relazionale declinata in termini sociali e culturali*. Qui l'ideale sociale della bellezza è il precipitato di un gioco degli opposti, di una polarità emozionale tra la magrezza e le grassezza, tra ciò che è socialmente desiderabile e ciò che non lo è, entro cui si esercita il controllo sociale sulla corporeità. L'anoressia e il sintomo anoressico si configurano come prodotto e processo sociale di un'idealità standardizzata, fino a farne una caricatura. In altri termini, l'estremizzazione di una cultura fondata sul potere controllante della mente sul corpo. L'anoressia diviene dunque **metafora del controllo sociale sul corpo**. Si tratta di una lettura dell'anoressia, propria del R.C. 4, che sul **terzo fattore** – da immaginare perpendicolare ai primi due assi fattoriali – si differenzia da quella espressa dal R.C. 1. Se quest'ultimo organizza l'immagine dell'anoressia intorno alla categoria individuale e nosografica che legittima l'intervento della medicina sul corpo della persona malata, nel R.C. 4 l'anoressia diviene la categoria sociale che metaforizza il controllo ed il potere sul corpo.

4. Riflessioni conclusive

Dal lavoro di analisi realizzato possiamo trarre delle informazioni intorno alle potenzialità di sviluppo dell'immagine dell'evento "anoressia" presente nella letteratura scientifica e nella stampa giornalistica.

Dividendo lo spazio culturale lungo il II° fattore (il più complesso dei tre perché con esso entrano in rapporto ben tre dei quattro repertori), si possono costruire diverse ipotesi sulle rappresentazioni dell'anoressia, espresse dalle relazioni tra i cluster, che delineano possibili evoluzioni.

I R.C. 1 e 3, seppur su premesse diverse, rappresentano *ciò che si fa* rispetto all'evento "anoressia", ovvero, le azioni di intervento. Ci sono dei "poteri" che curano, che trattano il disagio conclamato dentro una dimensione individuale. Si è visto che anche il sistema famiglia, costruito dal RC 3, è emozionalmente connotato come *monade patologica* che nega ogni elemento "estraneo", inserendolo nel repertorio di stilemi stereotipati delle stesse relazioni familiari.

Siamo confrontati con delle *culture dell'intervento*, di *presa in carico* del disturbo anoressico, fondate su delle premesse di ordine simbolico che configurano l'intervento stesso come cura del disturbo. Non è pensabile entro tale lettura un'azione sociale e di comunità volta alla prevenzione e promozione della salute. Ciò che interessa è il trattamento e la cura, socialmente legittimati da un mandato sociale che delega all'esperto, medico e/o psicologo, un'azione di cambiamento volta a ristabilire la normalità. Un'azione, inoltre, che elude la domanda emergente che fonda la relazione tra il contesto sociale ed esperto della cura, e dunque annulla una possibile *situabilità* nel "sociale" dell'evento "anoressia", in grado di ri-orientare e ri-pensare le strategie di intervento. L'esperto si sostituisce completamente al "sociale", assumendo su di sé la delega dell'intervento.

I R.C. 2 e 4 rappresentano invece due letture "sociali" dell'anoressia, che si declinano in modo complementare: il R.C. 2 si organizza intorno al tema del *sacro*, inteso come *sacrificio* del femminile e via di fuga da un'appartenenza di genere preconstituita; il R.C. 4 intorno al tema dell'esteriorità del corpo: l'incontro e scontro con un ideale sociale, anch'esso standard, predefinito, e che rappresenta la dimensione *profana* dell'evento sociale anoressia. Si tratta di immagini "sociali" che prefigurano possibili evoluzioni e sviluppi della cultura in analisi.

Il R.C. 4 raccoglie in modo significativo dei movimenti (ipotizzabili come dimensioni di sviluppo dell'immagine dell'anoressia) presenti entro lo spazio culturale (nel passaggio dal II asse fattoriale al III): dalla rappresentazione di una patologia individuale ad una patologia relazionale-familiare, per arrivare ad una visione sociale che sembra connotare l'anoressia come veicolo di un controllo sociale sul corpo. Qui le azioni di intervento, prefigurate o prefigurabili in relazione al risalto dato alla dimensione sociale, potrebbero essere declinate come **azioni di prevenzione e di promozione della salute: di recupero e integrazione della corporeità nel confronto con dimensioni sociali** e con i canoni che propongono/impongono. Come accennato in precedenza, si tratta di una lettura che sembra caratterizzare in maniera pressoché nulla le riviste specialistiche e in modo poco significativo i quotidiani, ma che sta ad indicare comunque possibili linee di sviluppo di un'immagine dell'anoressia e dei disturbi alimentari in generale come "eventi sociali complessi". Ad uno sviluppo dell'immagine in tal senso contribuisce anche il R.C. 2 che si organizza intorno alle dimensioni simboliche della negazione sacrificale del corpo, allargando lo sguardo, e nel contempo segnandone un'evoluzione difficile ma possibile, che scaturisce dalla dinamica culturale del R.C. 1. Il sintomo anoressico che caratterizza scontatamente il corpo individuale "sta per" qualcos'altro, diviene indizio di una criticità sociale legata ad una rappresentazione storico-culturale del femminile.

Siamo di fronte a linee di sviluppo che si configurano come **possibili azioni integrative** tra le diverse conoscenze dell'evento "anoressia" che restituiscano ad esso la complessità che gli è propria, recuperando le dimensioni che caratterizzano il R.C. 2 e il R.C.4, dimensioni che rivelano entrambe lo sforzo di un confronto con "un'estraneità" scotomizzata dall'uso della categoria nosografica, come rilevata invece nel repertorio 1, il più esteso e *dominante* della cultura in analisi. Queste dimensioni prefigurano la possibilità di azioni di intervento complesse, *interdisciplinari*, non finalizzate esclusivamente alla riconduzione ad uno stato di normalità o alla recessione del sintomo, ma che si confrontano con i significati sociali e culturali e i ruoli che i disturbi alimentari assumono nelle nostre società.

Dalla cultura rilevata nel presente lavoro si delinea quindi una possibile evoluzione nella conoscenza dell'evento "anoressia" che rappresenta nel contempo un'opportunità di sviluppo delle epistemologie e delle pratiche professionali di carattere scientifico: si evincono delle dimensioni da integrare entro una visione complessa dell'anoressia e che implicano una reciproca azione integrativa tra domanda del sistema sociale e pratiche di intervento delle scienze umane e sociali.

Il tentativo di un confronto con una complessità così connotata potrebbe contribuire alla realizzazione di azioni di intervento e prevenzione non "sostitutive" rispetto al contesto sociale, ma orientate alla conoscenza della domanda sociale, e dunque all'utilizzazione delle risorse del contesto stesso. Azioni guidate non da valori "a-storici", fondati sulla pretesa di universalità e di fatto a-critici nei confronti del sistema sociale entro il quale vengono perseguiti, ma, al contrario,

connotate come interventi volti a leggere le domande, formulate non solo dai singoli ma dal contesto sociale, relative all'universo dei disturbi alimentari e quindi legate anche agli aspetti connessi alla corporeità, all'alimentazione, al ruolo femminile entro la società.

Si individua, dunque, la possibilità di orientare politiche di intervento e prevenzione sulla base dell'iscrizione del comportamento anoressico entro una dimensione *temporale*, cioè sulla base di una storicizzazione e contestualizzazione dei problemi alimentari, alla ricerca dei significati individuali e sociali che essi assumono.

Bibliografia

Barbetta, P. (2005). *Anoressia e isteria. Una prospettiva clinico-culturale*. Milano: Raffaello Cortina.

Barbetta, P. (2003). *Le radici culturali della diagnosi*. Roma: Meltemi.

Bell, R. M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.

Bennett, W. & Gurin, J. (1982). *The Dieter's dilemma*. New York : Harper and Row.

Bruch, H. (1988). *Anoressia: Casi clinici*. Milano: Raffaello Cortina.

Bynum, C. (1987). *Holy feast and holy fast: The religious significance of food to medieval women*. Berkeley-London: University of California Press.

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

Carli, R. & Panizza, R. M. (2002). *L'analisi emozionale del testo*. Milano: FrancoAngeli.

Gordon, R.A. (2000). *Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

Montanari, M. (2003). *La fame e l'abbondanza: Storia dell'alimentazione in Europa*. Bari: Laterza.

Muzzarelli, M.G. & Tarozzi, F. (2003). *Donne e cibo*. Milano: Bruno Mondadori.

Orbach, S. (1986). *Hunger Strike: Anorexia as a metaphor for our time*. New York: W.W. Norton.

Santonastaso, P. & Favaretto, G. (1999). *Ascetismo Digiuni Anoressia: Esperienze del corpo, esercizi dello spirito*. Milano: Masson.

Telfener, U., & Casadio, L. (2003). *Sistemica: Voci e percorsi nella complessità*. Torino: Bollati Boringhieri.

Telfener, U., & Malagoli Togliatti, M. (1991). *Dall'individuo al sistema. Manuale di psicopatologia relazionale*. Torino: Bollati Boringhieri.

Vandereiken, W., & Van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls. The history of self Starvation*. The Athalone Press.

Psicologia ed internet: nuovi e vecchi costrutti psicologici nella lettura dei fenomeni psico-sociali

di Ruggero Ruggieri* e Stefania Attanasio**

1. Introduzione al tema

L'utilizzo delle nuove tecnologie sta ridefinendo gli assetti tradizionali dello scambio sociale a vari livelli -produttivo, lavorativo, amicale, relazionale in genere- probabilmente costituendo nuove modalità di relazione tra gli attori coinvolti.

Ciò che generalmente viene chiamata *new economy* sta di fatto producendo uno sconvolgimento delle relazioni, tanto da oltrepassare la sfera economica ed investire anche quella sociale nel senso più lato del termine; in realtà, le modalità di rapporto che oggi sono sempre più evidenti attraverso l'uso delle nuove tecnologie, ed in particolare internet, sono quelle non più basate sul possesso di beni ma sull'accesso ad essi (Rifkin, 2000), costruendo relazioni di scambio che assumono caratteristiche nella reciprocità della stessa relazione.

Quanto appena affermato trova sicuramente una facile condivisione nelle comunità scientifica e non solo: le diverse ricerche condotte, la nascita di riviste specializzate e l'ampio dibattito di questi ultimi anni altro non sono che una testimonianza evidente degli interrogativi e delle corrispondenti risposte circa gli impatti sociali che le nuove tecnologie realizzano nei diversi ambienti.

Vale la pena precisare però che studi di settore, in origine di matrice per lo più anglosassone, indipendentemente dalla loro appartenenza disciplinare -giuridica, economica, sociologica ecc.- hanno affrontato l'argomento richiamando i costrutti classici e tipici del proprio settore scientifico. Anche la psicologia non è stata esente da questa tendenza; del resto le cose non potevano andare diversamente visto che ciascun costrutto scientifico di per sé è un'entità che si candida ad una possibile lettura della realtà, ad una sua classificazione, in modo da stabilire dei criteri di previsione del fenomeno attraverso la conoscenza delle leggi che lo governano.

A tale proposito, il rimando è ai diversi filoni di studi in campo psicologico, ai costrutti da essi richiamati, alle impostazioni di ricerca adottate ed alle variabili prese in considerazione -che per economia di discorso non tratteremo essendo altro il focus del nostro lavoro (Galimberti & Riva 1997; Bonaiuto, 2002)¹.

Una esemplificazione di questo discorso è ampiamente rintracciabile in qualsiasi testo che si occupi di nuove tecnologie, quando, oltre che a presentare la "solita" narrazione sulla nascita di internet e sulla sua evoluzione da strumento di comunicazione militare e accademico a strumento di comunicazione di massa, vengono presentati le determinanti che caratterizzano questo di tipo di attività. Compaiono, dunque, i concetti di tempo e spazio, luogo e identità, appartenenza e potere, gruppo e comunità, comunicazione verbale e non verbale, ecc. (Bonaiuto, 2002; Cardaci, 2001; La Barbera, 2001; Mannarini, 2002; Pravettoni, 2002; Palomba & Martinino, 2000; Roversi, 2001; Stone, 1995; Turkle, 1995; Wallace, 1999)². Allo stesso tempo seguono nuove terminologie come *cyberspace*, *realtà virtuale*, *non-luoghi* (Augé, 1992; Rheingold, 1991, 1993) che, a nostro avviso,

* Psicologo e Assegnista di Ricerca, Università degli Studi Di Lecce.

** Assegnista di Ricerca, Università degli Studi Di Lecce.

¹ Entrambi gli autori offrono una rassegna ragionata sugli approcci che hanno contraddistinto la *Comunicazione Mediata da Computer (CMC)*, mettendo in risalto come molto spesso i contributi psicologici si collocano dentro ricerche di carattere interdisciplinare.

² Se si appartiene al filone degli studi sull'identità allora l'accento sarà sull'anonimato, sulle multi-identità che ciascun attore può assumere. In questi casi, nuove categorie concettuali si offrono a leggere la mobilità cui è sottoposto il costrutto di identità, quali per esempio 'camaleontismo telematico' (Stone, 1995; Turkle, 1995), 'pelle telematica' (La Barbera, 2001), ecc. Quello che, a nostro avviso, è interessante rilevare è come queste concettualizzazioni risentano comunque della matrice originaria, per l'appunto quella dell'identità. Al contrario, in un mondo organizzato da *nickname* e *pseudoanonimati*, altri studi incentrano il loro focus sulla fiducia nelle interazioni in rete (Galimberti Galimberti, Gatti, Cantamesse, & Mauri 2003). Chiediamo scusa al lettore, se interrompiamo qui la trattazione dell'argomento essendo nostra intenzione solo ragionare sulla diversità delle impostazioni di ricerca e sull'uso dei costrutti.

almeno per un certo lasso di tempo, hanno assunto le vesti di vere torsioni concettuali, 'viziando' la conoscenza dell'oggetto di studio in esame.

Si pensi, per esempio, all'*interattività* assimilata nella maggior parte degli scritti al pari di un imperativo categorico dal quale è impossibile prescindere. Peccato che di questa dimensione tecnica -sviluppata con i supporti interdisciplinari di diversi autori che si sono occupati dell'interazione uomo-computer (Henkel, 1991; Laurel, 1986, 1990, 1991; Norman, 1988; Scheinderman, 1992; Turkle, 1984), arricchita e ridefinita in modo diverso dagli studi sulla comunicazione (Rafaeli, 1988)- ne sia stata in qualche modo trascurata la potenzialità sociale³. Se si volesse costruire un sito interattivo, immediatamente il pensiero sarebbe oltre che per i contenuti anche per la distribuzione degli stessi, per la loro visibilità (colori e *banner*) e per gli strumenti capaci di generare diverse forme di interattività (*chat, forum, newsletter* ecc.); difficilmente, però, si penserebbe alle modalità in grado di supportare l'interattività non tanto sul piano tecnico quanto sul piano sociale. Basterebbe un semplice distinguo tra interattività e partecipazione, o più in generale, basterebbe affiancare alla dimensione tecnica quella psico-sociale per cogliere nuove potenzialità del fenomeno, sulla base del quale produrre percorsi di ricerca differenti⁴.

Anche la dizione "realtà virtuale", a nostro avviso, si muove in questa prospettiva: se da una parte, infatti, questo tipo di locuzione indica chiaramente il riferimento al fatto che è possibile percepire-agire-sentire all'interno di un sistema uomo-macchina-ambiente -dove la macchina, nel senso più lato del termine, è un semplice medium- (Gallarini, 1994), dall'altra la contraddizione dei termini in essa presenti ha aperto una lunga discussione se la "realtà virtuale" debba essere considerata al pari di quella reale. Anche in questo caso ci si imbatte in un *cult* della letteratura di settore, dove diverse posizioni si confrontano ricorrendo a modelli teorici e appartenenze disciplinari differenti (Carotenuto, 1998; Di Maria & Cannizzaro, 2001; Di Maria, Lavanco, Novara & Cannizzaro, 2003; Jacobelli, 1998; Mantovani, 1998; Maracchia, 1998; Mettieri & Manera, 2000; Parisi, 1998; Peirce, 1998; Rheingold, 1993, per citarne alcuni).

Non è interesse di questo lavoro entrare nel merito della questione, anche se è utile registrare come il semplice ricorso ai contributi della psicologia generale e della psicologia clinica, con i loro rispettivi derivati applicativi, permetta una definitiva archiviazione del caso a vantaggio dell'equazione: reale = virtuale⁵.

Quello che qui si vuole mettere in luce, sono le conseguenze di questa disquisizione in altri ambiti di ricerca, come negli studi sul concetto di comunità. Sebbene più autori abbiano ampiamente dibattuto le "insidie" presenti nel concetto di comunità, svelando come questo, oggi, poco si presti a leggere alcune dimensioni proprie dell'età globale (Bagnasco, 1999, 2002; Gelli, 2002; Mannarini, 2002)⁶, rimane fuorviante l'associazione di *virtuale* vs *reale* al termine comunità. Per cui, da una parte la comunità reale preserva tutte quelle caratteristiche proprie del concetto tradizionale (delimitazione territoriale, senso di appartenenza, influenza ecc.), dall'altra la comunità virtuale, non specificandosi con gli stessi costrutti, è da alcuni intesa come non-comunità. Dunque, la contrapposizione reale/virtuale ricalca quella comunità virtuale/comunità reale.

Ora, l'aspetto che ci preme sottolineare è ancora una volta la scelta dei costrutti di ricerca e quanto essi siano in grado di soddisfare i criteri di validità ed attendibilità rispetto al fenomeno tecnologico internet.

Nell'analisi della letteratura abbiamo riscontrato, se pur in modo differente, una riflessione simile

³ Galimberti e Riva (1997) mettono in guardia dalla distorsione concettuale alla quale molti costrutti si prestano nel momento in cui si avviano scambi interdisciplinari; a proposito dell'interattività, non solo gli autori dichiarano la necessità di approdare ad una concettualizzazione che contenga tutta la sua variabilità disciplinare, ma allo stesso tempo colgono i limiti di un simile percorso quando vedono ridursi la malleabilità del concetto che esclude il controllo sulla sperimentazione del medium. In questo caso, quindi, il libro, viene considerato fuori dal rapporto con il suo fruitore (il lettore) e classificato come non interattivo.

⁴ Questo stesso salto logico oggi sembra caratterizzare la diffusione della TV digitale, dove la costruzione dell'offerta tecnica appare disancorata dai suoi possibili fruitori.

⁵ Il rimando è agli studi sulla percezione, sulla memoria nonché a quelli sulla costruzione della realtà (Belardinelli, 1986), come anche ai meccanismi di difesa già individuati da Freud.

⁶ E'interessante notare come alcuni autori tentano di operare mediazioni culturali con lo scopo di aprire la strada a nuovi costrutti. In particolare, Mannarini (2002) incentra il suo saggio sul concetto di 'comunità di relazioni'; la relazione quindi diventa la dimensione principe, un ponte tra le diverse concettualizzazioni della fattispecie in oggetto.

nei lavori del noto sociologo Castells. Questi, dichiarando apertamente la necessità di cogliere « nuovi modelli di socialità che scaturiscono dall'uso di internet » (2002, p.118) denuncia il viziato esito di alcuni lavori dovuti ad una impostazione ideologica, con conseguenti ritardi sul piano scientifico⁷. La proposta di Castells (1996) è quindi quella di lavorare per individuare nuovi costrutti, accettando di essere davanti a qualcosa di nuovo per il quale alcune volte è indispensabile riconoscere l'inutilità di talune vecchie teorizzazioni che ci hanno accompagnato negli anni, piuttosto che operare una sorta di ammodernamento di quelli esistenti⁸.

Nella stessa direzione vanno i lavori di Barman (2002) che, rifacendosi agli studi di Perez (1983), di Tapscott e Caston (1992) e di Foster e Kaplan (2001) considera *Internet un nuovo Levitano*, capace di generare *nuovi paradigmi di pensiero e di business*.

Riprendendo l'autore: « [...] in termini di business, Internet ha rappresentato una scoperta veramente importante. Il problema è che l'implementazione degli strumenti che internet fornisce deve ancora generare una ridefinizione precisa del concetto di business, in parte perché ciò richiede strumenti e metodologie più complesse di quelli utilizzati nel business tradizionale, e **in parte perché rivela sia la mancanza di preparazione culturale, sia livelli inadeguati di conoscenza nel tradizionale mondo del business che noi conosciamo**. Per sviluppare il parallelo con la scoperta dell'ossigeno: proprio come vi è qualcosa di errato nell'immagine della scienza che assegna un ruolo così fondamentale alla scoperta, **allo stesso modo possiamo sostenere che qualcosa è sbagliato nell'immagine di internet che assegna un valore così alto all'evoluzione tecnologica mentre il vero problema è che abbiamo bisogno di lessico e concetti nuovi**. Presupponiamo per un momento che dopo lo sviluppo di internet, il mondo del business "abbia scoperto" la Rete in senso scientifico in un momento precisamente identificato nel tempo, allora il tempo essenziale per identificare il fatto e assimilarne la teoria non era disponibile. Confusione e fraintendimenti erano inevitabili. Infatti, "soltanto quando tutte le categorie concettuali attinenti ad esso sono pronte in anticipo, nel qual caso il fenomeno non sarebbe di un genere nuovo, la scoperta del *che* e la scoperta del *che cosa* possono avere luogo insieme, senza alcuno sforzo e in un solo istante"» (Barman, 2002, p.9)⁹.

Burman, dunque, ripercorrendo nel suo lavoro l'insegnamento khuniano, approda ad un tentativo di individuazione dei criteri fondanti di quello che viene chiamato il "paradigma tecnologico" sulla base di una chiara consapevolezza che: «il grande successo di internet non è tecnico ma è sull'impatto umano» (p.16).

In relazione a queste riflessioni si pone, dunque, in modo naturale la seguente domanda: come è possibile approdare alla conoscenza del "paradigma tecnologico"?

La risposta è ravvisabile in parte nei lavori di Taylor (1911), quando definiva la scientificità dei processi non tanto in base ai criteri epistemologici quanto sull'orientamento pragmatico del processo, *razionalmente ispirato*.

L'impostazione tayloristica soddisfa parzialmente il quesito posto, non solo perché oramai il paradigma della razionalità è stato sostituito da quello della complessità –oggi a sua volta discusso, sulla base dei principi ispiranti la Teoria del Caos¹⁰- quanto perché sembra organizzare una contrapposizione tra paradigmi di ricerca scientifica e paradigmi di intervento.¹¹

Al contrario, la nostra ipotesi è che sia possibile approdare al "paradigma tecnologico" spostando l'attenzione sulle modalità di fruizione del mezzo/medium. In altre parole, si tratta di partire dalle

⁷ Del resto già Khun (1962), nell'introduzione del suo celebre lavoro, chiarisce in modo esaustivo come il percorso formativo di ogni singolo scienziato condizioni l'intera sua produzione scientifica, sulla base dell'affezione alla propria scuola.

⁸ Rimanendo al concetto di comunità è possibile rintracciarne più di novanta definizioni che richiamano altrettante varianti lungo un continuum temporale dell'ultimo secolo. E' chiara quindi la difficoltà di operativizzare un concetto che sembra per certi versi declinarsi in modo differente, prendendo in considerazione variabili differenti.

⁹ I corsivi e le virgolette sono del testo originario. Il grassetto con il corsivo è nostro.

¹⁰ Il fallimento dei modelli di conoscenza lineari ha indotto diversi autori a ricorrere agli strumenti della fisica, ispirati dalla Teoria del Caos. Si tratta di modelli matematici che si basano su algoritmi in grado di individuare un determinismo su distribuzioni apparentemente disordinate. In questo modo, ciò che viene definito casuale in realtà è frutto di variazione delle forze che possono essere adeguatamente calcolate, quindi previste.

¹¹ A dire il vero la polarità individuata da Taylor è espressione proprio di quegli anni. I più ricorderanno che nella psicologia si distingueva, infatti, tra ricerca applicata e ricerca pura.

forme d'uso che definisco il ricorso al mezzo per comprendere quali possibilità di sviluppo siano ad esso legate. In questo modo si supera la dicotomia tayloristica e si aprono i presupposti di una metodologia dell'intervento che, partendo dal fenomeno, ancora ad esso la costruzione di paradigmi di ricerca. Si aprono, in tal modo, nuovi scenari per la ricerca scientifica attraverso lo sviluppo di costrutti adeguati alla sua comprensione.

In questa prospettiva, si muove il nostro lavoro, che rappresenta uno studio sui modelli di fruizione¹² generati dal concetto di Comunità ed i costrutti scientifici ad essi associati, sulla base di un'indagine di tipo esplorativo che ha visto come protagonisti gli utenti della più grande comunità virtuale italiana: Digiland¹³

2. Modelli teorici della ricerca: Rappresentazioni Sociali e Collusione

L'individuazione dei modelli di fruizione associati al concetto di comunità è reso possibile, in primo luogo, dal ricorso al costrutto delle rappresentazioni sociali (Moscovici, 1988), in quanto sistemi di conoscenza finalizzati al compimento di azioni e strettamente derivate dalla collocazione sociale degli individui nei diversi gruppi.

Ciò che veniva riconosciuto dagli studiosi della *social cognition* era lo stretto legame e l'interdipendenza tra l'attività cognitiva propria dell'individuo ed il pensiero sociale della stessa. La continuità tra queste due polarità veniva riconosciuta nel simbolo, quale modello arricchente ed organizzante la rappresentazione sociale (Forgas, 1989; Moscovici, 1988; Tajfel & Turner, 1986)¹⁴. L'esplorazione di questa dimensione simbolica è resa possibile mediante il costrutto della collusione quale strumento di interpretazione genetica e motivazionale della rappresentazione sociale (Carli, 2000), basato sulla categorizzazione affettiva della realtà, come indicato dagli studi di Matte Blanco (1975) e di Fornari (1979).

In questo senso, le funzioni delle rappresentazioni sociali e della collusione sono oggetto di interesse di questo lavoro poiché permettono di individuare i modelli di fruizione evocati dal concetto di comunità sulla base del fatto che:

- a) attraverso le rappresentazioni dei soggetti intervistati si possano inferire le modalità con le quali essi si rapportano ai contesti di riferimento (nella fattispecie in oggetto, quindi, nelle comunità virtuali e reali), contribuendo a co-costruirli secondo un agire pratico e quotidiano.
- b) attraverso la collusione si possano individuare i nuclei simbolici organizzanti le rappresentazioni sociali in gioco, in modo da comprendere l'intera variabilità di significato espressa dalle loro azioni.

3. Metodologia

Dal punto di vista metodologico si è partiti dall'assunto che le rappresentazioni sociali e i derivati processi collusivi sono rintracciabili nelle produzioni linguistiche dei soggetti presi in esame. Pertanto si è proceduto alla conduzione di interviste e alla loro analisi attraverso un processo inferenziale, in ragione della clusterizzazione dei *lemmi*.

Questa operazione è stata condotta sulla base di due criteri: quello della *co-occorrenza* e della *ricorsività*. In altri termini, con l'ausilio del software T-Lab si è proceduto alla scomposizione del *corpus* testuale riorganizzandolo in "frammenti di discorsi" privi delle connessioni sintattiche e tematiche e degli stili soggettivi di chi organizza il discorso stesso. Ciò è reso possibile grazie alla procedura statistica dell'analisi delle corrispondenze multiple tra singoli lessemi e segmenti di

¹² Per modelli di fruizione si intendono le dinamiche psicologiche sottostanti i comportamenti evocati dal contesto comunità. Un lettore attento si accorgerà che i modelli di fruizione non sono un costrutto psicologico; al contrario essi rappresentano un obiettivo metodologico. Pertanto, all'interno di questo discorso, il concetto di comunità rappresenta un pretesto per costruire criteri capaci di verificare l'impatto psico-sociologico delle NT attraverso l'individuazione dei comportamenti di uso.

¹³ Si ringrazia Wind e, in particolare, la dott.ssa Donatella Lauro per avere reso possibile la ricerca.

¹⁴ Scriveva Moscovici (1988): «La logica operante in questo processo rende impossibile la neutralità, richiede che ad ogni individuo, ad ogni cosa sia assegnato un valore positivo o negativo e gli sia data una posizione in un ordine gerarchico. Quando classificate qualcuno come nevrotico, ebreo o povero, non state semplicemente facendo un'osservazione, state anche esprimendo un giudizio, state stigmatizzando questa persona. Con il simbolo stesso rilevate la vostra 'teoria' sulla società e sulla natura umana» (p.267).

testo.

I lessemi (insiemi di parole derivanti dalla stessa radice lessicale) sono ad alta valenza polisemica, nel senso che possono veicolare dal punto di vista simbolico molteplici ed infiniti significati. In questo senso, essi sono delle vere e proprie parole chiave.

Il principio dell'analisi consiste nell'attribuzione di significato operata dal ricercatore alla *relazione* tra parole appartenenti alle classi di enunciati differenti, tenendo in considerazione il funzionamento bi-logico della mente; in altre parole *la relazione tra le parole individua la rappresentazione sociale e il processo collusivo* in corso.

Quindi, coerentemente con la scelta di non definire *a priori* tutte le dimensioni utili alla finalità della ricerca, si è adottato un approccio metodologico *data driven*: si è, pertanto, affidato alla sensibilità teorica dei ricercatori (*theoretical sensitivity*) il compito di attribuzione di significato ai dati, utilizzando una logica di carattere *abducente* (Ginzburg, 1986).

Il paradigma epistemologico assunto è quello del costruttivismo, secondo cui la realtà è una costruzione mentale derivata da processi sociali ed esperienze personali. In questa accezione, dunque, la realtà non risponde a criteri vero/falso, ma si offre nella sua intera variabilità. L'interazione ricercatore ed oggetto di studio è un presupposto fondamentale per potere approdare ad una realtà nuova, ridefinita sulla base di una attività ermeneutica/interpretativa -le inferenze sulla base di modelli-, in modo da comprenderne tutta la sua ricchezza (Manetti, 2002).

3.1 L'intervista non strutturata via email: il processo di negoziazione delle modalità di risposta quale garanzia di validità dello strumento

L'intervista non strutturata è stata ritenuta lo strumento più idoneo e coerente a raccogliere il tipo di dati richiesto in ragione della tipologia di analisi (Corbetta, 1999). Ritenuta rilevante la distribuzione del lessico e delle co-occorrenze nel vocabolario, è importante che l'intervistato non sia indirizzato né da temi prestabiliti né da contenuti e modalità di presentazione delle domande. E' stata, dunque, privilegiata la possibilità che l'intervistato organizzasse liberamente la propria produzione discorsiva e che fosse in qualche modo privo di forme di influenzamento.

Tanto le modalità di erogazione delle interviste (via email) quanto quelle della risposta sono state oggetto di negoziazione. Infatti, la partecipazione dei soggetti alla ricerca prevedeva l'impegno a:

- scrivere il più possibile argomentando e motivando le proprie opinioni, nel modo ritenuto più opportuno;
- non avere comunicazioni con gli altri membri della community durante la ricerca;
- garantire l'unità e unicità dell'atto di risposta alle domande, mettendosi al riparo da disturbi o interruzioni;
- rispondere trascorse 48 ore dalla ricezione della domanda.

Al contempo, l'intervista via email ha svolto una funzione strumentale perché ha realizzato una forma di *aggancio* con i soggetti. Essendo, infatti, uno strumento di comunicazione tipico delle comunità virtuali ha garantito quel processo di *vicinanza al dato* tra ricercatore e oggetto dell'indagine, sulla base di *continuità della logica* comunicativa adoperata dai membri di Digiland.¹⁵

Ai soggetti intervistati sono state proposte le seguenti aree tematiche quale stimolo alla produzione discorsiva:

- Che idea ha della comunità virtuale? Potrebbe raccontare un'esperienza positiva ed una negativa a riguardo? Che idea ha del suo possibile sviluppo?
- Che idea della comunità reale? Potrebbe raccontare una esperienza positiva ed una negativa a riguardo? Che idea ha del suo possibile sviluppo?¹⁶

¹⁵ I soggetti intervistati hanno 'autocertificato' la propria identità. Alcuni studi sulle NT ritengono inattendibile la risposta fornita da un soggetto anonimo. Per l'impostazione adottata, l'anonimato è una caratteristica del modello di fruizione del mezzo.

¹⁶ Le domande nel loro complesso sono state sei e sono state poste in sequenza lineare. Considerando che la raccolta dei dati è avvenuta tra Giugno e Luglio 2004, mentre alcuni degli intervistati usufruiva del periodo di ferie, non si è verificato alcun caso di mortalità poiché i soggetti hanno avvisato e concordato con i ricercatori il ritardo delle risposte. Questo tipo di comportamento è stato da noi considerato un indicatore di successo della negoziazione avvenuta tra ricercatori e intervistati, oltre che della validità e l'attendibilità dello strumento email nelle interviste, resa possibile, a nostro avviso, anche dalla tecnica di campionamento.

3.2 Il campione

Il campione, di tipo non probabilistico, è composto da un totale di 33 soggetti tutti iscritti a Digiland. I soggetti sono stati bilanciati in funzione delle seguenti variabili:

- a) sesso;
- b) età (a=25-35; b=35-45; c>45);
- c) canale comunicativo (*Chat, Forum, Tribù*);
- d) tempo di iscrizione a digiland (a=0-12 Mesi; b=13-24 mesi; c>24 mesi);
- f) appartenenza ad una differente comunità reale (area metropolitana, città, paese)¹⁷.

L'uso della tecnica dello *snowballing* (Morse, 1989) ha permesso la sua costituzione. Infatti, questo sistema di reclutamento consente di formare il campione grazie alla collaborazione dei primi partecipanti alla ricerca, che ne individuano altri in base alla propria rete di rapporti. Nel caso in questione, il contatto con il Responsabile per Wind del progetto Digiland ha permesso di individuare un leader per ogni canale (*Chat, Tribù e Forum*); questi hanno dato avvio alla costruzione del campione sulla base delle caratteristiche richieste.

4. I Risultati dell'Analisi dei Dati

Le interviste sono state unificate in un unico *corpus* testuale. Successivamente si è proceduto alla costruzione del dizionario per l'analisi dei dati e a contempo sono state esclusi i pronomi, i verbi ausiliari, le congiunzioni, le preposizioni e la parola "comunità" perché oggetto della nostra analisi. I lessemi sottoposti all'analisi statistica delle corrispondenze multiple e fattoriale hanno avuto una frequenza minima pari a 6; l'analisi statistica ha, dunque, dato origine a quattro *cluster*, con un peso percentuale differente, come è reso visibile dalla figura seguente (Fig.1)¹⁸.

17 La nostra ipotesi di partenza è che ciascun individuo ha di per sé una collocazione geografica: appartiene ad una comunità. Pertanto è in grado di esperire le due forme: CV e CR

18 Queste informazioni apparentemente di carattere tecnico in realtà sono di alto contenuto metodologico. Infatti, una variazione delle procedure indicate determina un output differente a causa dell'algoritmo di calcolo utilizzato dal software.

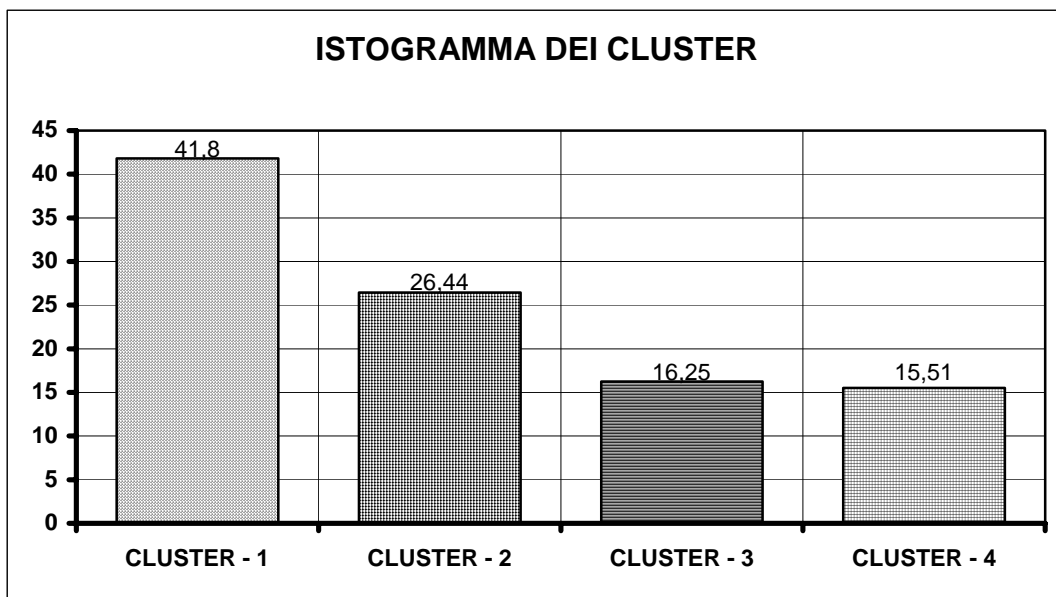


Fig. 1

I quattro *cluster* identificati costituiscono le diverse rappresentazioni del concetto di comunità articolate ed organizzate da processi collusivi differenti, che orientano i comportamenti dei soggetti all'interno delle specifiche rappresentazioni sociali della Comunità. In altre parole, ciascuna rappresentazione determina comportamenti differenti.

Come già detto, l'individuazione di tali rappresentazioni è resa possibile mediante un'attività di carattere inferenziale sui lessemi di ciascun *cluster*, escludendo quelli con un *Chi-Quadro* < 5.02 (livello di significatività accettato).

Le parole in corsivo di seguito riportate rappresentano i lessemi presenti dei quattro raggruppamenti.

4.1 Cluster I

Questo primo raggruppamento segnala come prima parola *virtuale* subito dopo seguita da *reale*. Seguono i lessemi *scambiare* e *mondo*.

Emerge, dunque, una rappresentazione del concetto di comunità nel quale non vi è alcuna differenza tra quella reale e virtuale. La comunità virtuale e reale sono la stessa cosa, un luogo al quale si *aderisce*, in cui è possibile *passare* e *lasciare opinioni* attraverso il confronto con le diverse *personalità*. Un confronto che non è al riparo da *difficoltà*, ma che è generatore di *sentimenti*, ora di *amicizia*, nel momento in cui si è in grado di costruire affinità con gli altri, ora di *odio*, quando le *mancanze* sono tali da non potere costruire alcuna relazione.

Queste dimensioni, dunque, danno luogo a diverse azioni, quali quella dell'*ignorare* e del *credere*, in ragione della verifica del *contatto* stabilito con l'altro, che non è mai oggetto di automatismo.

In questo senso, la comunità è il mezzo attraverso cui *approdare* a *rapporti* che supportino il processo di *conoscenza* del mondo, della realtà, anche mediante lo *schermo*, quale strumento che aiuta a rompere l'automatismo dei rapporti e a costruire un sistema utile a *capire* l'altro, il nuovo, il diverso.

L'organizzatore sociale di questa rappresentazione della comunità è, dunque, la scelta operata sulla capacità di guardare l'altro per quello che è e per quello che è capace di portare all'interno del rapporto. L'altro non è mai oggetto di attacco, non viene trattato come un nemico, ma come una *persona* alla quale è data comunque e sempre una possibilità di stare insieme, di *aderire* all'azione.

Il riconoscimento del valore che viene dal rapporto con gli altri determina un senso di empowerment, derivato dal potere della scelta.

Questa dimensione di potere permette di considerarsi come persone vive, di rompere ogni anonimato ed ogni indifferenza; in una parola, di *esistere*.

4.2 Cluster II

Qui l'idea di comunità è principalmente circoscritta e chiusa al nucleo familiare.

L'azione del andare fuori (*muoversi*) dal nucleo familiare può essere accettata solo da un *bambino* (dal *lat. Bambo* vuol dire "sciocco") che non ha gli strumenti adeguati a comprendere che al di là del noto c'è l'*estraneo*, qualcuno di natura diversa.

Per cui non resta che *credere* nel proprio *gruppo*, nel *genitore* come fattore di sviluppo della propria *identità*, della propria esistenza (*Razzismo*).

In tal senso, è inutile perseguire alcuna mescolanza/incontro con chi è diverso; ciò determinerebbe una richiesta di invasione da parte di chi invece vuole rimanere chiuso e protetto.

La *componente locale*, la *famiglia*, però, deve potere *cambiare*, *aprire* la *porta* al *nuovo cittadino*, per esempio attraverso l'azione del *volontariato* cioè mediante azioni che permettono l'incontro con nature diverse dalla propria rispondendo però a condizioni sociali ampiamente accettate e talvolta desiderate.

La rappresentazione del concetto di comunità è, quindi, basata sull'omogeneità ed uniformità dei suoi membri, anche e soprattutto nella modalità di risposta all'altro. L'altro, con la sua storia e i suoi valori, è un estraneo, un forestiero, visto come un'imposizione, come un pericolo. L'unico modo con cui accettare la sua diversità è il perbenismo, cioè mediante atteggiamenti rispettosi delle consuetudini sociali, sulle quali nessuno può dire nulla. L'esemplificazione di questo comportamento è nell'attività del *volontariato*.

4.3 Cluster III

L'idea di comunità che emerge da questa dimensione è quella legata al conflitto della diversità nel rapporto con gli altri. Infatti, il primo lessema *utente* è associato ad *accettare*. Seguono i verbi *scrivere*, *rispondere*, *spiegare*, accompagnati dalla parola *sensibilità*, ad indicare la fatica dello stare con altri diversi da noi e del dovere prestare attenzione al modo di porsi nei rapporti.

I lessemi *uomo* e *donna* associati al *linguaggio* indicano le notevoli difficoltà di comprensione reciproca tra persone completamente diverse, non solo per le loro caratteristiche fisiche, ma anche per educazione, per cultura, per ruolo ricoperto nella società ecc..

Per cui la comunità è un luogo in cui i rapporti sono oggetti tanto di incontri quanto di scontri; infatti è possibile *arrivare* all'altro per *sposarne* le tesi, come anche per *migliorare* ed *acquisire* nuove conoscenze. Allo stesso modo però bisogna *difendersi* dalle *vessazioni*, con *coraggio*, superando la *timidezza* e provando a *cominciare* a *gestire* gli insulti con *comportamenti* che richiedono *rispetto*.

Dunque, **la dimensione che organizza questa rappresentazione sociale è quella della dialettica del conflitto** attraverso l'affermazione di sé e delle proprie idee in relazione a quelle degli altri. **La logica è quella del compromesso** più che della negoziazione della proprie posizioni. Il *focus* qui è sull'altro come possibile nemico dal quale difendersi.

4.4 Cluster IV

Il primo lessema presente in questo cluster è quello di *appartenenza*, subito seguito da *territorio*, *sicurezza*, *comune*, *interesse*.

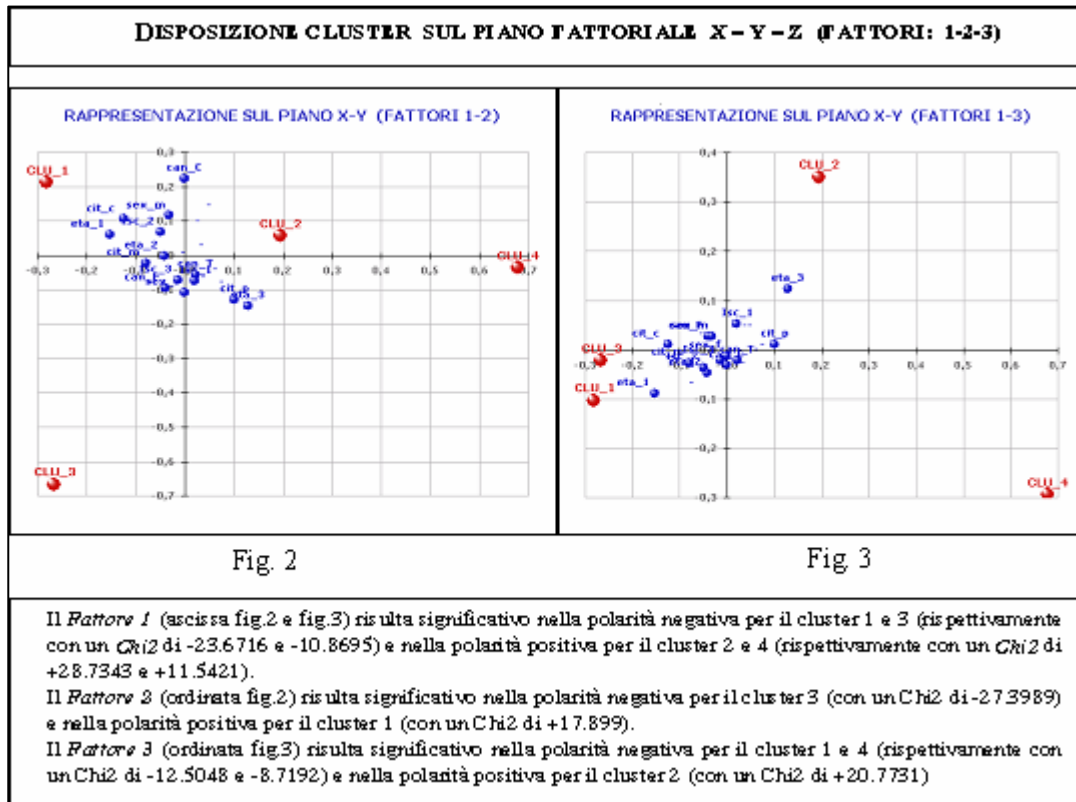
Dunque il concetto di comunità è legato al territorio (dal *lat.* *materia*), cioè ha un ancoraggio materiale; in questo senso contribuisce a costruire un sentimento di sicurezza, anche perché è frutto di interessi comuni (*cum* = insieme; *munus* dono; *moenia* difesa), cioè di rapporti reciproci basati sul supporto con gli altri in ragione dei propri bisogni come di un possibile attacco di nemico. La comunità è il luogo dove si *abita* e nel quale si è cresciuti andando a *scuola*, in cui si *resta*, in cui si scandisce la propria quotidianità andando al *bar vicino*.

La comunità, quindi si identifica con il *paese* in cui i *servizi* e le *strade* sono un segno tangibile della *cultura* dei propri abitanti. E' il luogo in cui si possono soddisfare i propri *bisogni* tipici della vita di tutti: il *lavoro* e la *casa*.

Questo cluster, dunque, si compone di tutte parole che ancorano il concetto di **comunità a dimensioni stereotipate**, che non implicano di per sé il rapporto con gli altri. Tutte le parole concorrono nel definire oggetti. Anche *l'iniziativa* e la *partecipazione* sono ancorate ed associate **ad una routine quotidiana**, tipica della vita di tutti, assimilabile ad un'equazione **territorio = casa = lavoro = appartenenza**.

5. I modelli di fruizione evocati concetto di Comunità: dall'Appartenenza all'Adesione

Andando a guardare la disposizione dei cluster sullo spazio fattoriale e verificando i valori del *Chi2*, si nota che il livello di significatività che ciascun cluster ha per ogni singolo asse del sistema cartesiano.



Queste indicazioni, dunque, permettono un maggiore approfondimento della dinamica in gioco nelle diverse rappresentazioni. Infatti, incrociando i dati relativi ai singoli cluster e tenendo conto delle loro diverse contrapposizioni nello spazio fattoriale, è possibile inferire altre tipologie di azioni che supportino la comprensione dei comportamenti generati dalle diverse rappresentazioni sociali. In altre parole, essi permettono di individuare i modelli di fruizione evocati dal concetto di comunità. La dinamica tra i cluster lascia quindi spazio all'ipotesi che le rappresentazioni sociali contenute nel quadrante A (Fig.4 e Fig.5) si caratterizzano come modalità di rapporto che *negano l'altro* come portatore di valore. In questo senso, questi tipi di comportamento sono settati in funzione **dell'appartenenza** e del ruolo giocato nel contesto di riferimento, in relazione tanto agli oggetti (*territorio*) quanto alle persone (*famiglia*). Pertanto, le azioni possibili sono quelle *automatiche* tipiche delle logiche interne del sistema, azioni che non prevedono un cambiamento né l'assimilazione di un'informazione diversa da quelle preesistenti all'interno della storia familiare o del luogo di vita. Si affermano comportamenti che consolidano l'appartenenza, che si basano sulle logiche dell'*in-group* e *out-group*. Sono comportamenti fondati su una motivazione sociale di tipo affiliativo (McClelland, 1985). L'unica percezione diversa, l'unica possibilità di individuare elementi diversi da sé è affidata agli oggetti e non alle persone (*Fattore 3, Dentro-Fuori, Fig.5*).

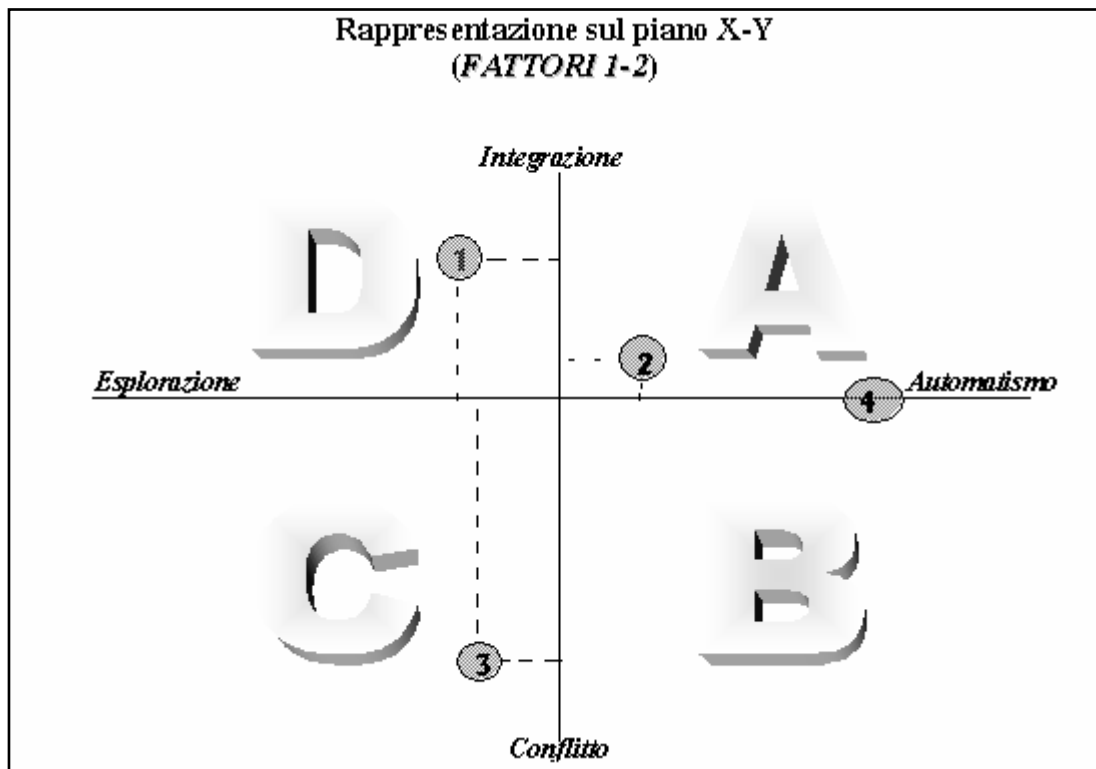


Fig. 4

Al contrario, alla negazione dell'altro si contrappone l'incontro con il diverso, la voglia di conoscenza e di *esplorazione*. Questa, però, si organizza in forme diverse nei due cluster (1 e 3) che sono contrapposti per il secondo fattore (Fig.4). Infatti, nel cluster 3 la diversità è oggetto di conflitto: il rapporto con gli altri è riconosciuto come indispensabile e necessario, pertanto fortemente ricercato. Allo stesso tempo le relazioni sembrano essere ancorate ad attribuzioni di valore, fatte non tanto sull'oggetto dello scambio quanto sulle persone che scambiano. A tale proposito, la dinamica è quella tipica del 'battibecco', dove l'altro viene visto come un possibile ostacolo alla propria affermazione, come un elemento che è capace di sottrarre valore alla propria identità. La motivazione alla base di queste azioni si declina in termini di potere (McClelland,1985). Questi tipi di comportamento sono tipici della trattativa e del compromesso che caratterizzano la dinamica dei prezzi o in generale le diverse tipologie di transazione. La logica operante è quella "io vinco tu perdi" (Arielli & Scotto, 2003; Castelli, 1996; Dixit & Nalebuff,1993; Harvard business Essenzial, 2003; Rumiati & Pietroni, 2001).

Diversamente, nel cluster 1 viene proposta una qualche forma di negoziazione nei rapporti che però risentono dell'utilità che ciascuna azione ha per i singoli attori. Infatti, se i processi di negoziazione sono attività che permettono la creazione di un nuovo valore rispetto a quello iniziale, cioè sono azioni che permettono la generazione di nuovi significati, prima non esistenti nello scambio (Arielli & Scotto, 2003; Castelli, 1996; Rumiati & Pietrosi, 2001; Harvard business Essenzial, 2003), il quadrante D (Fig.4) si caratterizza per azioni costruite **sull'adesione** dei soggetti a determinati obiettivi o scopi. I **comportamenti aderenti sono quelli basati sull'estemporaneità nella condivisione degli obiettivi** alla luce degli interessi personali e/o dei singoli criteri di utilità che ciascun soggetto può ottenere da una determinata situazione; è **in ragione del proprio interesse che il soggetto "negozia" la sua co-presenza su quell'azione**. Qui, la motivazione sottesa è quella della riuscita (McClelland,1985).

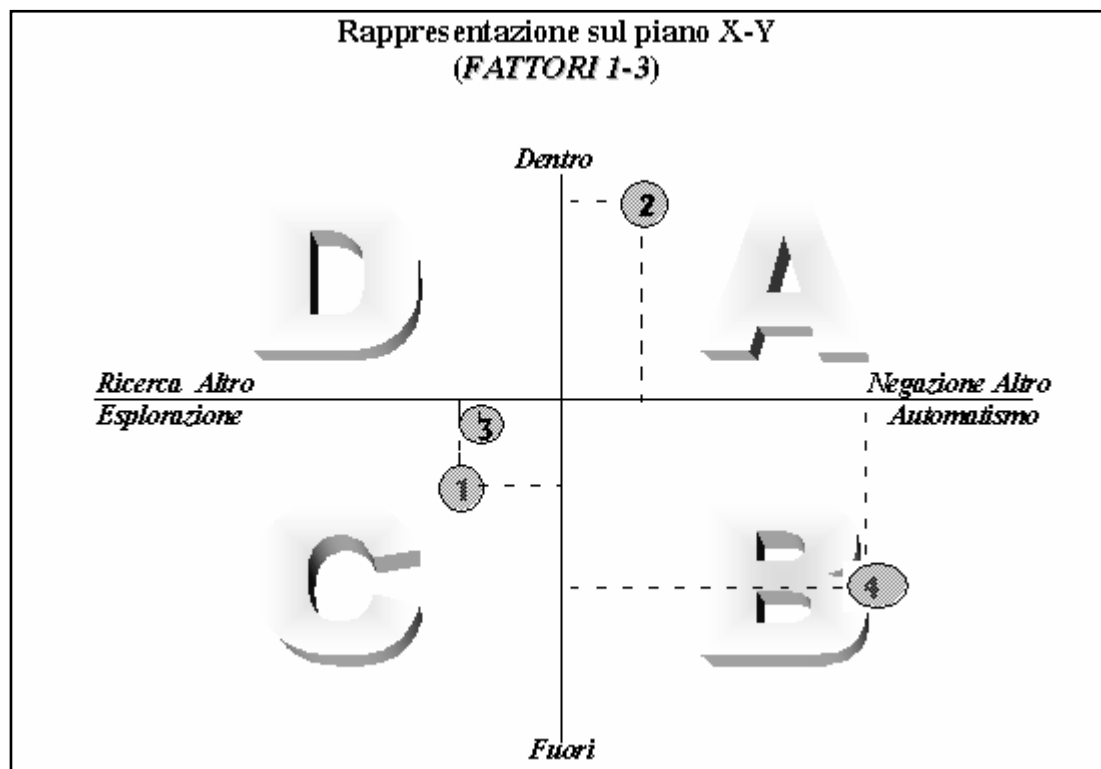


Fig.5

In questo senso, ciò che non è ritenuto consono alla propria ricerca è oggetto di scarto, di non esistenza; viene, insomma, ignorato e non attaccato, come invece capita nei modelli basati sull'appartenenza. Questa prospettiva comporta un parziale avvio di un processo di negoziazione, visto che l'adesione viene strettamente ancorata alla soddisfazione del proprio bisogno, trascurandone, quindi, una possibile riformulazione del bisogno in ragione del rapporto con l'altro

(Arielli & Scotto, 2003; Castelli, 1996; Rumiati & Pietrosi, 2001; Harvard business Essenzial, 2003).

Un'ultima precisazione relativa alle variabili utilizzate ai fini della ricerca. Nessuna di esse ha riportato valori significativi al test del *Chi2*; il che vuol dire che nessuna delle variabili prese in considerazione incide sulla generazione dei cluster sopra indicati.

6. L'impatto psico-sociale delle Nuove Tecnologie. Alcune considerazioni conclusive.

I dati della ricerca condotta a nostro avviso offrono diversi spunti di riflessione relativi alla verifica dell'impatto delle nuove tecnologie nei diversi ambienti. Il modello di fruizione dell'adesione, infatti, bene si presta la lettura di alcuni processi psico-sociali.

A tale proposito, un primo esempio è rintracciabile in un articolo apparso qualche tempo fa sul quotidiano "La Repubblica", in cui venivano spiegate le motivazioni per le quali le imprese perdono i giovani neoassunti. Nicola Bertin, consigliere Assores -l'associazione delle società di consulenza e selezione del personale- dichiarava: «[...] da parte degli imprenditori è un coro di lamentele: protestano perché giovani che entrano in azienda non si affezionano all'impresa e quando possono non ci pensano due volte ad andarsene»¹⁹. L'articolo continua denunciando da una parte le deficienze degli imprenditori nella gestione delle risorse umane, dall'altra i corsi di laurea in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, che non prevedono l'insegnamento delle leggi che governano il mercato del lavoro.

Al di là delle ragioni di Bertin, a nostro avviso, è possibile inquadrare il discorso in modo differente. L'interrogativo seguente può aiutarci alla comprensione di quanto stiamo per dire: perché sono cambiate le regole del mercato del lavoro? La risposta è nel dibattito che ha preceduto la legge Biagi, quando le imprese chiedevano al Governo flessibilità del lavoro in modo da garantirsi la competitività sul mercato globale. Ebbene, la nostra tesi è che i datori di lavoro vedono la flessibilità in modo autoreferenziale, inquadrandola come puro strumento di riduzione del costo del lavoro. Questo tipo di impostazione non tiene conto della processualità sociale istituita dall'adesione, che impone di riconoscere la dualità di cui la flessibilità è portatrice, ovvero impone di riconoscere gli interessi e gli obiettivi del lavoratore, che non vanno intesi in modo definitivo e permanente, ma in modo altamente variabile. In altre parole, le imprese si trovano in condizioni di dovere rinnovare/innovare le modalità di relazione con i propri lavoratori che diventano risorse scarse al pari dei clienti esterni.

Quando ciò non accade, la flessibilità diviene un boomerang che invece di garantire la competitività sviluppa un'improvvisa perdita di energia con conseguenti ritardi sul business. Nel paragrafo precedente abbiamo messo in evidenza come nell'adesione si tenda ad ignorare ciò che non è oggetto di interesse nello scambio, invece di attaccarlo come accade per l'appartenenza. Questa stessa caratteristica sembra affermarsi anche all'interno dei processi produttivi. Infatti, le conflittualità che prendono forma di scioperi e manifestazioni si riducono notevolmente rispetto al passato; al contrario, i lavoratori abbandonano il posto di lavoro alla ricerca di un altro impiego ritenuto più consono ai propri interessi e coerente con la loro dimensione realizzativa.

La fuga dei cervelli dai nostri atenei racconta, a nostro avviso, una realtà simile a quella appena descritta, quando l'interesse del ricercatore si arresta dentro un sistema che nega ogni possibilità realizzativa (Gelli, Mannarini & Ruggieri, 2004). Si pensi, per esempio, alla figura del dottore di ricerca e a come la sua regolamentazione vari da ateneo ad ateneo. In alcuni di essi, il dottorando di ricerca è sottoposto ad una serie di vincoli che rendono la sua attività incompatibile con altre forme lavorative; in altri i vincoli riguardano solo alcune attività e tetti di reddito da esse derivati; in altre ancora non vi è alcun vincolo. A questo punto una riflessione è obbligatoria: ma il dottorato non è una borsa di studio? Non è un titolo di specializzazione? Perché viene trattato al pari di un posto di lavoro a tempo indeterminato? Diversamente, si potrebbe porre un altro interrogativo: chi ha detto che lo studio e la specializzazione sono incompatibili con il lavoro?

Nella stessa direzione vanno i noti "contratti a progetto" che oggi regolamentano l'attività degli assegnisti di ricerca. Come dice la stessa locuzione, l'attività lavorativa è retribuita sul progetto.

¹⁹ L'articolo è tratto da www.opsonline.it/?m=show&id=1366.

Peccato che le università traducano il progetto in un rapporto di lavoro esclusivo. E' interessante notare come il popolo della "partiva iva" lavora da sempre a progetto; eppure nessuno gli ha mai detto che deve avere delle incompatibilità. Provate a dire ad un avvocato che deve seguire una sola causa, ad un medico che deve avere un solo paziente, ad una società che deve avere un solo cliente, ad un architetto che deve seguire un solo progetto.

Quando ciò accade, allora il modello di rapporto è istituito sull'appartenenza che richiede di per sé motivazioni affiliaive e l'esclusività dei rapporti (*in/out group*).

Qui gli esempi potrebbero essere infiniti e riguardare anche i settori della consulenza, cioè quelli di mercato del lavoro dotato di alta mobilità.

Tuttavia, per finalità di discorso, vorremmo mantenere l'attenzione sugli esempi trattati che riguardano il giovane e il mercato del lavoro. Infatti, il dottore di ricerca, l'assegnista e il neo-assunto altro non sono che giovani che intraprendono per la prima volta un'attività lavorativa. Che rapporto c'è, quindi, tra età e modello di scambio sociale? I dati della nostra ricerca riferiscono che la variabile età non è determinante alla strutturazione del modello di scambio. Se questo è vero, allora ecco che l'accesso alla società, per dirla alla Rifiking, non è in funzione dell'età.

Siamo, dunque, davanti ad un ribaltamento della logica che regolamentava i rapporti sociali. Se prima i bambini stavano con i bambini (asilo), i ragazzi con i ragazzi (scuola), gli adulti con gli adulti (lavoro) e i vecchi con i vecchi (centri per anziani), oggi con le NT tutto questo non è più così definito e tutti possono stare con tutti. Basti pensare ai bambini, al loro uso del telefonino e del computer, per comprendere come questi accedono alla società e sono in grado di agire in essa, interloquendo, scambiando informazioni ecc..

Ecco svelato il mistero della pedofilia in rete e del perché oggi questo fenomeno sia tornato nell'agenda dei media, della polizia, degli psicologi ecc.. A tale proposito è interessante notare come la logica sottesa a contrastare il fenomeno in oggetto rimane legata a modelli classici fondati sulla ripartizione della società in classi di età e su politiche protezionistiche che vedono negare il potere della scelta del minore. A nostro avviso, ai programmi O.L.D.Pe.PSY, che lavorano su l'individuazione del profilo criminologico clinico e digitale del pedofilo (Strano, 2003), andrebbero affiancati programmi pedagogici e psico-educativi nelle scuole che supportino la costruzione delle competenze del minore a riconoscere il pericolo in rete: il pedofilo come altro.

Il potere, quindi, diventa oggi una variabile che è frutto delle competenze nell'uso di determinati strumenti che permettono l'accesso alla società. Il potere non è più legato all'età. A tale proposito, molti dei lavori condotti da noi nelle scuole -per quelli che vengono chiamati i "casi difficili"- ci hanno permesso di cogliere le difficoltà degli insegnanti a trattare con questa nuova organizzazione sociale quando basano la propria attività didattica sul potere del ruolo e dell'età, piuttosto che sulla fruizione delle competenze quale strumento di convergenza degli interessi - come l'adesione richiederebbe-. Infatti, la fruizione delle competenze permetterebbe di costruire e verificare di volta in volta, in ragione dell'oggetto (storia, matematica, ecc.) l'utilità dello scambio tra insegnante e allievo, innescando modelli cooperativi che riconoscono il potere di entrambi gli attori: il potere della domanda dello studente, delle sue competenze al pari del potere della competenza dell'insegnate.

Ritornando al mercato del lavoro è evidente la difficoltà delle imprese ad impostare politiche gestionali delle risorse umane che tengano conto delle competenze dei neo-assunti sia per il livello retributivo sia per quello strettamente connesso alle declinazioni delle attività. Sembra riposto nel dimenticatoio il fatto che l'economia della conoscenza richiede *knowledge wok*ers, che forti del potere nell'uso delle proprie conoscenze scelgono di volta in volta di aderire a questa o quella attività lavorativa come ha già ampiamente dimostrato Butera (Butera, Donati & Cesaria, 1997).

Il discorso potrebbe proseguire richiamando altre categorie quali quelle del marketing, dei modelli organizzativi delle imprese, della politica, della democrazia della partecipazione, della coesione sociale ecc., cosa questa che rimandiamo ad altre pubblicazioni. Concludiamo invece il discorso, rimarcando l'insegnamento khuniano scritto nell'introduzione di questo lavoro: paradigmi di ricerca sbagliati portano i ricercatori a porsi domande errate. Con questo non vogliamo assolutamente apparire saccenti ed esaustivi; al contrario, vogliamo invitare il lettore a riconoscere che l'oggetto di ricerca (internet e NT) cambia con una velocità superiore alla nostra capacità di concetualizzarlo e teorizzarlo. La nostra proposta è di pensare ai modelli di fruizione quale obiettivo metodologico capace di guidare il lavoro di ricerca.

Bibliografia

- Arielli, E., & Scotto, G. (2003). *Conflitti e Mediazione*. Milano: Mondadori.
- Augé, M. (1992). *Non-lieux: Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris: Seuil (trad. it. *Nonluoghi. Introduzione ad una antropologia della surmodernità*, Eleuthera, Milano).
- Bagnasco, A. (1999). *Tracce di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Bagnasco, A. (2002). Il concetto di comunità utilità e trappole. In B., Gelli (Ed.). *Comunità, Rete Arcipelago* (pp.37-42). Roma: Carocci.
- Belardinelli Olivetti, M. (1986). *La costruzione della realtà*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bonaiuto, M. (2002) (Ed.). *Conversazioni virtuali*. Milano: Guerini e Associati.
- Burman, E. (2002). *Internet Nuovo Levitano*. Milano: Etas.
- Butera, F., Donati, E., & Cesaria, R. (1997). *I lavoratori della conoscenza, quadri, middle manager e alte professionalità tra professione e organizzazione*. Milano: Franco Angeli.
- Cardaci, M. (2001). (Ed.). *Ciber-Psicologia*. Roma: Carrocci.
- Carli, R. (2000). *Le rappresentazioni sociali e la collusione*. Retrieved from: <http://www.sponline.it>.
- Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali. In *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 282-297.
- Carotenuto, A., (1998), "Realtà e verità", in J. Jacobelli (Ed.), *La realtà virtuale* (pp.40-45). Bari: Laterza.
- Castells, M. (1996). *The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell (trad. it. *Galassia internet*, Fletrinelli, Milano, 2002).
- Castelli, S. (1996). *La mediazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecnica della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Di Maria, F. (2001). *Psicologia della convivenza*. Milano: Franco Angeli.
- Di Maria, F., & Cannizzaro, S. (2001) (Eds.). *Reti telematica e trame psicologiche – Nodi, attraversamenti e frontiere di Internet*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Maria, F., Lavanco, G., Novara, C., & Cannizzaro, S. (2003). Artefice ed artificiale: psicologia del 'creatore dei mondi. In *Psicotech*, 2, 19-45.
- Dixit, A., & Nalebuff, B. (1991). *Thinking Strategically: The Competitive Edge in Business, Politics, and Every Day Life*; New York/ Norton & Company (trad. it. *Io vinco tu perdi*, Edizione Sole 24ore, Milano, 1993).
- Forgas, J.P. (1989), *Interpersonal Behaviour: The Psychology of Social Interaction*. Pergamon Press: Sydney (trad. it. *Comportamento interpersonale: la psicologia dell'interazione sociale*, Armando, Roma)
- Formentini, C. (2000). *Incantati dalle reti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fornari, F. (1979). *Fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Foster R.N., Kaplan S., (2001); *Creative Destruction*. McKinsey & Company: Currency Publishing (trad. it. *La distruzione creatrice*, Etas, Milano).

- Galimberti, C., Gatti, F., Cantamesse, M., & Mauri, L. (2003). La fiducia nelle interazioni in rete: dall'artefatto all'interlocutore. In *Riassunti delle comunicazioni al V Congresso Nazionale AIP*, Sezione di Psicologia Sociale.
- Galimberti, C., & Riva, G. (1997). *La comunicazione virtuale*. Milano: Guerini e Associati.
- Gallarini, S. (1994). *La realtà virtuale*. Milano: Xenia.
- Gelli, B., Mannarini, T., & Ruggieri R. (2004). Le culture professionali dei docenti universitari. In B., Gelli & T., Mannarini (Eds.), *La comunità universitaria*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Gelli, B. (2002) (Ed.). *Comunità, Rete Arcipelago*. Roma: Carocci.
- Ginzburg, C., (1986). *Miti, emblemi e spie: Radici di un paradigma indiziario*. Torino: Einaudi.
- Harvard Business Essential, (2003). *Negotiation*, Boston Massachusetts: Harvard Business School Press (trad. it. *La negoziazione*, Milano, Etas, 2005).
- Henckel, P. (1991). *The elements of friendly software design*. Alameda CA: Sibex.
- Jacobelli, J. (1998). *La realtà virtuale*. Bari: Laterza.
- Khun, T.S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The Univ. of Chicago Press (trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1996).
- La Barbera, D., (2001). Infonauti alla deriva: il tech abuse di internet e dei mondi virtuali. In F. Di Maria & S. Cannizzaro (Eds.). *Reti telematica e trame psicologiche – Nodi, attraversamenti e frontiere di Internet* (pp.43-68). Milano: FrancoAngeli.
- Laurel, B., (1986). Interface as mimesis. In D.N., Norman & S.W., Draper (Eds.) *User center system design*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Laurel, B., (1990). *The art of human-computer interface design*. Reading, MA: Addison-wesly.
- Laurel, B. (1991). *Computer as theatre*. Reading, MA: Addison-wesly.
- Manetti, L. (2002). *Strategie di ricerca in psicologia sociale*. Roma: Carrocci.
- Mannarini, T., (2002). Comunità virtuali. Figure del legame sociale. In B. Gelli (Ed.). *Comunità, Rete Arcipelago* (pp.115-124). Roma: Carocci.
- Mantovani, G., (1998). Le mobili frontiere della realtà. In J. Jacobelli (Ed.). *La realtà virtuale* (pp.103-110). Bari: Laterza.
- Maracchia, S. (1998). La matematica tra realtà e virtuale. In J. Jacobelli (Ed.). *La realtà virtuale* (pp.111-117.). Bari: Laterza.
- Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets. An essay in bi-logic*. London: Duckworth & Company Ltd.
- McClelland, D. (1985). *Human motivation*. Glenview: Foresmann and Company.
- Mettieri, F., & Manera, G. (2000). *Dalla email al chat multimediale*. Milano: Franco Angeli.
- Morse, J. (1989). *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue*. Rockville: Aspen Publisher.
- Moscovici, S. (1988). Le rappresentazioni sociali. In V. Ugazio (Ed.), *La costruzione della conoscenza* (pp.81-95). Milano: Franco Angeli.
- Norman, D.N. (1988). *The design of everyday things*. New York: Doubleday.
- Palomba, M., & Martinino, G. (2000). *Chat to Chat*, Roma: Kappa.

- Parisi, D. (1998). La realtà elastica. In J. Jacobelli (Ed.). *La realtà virtuale* (pp.154-159). Bari: Laterza.
- Peirce, G. (1998). Una virtualità inedita. In J. Jacobelli (Ed.). *La realtà virtuale* (pp.160-164). Bari: Laterza.
- Perez, C. (1983). Structural change and the assimilation of new technologies in the economic and social system. *Futures*, 15, 375-393.
- Pravettoni, G. (2002). *Web Psychology*. Milano: Guerini e Associati.
- Rafaelli, B.R. (1988). Interactivity: from new media communication. In R.P., Hawkins, J.M., Wiemann & S., Pingree (Eds.), *Advancing communication science: Merging mass and interpersonal process*. Newbury Park CA: Sage.
- Rheingold, H. (1991). *Virtual Reality*. London: Mandarin (trad. it. *La realtà virtuale*. Baskerville, Bologna; 1993).
- Rheingold, H. (1993). *The virtual community: Homesteading on the electronic frontier*. Reading, MA: Addison-Wesley (trad. it. *Le comunità virtuali*, Sperling&Kupfer, Milano, 1993).
- Rifkin, J. (2000). *The Age of Access*. London: Penguing (trad. it. *L'era dell'accesso. La rivoluzione della new economy*, Mondadori, Milano, 2000).
- Roversi, A. (2001). *Chat line*. Bologna: Il Mulino.
- Rumiati, R., & Pietroni, D. (2001). *La negoziazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Scheinderman, B. (1992). *Designing the userinterface: Strategies for effective human computer interaction*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Stone, A.R. (1995). *The War of Desire and Technology at the Close of the Mechanical Age*. Cambridge Mass.: MIT Press (trad. it. *desiderio e tecnologia*. Feltrinelli, Milano, 1997).
- Strano, M. (2003). O.L.D.Pe.Psy (On line Detected Pedophilia Psychology): Un progetto di ricerca criminologica sulla pedofilia on line. *Psycotech*, 1 (1), 85.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W. G., Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago, IL: Nelson-Hall.
- Tapscott, D., & Caston, A. (1992). *Paradigm shift: The new promise of information technology*. NY: McGrawHill.
- Taylor, F.W. (1911). *The Principles of Scientific Management* (Reprint) New York: Teknisk (trad. it. *L'organizzazione scientifica del lavoro*, Etas, Milano).
- Turkle, S. (1984). *The second self/ Computer and human spirit*. NY: Simon Schuster.
- Turkle, S. (1995). *Life on the screen*. New York, NY: Touchstone. Weinschenk (trad. it. *La vita sullo schermo*, Apogeo, Milano, 1997).
- Wallace, P. (1999). *The Psychology of internet*. Cambridge: Cambridge University Press (trad. it. *La psicologia di internet*, Raffaello Cortina, Milano, 2000).

Notazioni sul resoconto

di Renzo Carli*

1 – Introduzione

Il resoconto è un importante strumento della professione psicologico clinica; può essere descritto quale *complemento necessario dell'esperienza relazionale* che caratterizza e fonda la professione dello psicologo clinico; è una prassi necessaria per il perseguimento degli obiettivi che la professione si prefigge. Non esiste professione psicologico clinica che non sia fondata sull'esperienza della relazione; ma al fine di dare un senso alla relazione professionale, nella stessa psicologia clinica, essa deve essere completata con il resoconto. Il resoconto, in altri termini, è la prassi necessaria per *pensare le emozioni* implicate entro la relazione psicologica.

Il resoconto al quale stiamo pensando concerne la *relazione* tra lo psicologo clinico e l'interlocutore dell'intervento psicologico clinico.

Resocontare, quindi, significa utilizzare *categorie che fanno riferimento alla relazione, per pensare le emozioni evocate entro la relazione e per parlare sulla relazione stessa in funzione di specifici obiettivi*. Nella nostra accezione il resoconto non concerne l'altro, le sue connotazioni psicopatologiche, le sue modalità di comportamento entro la relazione con lo psicologo. E' molto importante distinguere tra un resoconto che riguarda l'altro e che assomiglia, se si vuole, a quanto viene scritto entro la cartella clinica della prassi medica, ed il resoconto che concerne la relazione che caratterizza l'intervento psicologico clinico.

Le parole chiave nel parlare di resoconto, quindi, sono per noi: relazione, categorie, obiettivi, emozioni, pensare, parlare su.

Resocontare significa passare dalle emozioni agite o pensate entro la relazione, ad una categorizzazione degli eventi relazionali attraverso il linguaggio, sia esso scritto o parlato: ad esempio entro l'interpretazione o più ancora la costruzione¹.

Un *racconto narrato degli eventi*, ad esempio all'interno di una relazione di supervisione, non è propriamente un resoconto: il racconto avviene, infatti, entro una nuova relazione che andrebbe anch'essa resocontata. Nella nostra ottica, un resoconto comporta un "pensare su" nei confronti della relazione; "pensiero su" che si dispiega tramite l'utilizzazione di categorie e modelli capaci di organizzare quanto è avvenuto entro la relazione, e di confrontare gli eventi con gli specifici obiettivi della professione psicologica. Pensare su, quindi, si reifica entro un parlare su, visto che intendiamo il resocontare quale prassi che si inverte entro il linguaggio.

Resocontare significa, sempre, andare oltre quanto è avvenuto nell'ambito della relazione; significa dare un *sensu nuovo* alla relazione; senso non individuato nel tempo vissuto della relazione stessa. Il resoconto, in altri termini, è caratterizzato da alcuni elementi di *novità* nei confronti di quanto viene vissuto entro la relazione. Come vedremo, è importante definire il livello a cui situare questi elementi nuovi che compaiono entro il resoconto: possono concernere la relazione stessa; gli obiettivi del rapporto psicologico clinico; il contesto entro il quale il rapporto si situa; il senso

* 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.

¹ Si veda al proposito il lavoro di S. Freud: "Costruzione nell'analisi" (1937). Si ricorda in particolare questo passo del lavoro di Freud: "Se nelle esposizioni della tecnica analitica si sente parlare così poco delle <<costruzioni>>, ciò dipende dal fatto che in loro vece si parla delle <<interpretazioni>> e dei loro effetti. Ma io penso che <<costruzione>> sia la definizione di gran lunga più appropriata. L'<<interpretazione>> si riferisce a ciò che si intraprende con un singolo elemento del materiale: un'idea improvvisa, un atto mancato e così via. Una <<costruzione>> si dà invece quando si presenta all'analizzato un brano della sua storia passata e dimenticata, più o meno nel modo seguente: <<Fino all'anno n della Sua vita, Lei si considerava l'unico ed incontrastato possessore di Sua madre; poi arrivò un secondo bambino e con lui una grave disillusione. Lei fu abbandonato per un periodo da Sua madre, che anche in seguito non si dedicò mai più esclusivamente a Lei. I Suoi sentimenti nei confronti di Sua madre divennero ambivalenti e Suo padre acquistò per Lei un nuovo significato>>, e così di seguito" (la citazione è alle pagine 544-545 della traduzione italiana citata in bibliografia).

istituzionale della relazione; le condizioni del lavoro nell'ambito del rapporto; le caratteristiche della relazione che rendono utile o inutile, a volte impossibile la relazione stessa; alcuni elementi nuovi della teoria o della tecnica che reggono la relazione; le caratteristiche dell'altro e del suo modo di stare nella relazione o nella realtà dei rapporti propri della sua esperienza esistenziale, ed altro ancora. Pensiamo che una analisi ed una classificazione di queste dimensioni nuove del resoconto potrà aiutare a cogliere la specificità del resoconto stesso, nell'accezione che stiamo utilizzando per parlarne.

In sintesi, proponiamo un vincolo molto stretto tra esperienza della relazione e resoconto, nell'ambito della professione psicologica. Perché? Pensiamo che la *relazione* comporti una sorta di immersione emozionale dello psicologo clinico entro le vicende implicanti del rapporto con l'altro. Ogni esperienza di relazione è una vicenda a sé stante, è irripetibile in quanto comporta simbolizzazioni emozionali situate storicamente nell'*hic et nunc* del rapporto tra lo psicologo e quella specifica persona (gruppo o organizzazione), in quel particolare momento, entro la dinamica collusiva che ne organizza obiettivi e finalità. Certo, lo psicologo è formato a "pensare emozioni" entro le proprie relazioni professionali, quindi a proporre all'interlocutore un senso della dinamica emozionale collusiva in atto; ciò è possibile con l'interpretazione, con l'azione interpretativa, con la costruzione di senso. Va tenuto conto, d'altro canto, che il lavoro psicologico clinico si organizza entro un tempo, con discontinuità e ricorrenze: le sedute ripetute nel corso della settimana, nel caso della psicoterapia; gli incontri seminariali a frequenza stabilita, ad esempio quindicinale o mensile, nel caso di un intervento di formazione o di riflessione sulla dinamica culturale di una struttura organizzativa; gli incontri di committenza distribuiti lungo uno specifico periodo di tempo, nel caso della fase istituyente di un intervento psicosociale; le riunioni di gruppo con differenti componenti dell'organizzazione, e la loro distribuzione entro l'arco di uno specifico periodo di tempo, concordato con i partecipanti, nel caso dell'intervento psicosociale stesso. Perché questa distribuzione periodica, nel tempo, del lavoro clinico? Forse non ci si è interrogati a sufficienza sul tema. Pensiamo che un motivo di tutto questo stia nella possibilità di resocontare, da parte dello psicologo clinico: vale a dire di organizzare quanto sta succedendo nel lavoro, entro categorie che consentano di individuare la dimensione innovativa insita nell'esperienza stessa; di resocontare l'esperienza, quindi: a se stesso, all'*altro* che partecipa all'intervento, alla *comunità scientifica* della quale lo psicologo è parte e che è interessato ad informare del suo lavoro, delle idee che il lavoro consente di sviluppare, della teoria della tecnica che si sta sperimentando.

Senza il resoconto, quindi, il rischio è quello di ripetere la relazione all'infinito, senza coglierne gli elementi innovativi che difficilmente si possono vedere e pensare, se si è immersi emozionalmente entro la relazione collusiva.

Se la relazione comporta un pensare emozioni, il resoconto diventa così l'occasione necessaria per un metapensiero sulle emozioni pensate entro la relazione stessa. Sottolineiamo questa necessaria dimensione di "novità" che il resoconto comporta. E' la novità che può costituire il motore del processo di cambiamento e di sviluppo che l'intervento psicologico clinico vuol promuovere e istituire. Sappiamo che la scansione temporale della psicoterapia o dell'intervento psicosociale hanno anche la funzione di consentire lo sviluppo di un pensiero sull'esperienza da parte del paziente o di chi funge da committente e/o da partecipante all'intervento. Anche i pazienti ed i partecipanti all'intervento necessitano di un tempo per pensare all'esperienza, quindi per resocontare. Ed anche per loro il pensiero sull'esperienza comporta, spesso, l'individuazione di elementi di novità che sono difficilmente ritrovabili se si rimane emozionalmente immersi entro l'esperienza stessa. Ma questa resocontazione può, per chi fruisce del lavoro psicologico, avvenire o meno. Per lo psicologo è di contro un'attività necessaria. E' l'unico modo per dare un senso al prosieguo dell'esperienza professionale: per elaborare strategie volte a promuovere e rendere possibili future evoluzioni, per fondare le premesse di un auspicabile sviluppo della relazione, come anche dello sviluppo nel paziente o nella struttura che fruisce dell'intervento.

Resocontare significa dare senso; ma nel dare senso si trasforma l'esperienza e se ne possono vedere le componenti innovative. Ricordiamo che la relazione psicologica ha una sua connotazione specifica: è una relazione senza obiettivi trasformativi dichiarati ed ostensibili, oltre che condivisi. Mettersi in una *relazione senza obiettivi trasformativi*, significa accettare che le sole emozioni, derivanti dalla simbolizzazione affettiva reciproca della relazione, siano le componenti condivise della relazione stessa. L'obiettivo, solitamente, consente di vivere emozioni frenate, addomesticate, contenute entro le regole del gioco della relazione produttiva. Si pensi, ad

esempio, alla classe scolastica di una scuola media superiore, nell'ora di lezione: l'obiettivo condiviso (un'interrogazione, la lettura ad alta voce di un testo letterario, lo svolgimento di un'equazione alla lavagna, la spiegazione di un fatto o di un periodo storico da parte dell'insegnante) imbriglia le emozioni di tutti entro le regole del gioco della convivenza scolastica. Certo, ci saranno allievi più "indisciplinati" o "distratti", ci saranno compagni di banco che chiacchierano sottovoce di qualcosa d'estraneo alla lezione, ma il tutto è controllato, in qualche modo contenuto dall'attività produttiva che costituisce l'obiettivo comune. Può essere interessante guardare a quello che succede nell'intervallo tra una lezione e l'altra: al suono della campanella si ha un vociare confusivo ed un frastuono improvviso, dovuto al venire meno (provvisorio e reversibile) dei sistemi di controllo della produzione scolastica ed all'emergere improvviso di un'"altra" produzione, quella dell'espressione emozionale senza controllo. Bene: l'attività psicologico clinica comporta, spesso, che la relazione sia senza obiettivi produttivi; con regole del gioco che concernono la sola condizione strutturale della relazione stessa. In altri termini, la situazione psicologico clinica (ad esempio: una seduta psicoanalitica, un incontro di un gruppo psicoterapeutico, una riunione di committenza o un seminario con i membri di una struttura organizzativa) non prevede obiettivi produttivi ed al contempo propone regole del gioco che rendano possibile la relazione stessa: il *tempo* ed il *luogo* dell'incontro, la *condizione del lavoro* (lettino e poltrona per la seduta psicoanalitica, sedie in cerchio per un gruppo od un seminario), le modalità di *partecipazione* all'incontro (il silenzio dello psicoanalista; il riassunto degli scopi dell'incontro, nel caso di un intervento psicosociale) le modalità di *pagamento* che le persone partecipanti alla relazione conoscono. Quindi, assenza di un obiettivo trasformativo condiviso che concerne una cosa terza e che giustifica la relazione (l'apprendimento nella scuola, la produzione di un atto medico di diagnosi, prognosi e terapia nell'ospedale o nella relazione diadica medico-paziente nell'ambulatorio, la progettazione di un edificio entro lo studio di un architetto) ed al contempo presenza di forti regole del gioco che organizzano le condizioni della relazione. Si può allora comprendere come, entro la relazione psicologica, siano costantemente possibili due atteggiamenti contrapposti: l'espressione agita delle emozioni da un lato, la sottomissione cieca all'autorità che tutela le regole del gioco dall'altro. Negli anni '70 ad esempio era usuale che, nel corso di un T-Group, i partecipanti cacciassero il trainer dal gruppo, quale espressione di una emozionalità che voleva esprimersi contro ogni forma od espressione di autorità. Un altro esempio: è noto che in un'analisi "didattica" si confondono, nell'analista, i ruoli di analista, appunto, ma anche di giudice sull'adeguatezza alla funzione analitica dell'analizzando; così come si confondono i ruoli di paziente e di allievo *sub iudice* circa l'ammissione al training ufficiale; nel paziente stesso; tutto questo può comportare, spesso, una falsificazione dell'esperienza analitica per l'adesione acritica di chi fa analisi alle regole del gioco dell'autorità giudicante. Queste stesse dinamiche di reazione o di sottomissione possono essere episodicamente, e non istituzionalmente, presenti entro ogni esperienza psicologico clinica. Quando sono presenti, è interessante notare che tali componenti agite delle emozioni, ad esempio di sottomissione agita all'autorità, *non siano quasi mai resocontate*. Se lo fossero, l'agito potrebbe essere analizzato e perderebbe il suo senso istituzionale, ad esempio di legittimazione dell'esperienza o di motivazione all'agito stesso. Molte istituzioni, ricordiamolo, fondano la loro stessa esistenza sull'agito emozionale non esplorato, non analizzato.

E' importante, ed il resoconto lo consente, che il processo della relazione non venga falsato, attraverso la trasformazione di un evento episodico in un atteggiamento disposizionale, fondato sulla collusione reciproca circa la reazione all'autorità o la sottomissione alla stessa autorità fantasmaticamente presentificata. Se la relazione può essere intesa quale sequenza di eventi episodici, il resoconto costituisce lo strumento per la costruzione di un processo (terapeutico – d'intervento) che segua linee di sviluppo. E' evidente che il processo non prefigura *una* specifica linea di sviluppo, impossibile entro la psicoterapia psicodinamicamente intesa o entro l'intervento psicologico clinico; lo sviluppo viene seguito nelle sue spesso imprevedibili linee evolutive. Ma il passaggio dalla dimensione episodica al processo, è possibile solo grazie al resoconto. Pensiamo importante ritornare sulla complementarità tra relazione e resoconto. Il resoconto cerca il senso, quindi la continuità entro la discontinuità della relazione. Nella relazione lo psicologo clinico può "interpretare" i singoli eventi; può quindi dare senso alle implicazioni emozionali che di volta in volta emergono nella relazione stessa, grazie alle simbolizzazioni affettive che la connotano. L'interpretazione, parafrasando il Freud di "Costruzione nell'analisi" più sopra ricordato, serve per

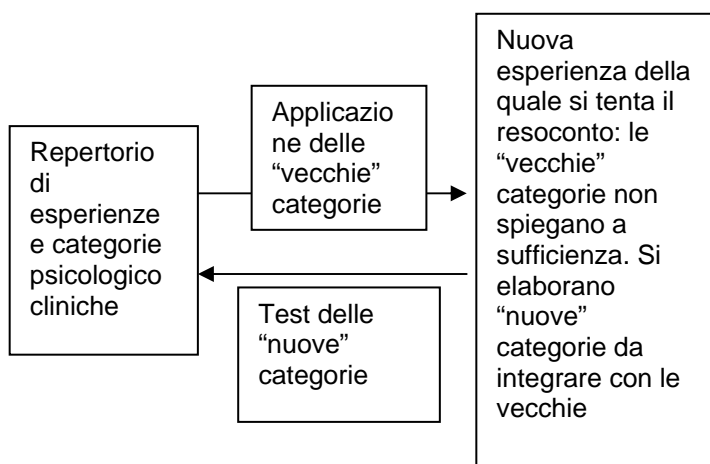
dare senso agli eventi episodici entro la relazione; il resoconto, dal canto suo, consente una *costruzione del processo* che può essere intravisto entro la sequenza degli episodi emozionalmente implicanti della relazione. Ecco definito l'elemento di novità che il resoconto consente: quello di *passare dall'episodicità della sequenza di eventi relazionali alla costruzione di un senso processuale entro la relazione stessa*. Con la sola relazione si può perpetuare all'infinito l'insight riferito all'episodicità emozionale; con il resoconto lo psicologo può fare ipotesi circa la gestalt risultante dall'insieme delle componenti episodiche della relazione. Può quindi individuare quel "di più", quell'elemento nuovo che la costruzione del processo consente di ipotizzare.

2 - Il resoconto che lo psicologo organizza per se stesso, nel corso del lavoro di intervento

Si tratta di un "pensare su" nei confronti della relazione che si sta vivendo, entro il lavoro psicoterapeutico o d'intervento. Si tratta, in altri termini, di organizzare entro categorie di pensiero quanto sta avvenendo emozionalmente entro la relazione; a partire dal vissuto proprio, ma andando oltre il proprio vissuto, per conferire ad esso un significato relazionale capace di individuare le linee del *processo* che caratterizza la relazione stessa. E' importante l'uso del linguaggio (scritto, più che parlato) perché consente di trasformare emozioni in pensieri sulle emozioni; consente, quindi, di passare dall'esperienza vissuta entro la relazione ad una configurazione categoriale dell'esperienza, da parte dello psicologo clinico. Normalmente questo tipo di resoconto avviene sotto la forma del prendere appunti, dello scrivere quanto succede nelle sedute o nelle attività di intervento, del tenere un diario sulle attività.

Cosa succede in questo tipo di resoconto?

E' in questi resoconti che si testano le categorie conosciute e che si esplorano nuove categorie. Possiamo riassumere quanto avviene in questi resoconti utilizzando il seguente schema:



Ad esempio, posso chiedermi perché mi fa arrabbiare quanto dice una paziente quando dichiara, nel corso di una seduta di psicoanalisi, di non aver mai provato piacere nella relazione sessuale, anzi di non averla mai vissuta. Per poi aggiungere, dopo che io ho sottolineato: "Mai vissuta...": "Bhé, mai no, perché qualche volta l'ho anche vissuta, ed ho provato piacere. Diciamo che il 10%, 15% delle volte che accetto di fare l'amore provo piacere, riesco a vivere il rapporto". La paziente ha tentato di escludere, nel parlare con lo psicoterapista del problema concernente la sua sessualità, ogni suo coinvolgimento in tale attività, potendo quindi continuare nella dinamica che possiamo definire del *"lamentarsi" con lo psicoterapista*. Per qualche motivo non chiaro, la paziente smette momentaneamente il lamentarsi, riconoscendo che "qualche volta" può coinvolgersi nella relazione sessuale. Può quindi reciprocare la relazione con il suo ragazzo. Ma il lamentarsi equivale anche al dichiarare, esplicitamente o implicitamente, che lei non riesce a vivere alcuna reciprocità entro la relazione psicoterapeutica. La paziente, quindi, con l'aggiunta

dell'eccezione riferita al "qualche volta", ricorda che "qualche volta" può provare reciprocità anche nella relazione psicoterapeutica. Comunica, inoltre, che il suo vissuto di reciprocità entro l'esperienza psicoanalitica è, per lei, assimilabile a quello del fare l'amore, per il quale si è in due. L'affermazione della paziente, quindi, fa riferimento al fatto che *solo qualche volta*, secondo lei, lo psicoterapista può accettare la reciprocità della relazione; può accettare, in altri termini, che la relazione psicoterapeutica sia assimilabile alla relazione sessuale. Si può così capire perché mi sia arrabbiato all'aggiunta del "qualche volta": si tratta di un rimprovero della paziente alla mia "freddezza" emozionale entro la relazione, che lei mette in associazione alla sua incapacità nel vivere la relazione sessuale. E' come se la paziente dicesse: "Io mi lamento perché non riesco a vivere la sessualità; ma mi lamento anche della tua incapacità di vivere emozionalmente in modo reciproco, e assimilabile alla sessualità, il nostro rapporto terapeutico". Di qui il senso del lamentarsi come di qualcosa di insolubile, in quanto riferito a dimensioni di relazione che sono desiderate, ma catastrofiche allo stesso tempo. Se il terapeuta accettasse di vivere la terapia come se fosse un rapporto sessuale, per lei sarebbe impossibile pensare, quindi sarebbe impossibile proseguire con la psicoterapia. Quindi il lamentarsi concerne un desiderio insoddisfatto, ma allo stesso tempo un desiderio impossibile da soddisfare, perché distruttivo di un pensiero capace di dare senso alla relazione entro la quale ci si lamenta.

Nello scrivere questo resoconto, ho capito il senso della relazione che intrattengo con questa paziente e che lei intrattiene con me. Mi sono messo nell'impresa di scrivere questo resoconto perché sento che la relazione è ferma in una posizione di stallo. Ora penso che il resoconto mi fornisca alcune chiavi di lettura di quanto succede nella relazione. Una relazione ove la freddezza sessuale della paziente viene da lei stessa assimilata alla freddezza empatica dell'analista. E il riconoscere che "qualche volta" la paziente prova piacere nel fare l'amore, è anche una richiesta a che l'analista si conceda, sia pur qualche volta, ad una vicinanza emozionale simile. E' una richiesta a smetterla con l'analisi, con la comprensione pensata, sia pur emozionalmente pensata, delle vicende della relazione analitica. Per accedere ad una vicinanza agita di reciprocità, del tutto assimilabile a quella dell'agito sessuale. Si tratta di una pretesa, evidentemente. La pretesa di poter avere l'analista invischiato entro una relazione di vicinanza ove si perda la funzione pensata e ci si lasci andare alla reciprocità del desiderio e dell'emozionalità agita. Un invito non all'azione sessuale, quanto all'interruzione del pensiero emozionato.

E' evidente, lo spero, che il resoconto non concerne caratteristiche personali, psicopatologiche o di personalità della paziente; e nemmeno caratteristiche mie. Ciò che si può capire da questo breve resoconto, se si guarda alla sua dimensione relazionale, è il motivo che ha portato la paziente a chiedere ed a vivere l'esperienza psicoterapeutica. Ma una comprensione dei problemi della paziente richiederebbe il ripercorrere la "storia" della sua terapia e delle connotazioni emozionali del suo rapporto con me. Si tratta di una paziente che non ha mai sperimentato una relazione simmetrica, ove l'uno non sia implicato entro fantasie di dominio e di controllo dell'altro. Di qui il suo sottomettersi all'adempimento psicoanalitico; ma al contempo la fantasia di controllare l'analista inducendolo ad una relazione ove venga negata la funzione del pensare le emozioni.

Posso elencare, a questo punto, le categorie relazionali che ho utilizzato nel resoconto:

- la *rabbia* evocata in me dalla sequenza del "qualche volta";
- il *lamentarsi* della paziente, quale modalità di strutturare la relazione con me. Qui la categoria va riferita all'albero delle neo-emozioni;
- la *reciprocità agita* entro la relazione sessuale; che differisce dalla *reciprocità pensata* che può reggere alcuni momenti della relazione terapeutica. Questo apre al tema della *collusione* e dei differenti modi di colludere entro la relazione terapeutica. Ma anche alla *distinzione tra agire senza pensare e pensare a ciò che si agisce*, che sta alla base del processo collusivo;
- l'*impotenza* a cui porta la relazione, quando ci si lamenta di qualcosa che non succede nella relazione, comunicando contemporaneamente che se la cosa succedesse sarebbe la catastrofe per la relazione stessa; quindi la componente *ambivalente* che sostanzia, sempre, la dimensione di impotenza entro la relazione.

Perché?

Ebbene, quando la paziente dice: "Non ho mai provato piacere nella relazione sessuale" sta manifestando, sul lettino dell'analisi, una sua fantasia; sta parlando di una sua fantasia che concerne sia la psicoterapia che il suo fare l'amore: fantasia che assimila l'analisi alla sua relazione sessuale. Fantasia ove l'altro non esiste, ove lei può stare chiusa entro un identificarsi

con le sue fantasie, al di fuori di ogni rapporto con il reale, quindi al di fuori di ogni relazione. Ove la relazione è la dimensione ineliminabile e necessaria per vivere un rapporto con la realtà. Sappiamo che, entro la teoria psicoanalitica, la realtà è assimilabile al vissuto simbolico emozionale tramite il quale si entra in rapporto con gli oggetti; quegli oggetti che, indipendentemente dalla loro natura "oggettiva", la simbolizzazione trasforma in interlocutori emozionali. Ma, entro la stessa teoria psicoanalitica, la realtà è anche il riscontro alle nostre fantasie, quale proviene dalla relazione con l'alterità. Per la paziente, il non provare piacere sessuale equivale all'affermare che *l'unico oggetto che lei simbolizza emozionalmente è se stessa*. La frase "qualche volta ho provato il piacere sessuale", quindi, significa riconoscere che no, qualche volta lei riesce a simbolizzare emozionalmente l'altro: è come se si aprisse un varco entro la chiusura strutturata con la simbolizzazione emozionale, esclusiva, di sé; il che equivale a dire che viene messa in discussione, sia pure per un momento, la convinzione emozionale che le proprie fantasie, quello che la paziente prova emozionalmente, coincida con la realtà; o, per meglio dire, è la realtà, senza alcun dubbio e senza alcun riscontro possibile.

Questa crepa, d'altro canto, sembra vincolata all'accettazione collusiva, da parte dell'analista, di vivere una reciprocità non pensata, quale è necessariamente la reciprocità che si vive nella "relazione sessuale", ove il termine *relazione* è in stretta connessione con un agito emozionale reciproco, senza pensiero su. E' un primo passo, se si vuole. Ma è un primo passo che chiede una partecipazione collusiva acritica del terapeuta, una sua rinuncia alla funzione del pensare entro la relazione. Quindi una sfida alla funzione del lavoro analitico stesso. Si tratta di quanto, in successivi approfondimenti di questo resoconto, ho proposto di chiamare *pretesa empatica inanalizzabile*: la pretesa, di pazienti provenienti da specifiche culture tra le quali, nella mia esperienza, è prevalente quella psicologica, di ottenere dall'analista una vicinanza emotiva, un calore, un affetto incondizionato e acritico, che spesso porta all'interruzione dell'analisi o della psicoterapia, quando si verifica l'irraggiungibilità della richiesta. Si tratta di una pretesa, appunto: di una richiesta che si ritiene giustificata dal proprio ruolo di "paziente", di persona in difficoltà, di persona carente d'affetto; una richiesta alla quale il terapeuta "deve" rispondere soddisfacentemente; una richiesta che, come nel caso del resoconto ora presentato, comporta la rinuncia ad ogni funzione di analisi della relazione. La paziente del resoconto è stata in grado di accettare la costruzione di senso della sua pretesa, ed ha continuato proficuamente la sua analisi; in altri casi, la stessa richiesta ha comportato l'abbandono dell'esperienza. Ma di questo parleremo più diffusamente nell'ultimo paragrafo di questo lavoro.

Rimane un interrogativo: il mio, sia pur breve, resoconto mantiene una sua componente narrativa, pur entro l'uso di categorie che fanno parte, ormai da tempo, del mio modo di costruire una teoria della relazione? Se si vuole, questo resoconto mantiene una struttura narrativa, anche entro le nuove categorie che la sua stesura ha consentito di elaborare? Questo interrogativo, evidentemente, non concerne l'uso privato di questo resoconto, ma l'uso pubblico che di esso sto facendo, per il fatto che il presente scritto intende affrontare ipotesi teoriche sul resoconto, da far leggere ad altri interessati al problema.

3 - Il resoconto che lo psicologo propone all'altro (cliente), nel corso della relazione di intervento

Si tratta del lavoro interpretativo; o meglio di quella proposta che, nell'analisi, l'analista fa al paziente sotto forma di "costruzione in analisi". Ma anche di tutti quei resoconti che accompagnano e sostanziano l'intervento psicosociale. Resoconti verbali, nel corso del lavoro; ma anche resoconti scritti, sotto forma di documenti di riflessione che lo psicologo clinico propone al cliente dell'intervento stesso, nel corso del lavoro d'intervento.

3.1. L'interpretazione

Come esempio di un atto di resocontazione interpretativa, si può pensare ad un paziente che (nel suo secondo anno di analisi) racconta, nel corso di una seduta, il seguente sogno: "Ero nella stanza dell'analisi, ma non sul lettino; eravamo seduti comodamente su un divano molto invitante, dove si poteva stare comodi (non che il divano che c'è qui, dall'altra parte della stanza rispetto al lettino, non sia comodo; ma in quello del sogno si poteva stare "stravaccati"). Io le dicevo che ero

molto contento della mia analisi. Poi lei si trasformava nelle sembianze di mio padre, e mi chiedeva se l'analista aveva ancora lo studio nello stesso stabile ove ha anche casa e dove vive. Rispondevo di sì. Allora mio padre, irridendo alla situazione, mi diceva di dire all'analista che era ora capisse che lo studio, per una questione di prestigio e di decenza, doveva essere in un luogo separato da quella dell'abitazione familiare”.

Va subito detto che il paziente esercita la professione di medico oculista, entro uno studio privato. Vanno anche aggiunte due cose: la prima è che il paziente è venuto in analisi per via di alcuni suoi agiti sessuali, entro la professione, con due donne sue pazienti. Ciò lo ha molto impaurito; si è rivolto a me perché gli avevano parlato del mio rigore nei confronti degli agiti che, a suo dire, contraddistingue sia la mia attività terapeutica che il mio insegnamento universitario. La seconda, ma ora la cosa sembra ovvia, è che il paziente ha il suo studio in un quartiere molto lontano dalla casa ove vive con la sua famiglia.

Il padre del paziente è una persona curiosa, caratterizzata da un grande affetto, perfino esagerato, per la famiglia: recentemente, ad esempio, ha fatto un viaggio in automobile da Catanzaro sino alla Val d'Aosta per portare del danaro ad un figlio (fratello del paziente) che era stato derubato del portafoglio durante una vacanza. Il paziente soggiunge che il padre avrebbe potuto benissimo mandare un vaglia, ma lui è fatto così: quando c'è bisogno di lui, si muove senza remore. Il padre, d'altro canto, è anche una persona che vive d'espediti, che fonda la sua attività sull'imbrogliare gli altri, sul rifilare loro patacche di tutti i tipi. Per questo ha avuto guai con la giustizia ed ha una serie di denunce pendenti sul suo capo.

Aggiungiamo, infine, che il paziente vive, come emozione caratterizzante il suo rapporto terapeutico, la *diffidenza* nei confronti dell'analista.

Ricorda, associativamente, che la sera del sogno coincideva con il giorno dopo quello di una seduta anticipata dall'analista, che doveva andare ad un convegno in un'altra città. Ma coincideva anche con il suo venir a sapere che il padre era in città (e non nel paese del Sud Italia, dove vive per lunghi periodi con la moglie) per via di una riunione in tribunale ove intendeva consumare un piccolo imbroglio ai danni di una struttura cittadina. Il paziente s'era vergognato del padre, venendo a sapere della cosa.

C'è anche da aggiungere che, recentemente, il paziente ha “scoperto” in libreria alcuni volumi scritti dall'analista, e li sta leggendo con grande passione ed interesse. Dice, più volte, che la lettura dei libri sembra sostituire la relazione analitica; impara più dalle letture che dalle sedute.

Il resoconto-interpretazione concerne il senso “relazionale” del sogno, ove viene posta una scissione reificata tra affetti familiari ed emozionalità implicata nella psicoanalisi. L'analista *deve* tener ben separata la sua emozionalità rivolta alla famiglia e l'emozionalità investita entro la relazione psicoterapeutica. Questo consente di non vivere gli agiti emozionali della relazione professionale come problemi per l'emozionalità familiare. Ciò che viene agito entro la professione non è un tradimento della propria fedeltà alla famiglia.

In questo senso la “rigidità” attribuita all'analista dal paziente, viene proposta criticamente nel sogno, tramite la trasformazione dell'analista nel padre del paziente stesso. Con l'analista, l'analisi va bene perché aiuta ad integrare le due emozionalità (o meglio la scissione emozionale che il paziente vive entro la sua professione); con il padre-analista imbroglione, l'analisi è molto criticabile, proprio perché motiva al superamento della scissione emozionale e viene ribadita la stupidità, il poco prestigio, la povertà sociale di chi integra le due emozionalità e si preclude, quindi, l'utilizzazione del lavoro medico quale luogo per agire quel potere sessuale del quale il medico stesso viene investito dalle pazienti, specie se carine ed attraenti.

Anche in questo caso, come spero si veda, il resoconto-interpretazione concerne la relazione, e non caratteristiche del mondo interno del paziente. E' certamente una interpretazione di transfert, ma non è solo questo. Si tratta di vedere come il sogno prefiguri una specifica ambivalenza nei confronti della relazione analitica. La diffidenza, che funge da leitmotiv dell'analisi, può essere intesa quale neo-emozione ove *viene chiesto all'amico (definitivamente amico) di dare una giustificazione del proprio essere amico. Vale a dire del suo non essere nemico*. Vediamo: il paziente viene in terapia per affrontare il problema, che sente impellente, del suo agire emozioni nella relazione professionale con le proprie pazienti. Quando chiede di fare analisi, dice anche che sente come problematico questo suo agito sessuale, soprattutto nei confronti della relazione con la moglie e con la figlia di cinque anni. Ha una domanda specifica in tal senso, e configura l'analista come amico proprio perché gli dà garanzie sul fatto che egli possa trovare nell'analista chi

testimonia, con la sua proposta teorica come anche con la sua esperienza pubblica, questo principio del non agire entro la relazione con le pazienti. L'analista è amico, perché è un testimone "vivente" di quello che il paziente vuol diventare. Ma è anche nemico, e per gli stessi motivi: l'intransigenza percepita nell'analista fa sentire ancora più problematico il suo agire entro la relazione professionale, e più volte viene in mente al paziente di sospettare sul fatto che l'intransigenza attribuita all'analista non sia poi così vera ed affidabile. Con il sogno, il paziente viene allo scoperto: è lo stesso amico analista che, in quanto padre disposto a sacrificarsi per la famiglia, lo invita a porsi criticamente nei confronti di questa integrazione della scissione emozionale. L'analista-integratore viene messo sotto accusa per questa stessa proposta integrativa, e gli si chiede di confutare l'ipotesi che tutto questo non sia altro che una cosa poco prestigiosa, "provinciale", propria di chi non sa vivere una vita piacevole e non è in grado di far fruttare il potere che la professione consente di usare. Si può anche dire che il paziente è venuto in terapia per avere un analista che lo sgridasse per le sue deviazioni agite e lo riconducesse sulla retta via; questa funzione di rimprovero, attribuita all'analista, è la stessa che trasforma l'amico in nemico. Ed allora l'analisi che "va bene" – vale a dire che porta come conseguenza l'interruzione degli agiti sessuali – è anche l'analisi che "va male" in quanto proibente e costringitiva nei confronti della *desiderata* ma *repressa* manifestazione agita del potere sessuale associato al ruolo medico.

La differenza tra il resoconto precedente e quest'ultimo, sta soprattutto nella *funzione comunicativa* che il secondo resoconto assume entro la relazione psicoterapeutica. Qui il resoconto che l'analista propone al paziente, a partire dal sogno, rappresenta una sintesi della situazione emozionale del rapporto terapeutico, quindi una sorta di invito a prendere in considerazione la scissione che caratterizza la relazione stessa e la natura della diffidenza che la caratterizza. Si tratta di evidenziare il *processo* che caratterizza la relazione, a partire da un evento episodico come il racconto di un sogno. L'efficacia del resoconto va verificata entro la relazione, sulla base delle risposte emozionali che il paziente porterà nel processo analitico e delle eventuali modificazioni della relazione stessa.

3.2. Il resoconto di un intervento: gli psicologi del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Portiamo un altro esempio: qui il resoconto concerne una attività di riflessione sul ruolo dello psicologo entro i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Attività che ho realizzato con alcuni psicologi che lavorano entro gli SPDC di Roma e del Lazio. La loro domanda nasce dall'esigenza di un confronto tra professionisti che non hanno rapporti tra loro, che sono incistati ciascuno entro il proprio Servizio, con funzioni le più diverse e più o meno gratificanti in base a quanto viene loro chiesto dal responsabile del Servizio stesso. Ciò che caratterizza la domanda, quindi, è l'esigenza di incontri tra loro; incontri possibili grazie all'incontrarsi anche con me; al contempo la speranza che si crei una sorta di coordinamento delle esperienze psicologiche entro gli SPDC, orientate ad una definizione del ruolo psicologico; coordinamento che nasca non dalle "concessioni" del responsabile, quanto dalla competenza e dalle aspirazioni degli stessi psicologi. Questa domanda è accompagnata da un lavoro organizzativo che si inverte in due convegni degli psicologi degli SPDC del Lazio prima, d'Italia poi. Nell'ambito di questo lavoro, organizzo alcuni incontri periodici con il gruppo degli psicologi, una quindicina in tutto, e propongo anche di analizzare la loro cultura locale, tramite dei focus group ove possano parlare e confrontarsi, quattro alla volta, sulla funzione psicologica nell'SPDC e su come viene rappresentato il Servizio all'interno del gruppo di discussione.

La ricerca e un resoconto sul lavoro svolto viene sintetizzato entro una relazione che ho letto al Convegno degli psicologi degli SPDC italiani, nel giugno 2007. Riporto il testo di questo resoconto-relazione.

Il pensiero psicologico nei modelli istituzionali, culturali e organizzativi

Un gruppo di psicologi che lavorano negli SPDC della Provincia di Roma ha chiesto, un paio d'anni fa, di confrontare con la mia cattedra la propria esperienza e di realizzare una riflessione sulle

bipolare. Seguono due parole dense interessanti: *curare* ed *incurabile*. Già; si vuol curare ciò che è definito come incurabile, quindi ci si prefigge un compito impossibile; paradosso in parte corretto dai verbi che seguono, *conoscere* ed *integrare*, che riportano all'obiettivo del reinserire il paziente grave entro il contesto sociale di appartenenza, evitando il *carcere*, superando il *delirio*, allontanandolo dalla *morte*. L'obiettivo di fronteggiare la malattia grave porta al privilegiare il tecnico di questo problema, lo psichiatra, e gli strumenti che lo psichiatra può utilizzare, vale a dire il farmaco, o meglio lo *psicofarmaco*. Si capisce allora come la seconda parola densa, in ordine di importanza, entro il cluster sia *medicina*, con le contraddizioni che la psichiatria vive entro la cultura ed il mondo medico.

In sintesi, questa prima componente culturale sembra sottolineare gli elementi fondanti dell'operare psichiatrico: la malattia mentale grave. Una volta entrati in questa ottica, viene sottolineata la profonda incertezza di chi ha a che fare con tale fenomenologia: da un lato la certezza della medicina e della cura; dall'altro l'incurabilità, la morte. Un compromesso tra le due facce del problema sembra essere il reinserimento del malato grave, vale a dire il suo "affidamento di ritorno" a quello stesso contesto entro il quale è avvenuta la crisi che ha motivato il ricovero. Senza che la prospettiva individualista, volta a definire la malattia grave, si proponga altro al di fuori della cura: ad esempio l'analisi delle cause che hanno portato alla crisi, la ricerca di quali connotazioni delle relazioni sociali abbiano facilitato le manifestazioni trasgressive del "malato", ma anche un attento esame del contesto entro il quale la crisi ha avuto corso.

Torniamo brevemente sulla nozione di "gravità" riferita alla malattia mentale.

Sempre più spesso si parla di malati gravi, di forme gravi che vengono affrontate e "curate" nelle varie strutture e servizi della Salute Mentale. Si sente sottolineare, anche, come alcune forme di psicoterapia siano più indicate di altre per le psicopatologie "gravi". Sarebbe utile, a nostro avviso, riflettere più approfonditamente sulla nozione di gravità, così com'è usata in medicina. Uno ed uno soltanto, è il criterio per definire la gravità in medicina: l'irreversibilità della forma patogena, quindi la scarsa probabilità di successo dell'intervento terapeutico entro la forma stessa; gravità, in medicina, fa riferimento soltanto all'esito della patologia *quoad vitam*. Si hanno malattie gravi, perché non si conosce ancora una terapia eziopatogenetica della forma stessa; si hanno malati clinicamente gravi, perché la malattia (pur curabile) interviene entro una situazione clinica altamente problematica, per la co-occorrenza di altre forme patogene, per le condizioni fisiche generali del malato, per l'età avanzata, per il calo delle difese nell'organismo ecc. Qual è il criterio di gravità, nelle cosiddette malattie psichiche? La nostra ipotesi è che la definizione di gravità ha a che fare con un atteggiamento di "preoccupazione": là dove c'è gravità, c'è anche necessità di una competenza elevata: quando la partita si fa dura, i duri scendono in campo. Ricordiamo come la nozione di "gravità" sia stato un cavallo di battaglia della stampa o dell'opinione espressa dai mass media, negli anni settanta ed ottanta del secolo scorso, contro gli psicologi. Nel senso di deplorare, in modo altamente preoccupato, che si affidassero pazienti "gravi" a persone con una preparazione almeno dubbia, e con la pretesa di esercitare una professione che spettava solo agli psichiatri da un lato, agli psicoanalisti dall'altro.

Pensiamo, di contro, che per definire la "gravità" si debba utilizzare un criterio che tenga conto delle potenzialità di sviluppo della persona portatrice del problema, nel suo contesto. Di fatto, sembra che i casi "gravi", nell'ambito della Salute Mentale, siano quelli nei quali l'unico intervento possibile concerne la psicofarmacologia, da un lato; il motivare, o a volte anche il forzare, l'accettazione del "malato" da parte delle strutture organizzative che con lui hanno rapporto: la famiglia, il quartiere, il condominio, il vicinato, alcune volte il luogo di lavoro o di studio, dall'altro. In altri termini, quei casi nei quali non si pensa sia possibile uno sviluppo autonomo dell'individuo nel sistema sociale entro cui è iscritto. Se questo criterio risponde a verità, allora si può vedere come sia falso il far corrispondere, pensiero implicito diffuso, *gravità* con *difficoltà* del caso. Se vale la nostra ipotesi, i casi "gravi" non sono certamente i più difficili: è più difficile intervenire per lo sviluppo della persona nel contesto, che per facilitare adattamenti provvisori e instabili di persone senza speranza di sviluppo, entro un contesto che si vuole accettante e capace di sopportare l'estraneo-malato. Ma, a ben guardare, anche i casi "gravi" possono e debbono essere oggetto di un intervento per lo sviluppo: si tratta dello *sviluppo del sistema simbolico emozionale che regge l'adattamento sociale dei malati stessi*. Se si guarda al passato, recente, della psichiatria e si considera la strategia colpevolizzante degli psichiatri che intendevano "imporre" il malato mentale ai più differenti sistemi sociali, in primo luogo alla famiglia, con il solo stigmatizzare la violenza del

loro rifiuto e della loro “delega” alla psichiatria, viene da sorridere per l’ingenuità ed al contempo la “violenza” di un tal tipo d’intervento. Da quando la colpevolizzazione è stata sostituita da un reale tentativo di creare sviluppo nei contesti di contenimento della malattia mentale, si sta toccando con mano la difficoltà di tale intervento e la necessità di una *teoria del legame sociale* per fondare l’efficacia dell’intervento stesso.

Tornando alla nostra analisi emozionale del testo, è interessante notare che questa prima componente culturale non faccia alcun riferimento alla psicologia, alla funzione psicologica, al ruolo dello psicologo. Sembra esprimere una sorta di estraneità della funzione che lo psicologo può rivestire entro l’SPDC, un sentimento di alienazione che può essere elaborato solo con l’identificazione dello psicologo allo psichiatra. Con le conseguenze disastrose, per l’identità professionale, che tale identificazione può comportare.

Il cluster 2 si contrappone al 4 e si può quindi prevedere una comparsa della funzione psicologica entro la cultura che il raggruppamento di parole dense indica. Le quattro parole dense che si riferiscono alla funzione psicologica sono: *cartella, valutazione, diagnosi e test*. Il verbo che regge la prestazione specifica degli psicologi è *proporre*. Proporre vale “lasciare davanti”. Davanti a chi? Al *medico*, naturalmente. Interessante che in questa funzione, associata nella sequenza delle parole dense alla funzione di *segreteria*, lo psicologo si senta *solo*, entro una cultura che vuole il *malato al centro* delle preoccupazioni e dell’interesse di chi opera nell’SPDC. Riemerge la vecchia diatriba che vuole lo psicologo, nella sua collaborazione con lo psichiatra, quale operatore capace di cercare e fornire dati *testistici* a chi deve poi fare diagnosi, ma soprattutto impostare la terapia del paziente. Sembra, nella componente culturale che stiamo esaminando, che la funzione psicologica sia per certi versi ancillare a quella dei medici: una funzione segretariale, volta a tenere in ordine le cartelle cliniche e ad applicare dei test. Una funzione che vede il malato al centro di ogni occupazione del reparto: privilegiando quindi quello specialismo psichiatrico che ha a che fare con il malato, visto nella dimensione individualista e “curabile” con i farmaci. Sembra che, in questa cultura, ogni altra funzione dello psicologo sia esclusa, o venga relegata entro aree che qui non appaiono.

Sul primo fattore, quindi, si ha una contrapposizione, nella rappresentazione dell’SPDC, tra una visione psichiatrica della malattia grave e una funzione marginale di diagnostica testistica dello psicologo. Sembra una sorta di rappresentazione *ancien régime*, propria della psichiatria anni cinquanta e sessanta, ove spesso si sentiva parlare della funzione testistica quale unico apporto possibile per gli psicologi entro l’Ospedale Psichiatrico. Questa credenza sembra davvero dura a morire, anche nella rappresentazione degli stessi psicologi.

Sul secondo fattore si contrappone il cluster 4 al cluster 3.

Del cluster 4 abbiamo già detto: è quello del malato mentale grave.

Il cluster 3 è molto interessante, in quanto rappresenta una reazione culturale eroica ed al contempo umana dello psicologo alla malattia mentale: si parla di *violenza* del malato mentale, che può arrivare a *picchiare* lo psicologo e fargli *male*, sino a mandarlo al *pronto soccorso*. Lo psicologo può opporsi alla *contenzione* e perseguire la politica della *porta aperta*, ma questo può anche avere conseguenze spiacevoli. Si parla della vita quotidiana del reparto, vissuta soltanto da *infermieri e psicologi*; una vita quotidiana fatta di *incazzature*, di scoppi violenti ove lo psicologo si trova a *correre* per il reparto, a *scappare*, a cercare aiuto negli *infermieri* più robusti ed addestrati a trattare con i malati violenti. Lo psicologo prova, a volte, *paura* di fronte alla *violenza* e può così capire la risposta di paura dei familiari o delle persone che convivono con chi, nell’ambito di una crisi psicotica, può minacciare e far male a chi lo avvicina. Ma anche la paura che incute la diversità, quale comportamento non prevedibile e non comprensibile entro quelle linee d’orientamento culturale che usualmente consentono la socializzazione. Emerge, quindi, uno spaccato della vita di reparto, fatta di politica della porta aperta ma anche di minacce e di paure. Sembra che, qui, si voglia sottolineare la difficoltà che lo psicologo incontra nell’intervenire psicologicamente entro una situazione di relazione ove la *violenza*, la *minaccia* e l’attacco fisico sono sempre in agguato, ove il pericolo di subire una aggressione è sempre possibile e poco prevedibile. Ove, in altri termini, la diversità e l’alienazione impediscono quel rapporto di

dipendenza che fonda, in tanti altri campi, l'intervento professionale dello psicologo. Il setting, nell'SPDC, non è *dato* ma va costruito attraverso la relazione e l'impostazione corretta della relazione stessa. Il setting, a ben vedere, non è mai dato; ma nell'SPDC questo appare particolarmente evidente ed inquietante.

Sul terzo fattore il cluster 3, quello della violenza e del male, si contrappone al cluster 1, del quale ora parleremo.

Il cluster 1 parla, come prima parola densa, di *progetto*: dal latino *pro* e *iacio* vale gettare avanti, far avanzare. Il progetto misura chi parla col futuro, con una scommessa sul futuro. Non con il passato o con un presente chiuso in se stesso. Nel cluster si parla anche del passato: *perdita, crisi, ricovero*. Si vedono le problematiche *umane* che hanno provocato la crisi, se ne vedono gli agganci con il *territorio*. Si ripercorrono le traversie del ricoverato, che hanno a che fare con il contesto di convivenza ed in particolare con la *famiglia*. Si sottolinea l'importanza, nell'atto del ricovero, della fase di *accettazione* ove è possibile organizzare un progetto che può orientare la *psicoterapia*.

E' importante sottolineare come, nel cluster, non compaiano termini medicalizzati, quanto eventi od emozioni che hanno senso solo se analizzati entro modelli di riferimento psicologico clinici. Il luogo della crisi è, certamente, quello familiare, ma anche quello del territorio di provenienza di chi è stato ricoverato. L'evento critico sembra collegabile ad una perdita, perdita di affetti, di sicurezza, di legami rassicuranti, di protezione o di assicurazione. La perdita comporta sempre un legame, una relazione; è all'interno di una relazione di possesso che si perde, che si vive la crisi associata al perdere. E' l'accettazione, nel duplice senso di luogo che dà inizio al ricovero e di atteggiamento accettante, che è possibile trasformare la perdita in speranza, quindi in progetto. Ed è interessante che la parola densa *psicoterapia* si trovi proprio in questo cluster, ove non si parla di malato, di gravità, di violenza, di diagnosi, di cura e di farmaci; ove non si parla di psichiatria o di medicina.

Come si vede, si tratta di una cultura locale (quella emersa dall'Analisi Emozionale del Testo dei focus group) complessa e molto differenziata.

Sul primo fattore si contrappone la funzione diagnostica, ma sarebbe meglio dire testistica, dello psicologo alla funzione psichiatrica totalmente centrata sul malato mentale grave e sulla sua cura/incurabilità.

Sul secondo fattore si contrappone la funzione psichiatrica ufficiale alla vita del reparto, fatta di paura per le minacce nei confronti degli psicologi e degli infermieri; di botte prese, di contenzione quale rimedio alla politica della porta aperta, che urta contro lo scoglio delle rabbie e degli scoppi violenti d'ira, imprevisi ed imprevedibili, da parte dei ricoverati.

Sul terzo fattore compare il progetto di psicoterapia, orientato non dalla diagnosi ma dalla conoscenza degli eventi che hanno portato alla crisi ed al ricovero, dall'accoglienza e dalla comprensione.

La funzione psicologica si delinea, sia pur per brevi tratti, sul terzo fattore, ed è strettamente collegata alla psicoterapia. E' una funzione che contraddice le attese stereotipali di uno psicologo appiattito sull'imitazione dello psichiatra, di uno psicologo esperto di test e di psicodiagnosi ancillare al medico, di uno psicologo impaurito dalla violenza della malattia mentale.

La funzione psicologica, sembra dire il cluster 1, si dispiega pienamente solo se *si differenzia* chiaramente, sia sul piano dei modelli adottati per leggere ed analizzare la realtà dell'SPDC che sul piano della metodologia d'intervento, da altri modelli, in primis quello che regge la prassi psichiatrica.

Proviamo ora a passare dalla cultura locale degli psicologi partecipanti all'indagine, ad alcune ipotesi sulla funzione professionale che gli psicologi possono rivestire nell'ambito dell'SPDC.

Servizio, ricordiamolo, che è preposto a fronteggiare le crisi di convivenza con il ricovero di chi è ritenuto il responsabile della crisi stessa, quindi del malato mentale.

Si parla usualmente di crisi, quale situazione che motiva al ricovero della patologia psichiatrica entro il Servizio in analisi. Perché crisi? Vorrei soffermarmi su questo termine e sulla fenomenologia ad esso sottesa.

Crisi, nome d'azione che deriva dal latino "crisis", a sua volta dal greco "crinò" (io giudico). Vale scelta, decisione, poi momento culminante di una malattia.

Crisi, quindi, come decisione, come comunicazione comportamentale di una scelta, entro una relazione.

Che si tratti di un evento che ha a che fare con una relazione, viene dalla stessa *ratio* della legge 180: adattare i malati mentali al proprio contesto di convivenza. *La crisi, quindi, è intesa quale momento di problematico adattamento al contesto.* Che significa? Significa che il contesto non sopporta, non accetta uno specifico comportamento di un singolo, entro quel contesto relazionale, perché segno di violazione delle regole del gioco della convivenza. La crisi, quindi, ha a che fare con le regole della convivenza e con le attese di rispetto delle regole stesse.

Potremmo dilungarci sul problema della violazione delle regole del gioco. E sul modello individualista che regge la lettura di questo fenomeno. Un modello individualista che prevede, in stretta relazione con i modelli giuridici, come la violazione delle regole del gioco abbia quale responsabile un singolo individuo, o singoli individui. Con i singoli individui si è in qualche modo tranquillizzati: il singolo lo si può individuare (verbo che ha a che fare con l'individuo, appunto!), se ne può valutare la responsabilità, si può decidere se la violazione commessa sia fatta involontariamente, preterintenzionalmente, oppure con intenzione, od ancora sia riferibile a stati di incapacità di intendere e di volere. Ecco il crinale che separa, sia pur con qualche difficoltà epistemologica, la responsabilità giuridica dall'irresponsabilità della malattia mentale.

Alla base della crisi, d'altro canto, non c'è un singolo individuo: sia esso deviante o malato. *Alla base della crisi c'è il fallimento di un sistema collusivo che presiede alla convivenza.*

Senza questo fallimento della collusione non si dà atto delinquenziale, così come non si dà malattia mentale.

La diagnosi, la definizione del singolo o delle sue azioni vengono *dopo*, e sono una conseguenza diretta della crisi. Possono essere invocate, anche, come causa della crisi: "quella persona ha fatto tutto questo perché...". Ma non sono in stretta relazione con la crisi. Se questa relazione stretta fosse possibile, sarebbe anche fattibile una previsione della crisi, quindi una sua reale ed efficace prevenzione. Ma non è possibile, almeno entro certi limiti, una prevedibilità della crisi. Perché la crisi non è un evento individuale, bensì un *evento sociale*, concernente la relazione tra persone entro un contesto.

Interessante notare che né la giurisprudenza né la psichiatria hanno modelli operativi in grado di fare ipotesi e di leggere l'evento relazionale. La ricostruzione della crisi, quindi, avviene sempre "post hoc, ergo propter hoc".

Interessante come la psichiatria tratti la crisi quale evento a carico del singolo individuo, vale a dire del malato mentale. L'SPDC è lo specchio di questa *vision* dell'evento crisi. Il ricovero è a carico del protagonista della crisi, mentre i vari deuteragonisti vengono coinvolti soltanto quali "alleati", per default, del medico che tratta il malato. Quando ci si chiede "il motivo" della crisi, lo si fa soltanto per cogliere i contorni della risposta critica, per delinearne i motivi scatenanti, così come in ipotesi sono apparsi entro il vissuto del protagonista.

Perché? Il motivo risiede nel fatto che la psichiatria, come la giurisprudenza, non ha modelli per leggere e comprendere gli eventi concernenti la relazione. Con questo rilievo non intendo criticare la psichiatria, che utilizza modelli e categorie molto utili nel fronteggiare la crisi psicotica, nel sedare il malato mentale, nel rendere possibile il suo reinserimento entro il contesto. Quanto sto sottolineando è che questa visione della malattia mentale è parziale, anche se efficace. Che guarda ad un solo aspetto del fenomeno, e ne trascura necessariamente altri, a mio modo di vedere molto importanti proprio entro l'intervento sulla crisi.

Pensiamo ad esempio alla famiglia, al sistema familiare quale dimensione di rapporti. Pensiamo al vicinato, alle vicende che concernono i vicini di casa. Nei due casi siamo confrontati con dimensioni sociali che *non hanno obiettivi produttivi*, nel senso trasformativo che viene dato usualmente alla nozione di produzione. Quale è la differenza tra dimensioni produttive da un lato, situazioni sociali non produttive dall'altro?

Utilizziamo una nozione della psicologia clinica, al proposito. Nelle dimensioni relazionali produttive, le relazioni sono emozionalmente orientate verso una "cosa terza", il prodotto inteso come dimensione trasformativa di un aspetto della realtà che non concerne la relazione stessa, che è *esterno* alla relazione produttiva. Se, ad esempio, cinque architetti di uno "studio associato" discutono su come realizzare il progetto di una villa in montagna, per un committente che vorrebbe

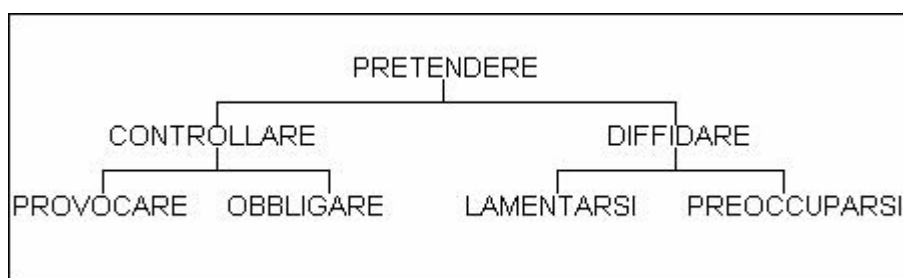
una soluzione creativa ed insolita, la relazione tra i cinque architetti ha come obiettivo la progettazione della casa in montagna, in linea con la committenza ricevuta ed accettata. Certo, nel gruppo degli architetti potranno esserci divergenze d'opinione, anche conflitti, alleanze di alcuni in opposizione ad altri, ripensamenti; ma la relazione avrà sempre ed univocamente quale oggetto il progetto della casa. Se si passa dall'attenzione al progetto, ad una attenzione rivolta ai singoli; se il conflitto riguarda non il progetto ma la relazione tra i singoli architetti, *la funzione produttiva del gruppo di lavoro rischierà il fallimento*. Se uno dei cinque architetti arriverà a dire, con la forza della colpevolizzazione: "Voi quattro, siete sempre d'accordo nel rifiutare ogni mia proposta!", quel gruppo dovrà impegnarsi molto, con grande dispendio di energie, nel risolvere i problemi collegabili ai vissuti interni, e potrà dedicare solo le poche rimanenti risorse alla realizzazione del progetto. Le simbolizzazioni emozionali che organizzano il lavoro di gruppo debbono essere funzionali al progetto, pena la disfunzionalità della relazione. Quando i gruppi di lavoro sono più attenti alle simbolizzazioni con cui i diversi membri vivono la relazione, perdendo di vista l'oggetto "terzo" del loro lavoro, i problemi si fanno pesanti. Diciamo che, nei gruppi di lavoro ben rodati, lo *stare sulla cosa terza* è una funzione ben presidiata ed usualmente consente buone riuscite del gruppo stesso.

Questo significa che le simbolizzazioni emozionali con le quali i differenti membri del gruppo di lavoro rappresentano se stessi ed i compagni di gruppo, sono sempre orientate alla specifica funzione per la quale si sta assieme. I ruoli possono, anzi debbono essere differenziati; ma ciò comporta anche che tutti, in funzione del proprio ruolo e della propria competenza, contribuiscano alla riuscita del progetto, alla realizzazione della cosa terza.

Mi sono dilungato su questo aspetto dei gruppi di lavoro per due motivi.

Il primo motivo concerne una descrizione delle relazioni che si realizzano quando il sistema delle relazioni è "fine a se stesso", vale a dire non c'è una cosa terza da realizzare. E' il caso, come s'è detto, dei sistemi familiari o dei gruppi di vicinato, che sono anche i luoghi ove più spesso si verifica la crisi psichiatrica. La mancanza di una cosa terza, vale a dire l'assenza di un obiettivo di trasformazione esterno alle relazioni, comporta nei sistemi familistici un orientamento delle relazioni in senso totalmente autoriferito. Di qui la difficoltà di scambiare, e la centratura quasi totale delle relazioni attorno al tema del possesso.

Ricordo l'albero delle neo-emozioni: modi con i quali si esprime la propensione a possedere l'altro nella relazione.



Possedere l'altro significa *pretendere* da lui, in nome del ruolo che si riveste nella relazione (mi devi amare, sono tua madre); significa *controllare* l'altro, vale a dire chiedere all'amico di dimostrare che è veramente amico, invitandolo ad operare per una verifica impossibile; significa *diffidare*, vale a dire vivere in una perenne situazione di allarme per un pericolo imminente, ove l'altro è vissuto come oggetto del proprio delirio; significa *provocare*, vale a dire imporre la propria personale e spesso segreta regola del gioco, al posto delle regole del gioco condivise; significa *obbligare*, vale a dire ricattare l'altro con l'esplicitazione dei propri obblighi sempre assolti, con il proporsi quale vittima che obbliga, appunto, in nome del proprio sacrificio; significa *lamentarsi*, vale a dire chiamare in causa un terzo al fine di ripristinare quella relazione fantasmatica che si sente in pericolo, con la persona della quale ci si sta lamentando con il terzo stesso; significa *preoccuparsi*, chiamare in causa ancora una terza persona perché intervenga su chi non ottempera più alle aspettative di chi si lamenta. Pensiamo a quale gioco pesante di pressioni emozionali è sottoposto

chi vive, esclusivamente e quotidianamente, una relazione attraversata da tutte queste dinamiche neo-emozionali. Dinamiche, lo ripetiamo, che attraversano sia la vita familiare che quella del vicinato, tutte quelle situazioni di rapporto che non sono caratterizzate dalla produzione di una trasformazione di aspetti della realtà; trasformazione fondata su una specifica committenza e su un preciso processo organizzativo, strutturalmente definito per ruoli e funzioni. Dove manca la definizione dei ruoli e delle funzioni, ciascuno può essere investito di ruoli i più diversi, e può assumere, di sua iniziativa, ancora ruoli diversi. Questa incertezza di ruoli può esercitare pressioni emozionali molto intense, ai limiti della sopportabilità; pensiamo ad una madre che pretende affetto dal figlio e che lo costringe, paradossalmente, ad esprimere *emozioni d'amore doverose*. Pensiamo ad una famiglia che si sente oggetto di controllo da parte degli altri del vicinato, per via della preoccupazione che un'altra famiglia dello stesso condominio nutre nei suoi confronti (uno dei loro figli è omosessuale? Come si guadagna da vivere quella ragazza secondogenita così carina, che s'accompagna a ragazzi sempre differenti? E così via). Pensiamo alla continua fluttuazione tra funzione amica e funzione nemica a cui si viene sottoposti, se si è oggetto di diffidenza e di controllo entro le proprie relazioni sociali. Potremmo continuare a lungo.

E' all'interno di queste dimensioni emozionali agite che si realizza, nella stragrande maggioranza dei casi, la crisi psichiatrica. Crisi che è molto più rara entro i sistemi sociali fondati sullo scambio. Di qui la rilevanza di quei modelli psicologici che consentono un'analisi del sistema di relazioni entro il quale la crisi avviene.

Un secondo motivo dell'interesse per la differenza tra sistemi sociali orientati alla produzione di una cosa terza e sistemi autoriferiti è dato dalla considerazione dell'SPDC come sistema organizzativo. Ecco un criterio per analizzare l'SPDC. Prevalgono, nella relazione tra operatori e ricoverati, tra operatori e familiari, orientamenti alla produzione, quindi attenzioni alla cosa terza; oppure si tratta di sistemi organizzativi autoriferiti, ove l'attenzione è rivolta alle simbolizzazioni emozionali con le quali ciascuno vive l'altro, in funzione delle fantasie che l'altro evoca? Ci sembra, questo, un interrogativo importante per quel lavoro di manutenzione dell'organizzazione che è sempre rilevante ma che assume particolare importanza entro organizzazioni "critiche", perché sottoposte a forti pressioni emozionali nel loro funzionamento.

Abbiamo così individuato due aree di possibile intervento dello psicologo entro l'SPDC: l'area della crisi e quella del funzionamento organizzativo del Servizio. Due aree che richiedono modelli specifici per analizzare la relazione, e che prevedono modelli metodologici propri, atti ad intervenire entro il sistema relazionale.

Sappiamo che l'intervento psicologico clinico, se attento alla relazione, ha quale fondamento metodologico quello di *sospendere l'azione produttiva* (o l'agito all'interno del sistema emozionale), al fine di promuovere un *pensare emozioni*, quindi una consapevolezza, sia pur approssimativa ma pur sempre efficace, delle emozioni agite. Sappiamo anche che il "gruppo", nelle sue pur varie ed eclettiche accezioni ne ha una per noi rilevante: il gruppo quale insieme di persone che solitamente vivono un'esperienza relazionale (una famiglia, un insieme di vicini di casa, la componente di un'organizzazione, la riunione di un'intera organizzazione, se le dimensioni numeriche lo consentono) e che vengono riunite entro un setting che prevede la sospensione dell'agito o dell'azione produttiva, per riflettere sulle relazioni che caratterizzano le persone stesse. Gruppo, quindi, quale contesto in cui sia facilitato il pensare emozioni. Quelle emozioni che, solitamente, caratterizzano l'agito del sistema di persone riunito o l'organizzazione entro la quale le persone operano. In questo senso si può fare "gruppo" con l'insieme dei familiari e dei vicini che costituiscono il luogo sociale della crisi per cui una persona è stata ricoverata nell'SPDC. Gruppo, in questo caso, volto a ricostruire le possibili dinamiche emozionali che hanno portato alla crisi. Questa ricostruzione è importante per due motivi: per orientare un progetto di intervento per la persona ricoverata; per porre le basi di un intervento di reinserimento e di prevenzione di altre possibili crisi. Gruppo degli operatori di un SPDC: volto a far manutenzione delle dinamiche emozionali che reggono il funzionamento del Servizio. Volto quindi ad analizzare le risposte emozionali evocate, nei differenti operatori, dalla relazione con i degenti o con i familiari; a coglierne il senso e ad orientarne il valore terapeutico. Ricordiamo infatti che, entro un contesto come l'SPDC, ogni atto di ciascun operatore può assumere una valenza reattiva o terapeutica nei confronti non solo dei singoli degenti ma dell'intero sistema.

C'è poi una funzione dello psicologo che possiamo chiamare di rilevazione ed analisi degli *eventi critici*. Per evento critico intendiamo un evento organizzativo (il comportamento di una singola

persona o di un gruppo; il determinarsi di relazioni non usuali od inattese; lo scatenarsi di conflitti; il presentarsi di modalità contingenti del funzionamento organizzativo, diverse da quelle previste) che ha il potere di rivelare, di mettere in evidenza quella fenomenologia emozionale collusiva che caratterizza, entro uno specifico momento storico, quell'organizzazione. L'evento critico, quindi, ha un'elevata capacità *rivelatrice* di processi e dinamiche caratterizzanti l'organizzazione. L'attenzione agli eventi critici e la capacità di leggerne il senso, è una parte fondamentale della competenza organizzativa. L'evento critico, nell'ottica da noi seguita, rappresenta il manifestarsi organizzativo di un *fallimento della collusione*.

Un esempio di evento critico?

Chiediamoci in che cosa differisce un SPDC dal vecchio ospedale psichiatrico?

Il **tempo** sembra l'elemento differenziale più importante: nell'O.P. la degenza di un malato mentale poteva durare all'infinito, quindi la funzione dell'O.P. si evidenziava chiaramente quale custodialismo che "eliminava" il malato mentale dal sistema di convivenza (entro il quale avviene il fallimento della collusione di convivenza che poi si tradurrà nella diagnosi di malattia mentale). Nell'SPDC, di contro, la legge ha voluto un *limite di tempo* per la degenza; limite molto ristretto, se si pensa agli anni quale metro di durata del permanere nell'O.P. del malato mentale.

Ed è interessante che la più evidente violazione di ciò che è prescritto all'SPDC riguardi proprio il tempo: ci sono malati, negli SPDC, che vengono ricoverati per anni. Una sorta di scheletro nell'armadio, che appare quale esito della collusione tra politici e psichiatri: i politici che impongono la degenza prolungata, protratta per molti anni, a sconfermare l'atto politico della cancellazione dell'O.P.; gli psichiatri che l'accettano passivamente (?), quale volere dei politici; ma che in questa accettazione esplicitano anche la loro convinzione sull'irreversibilità della malattia mentale, ma soprattutto sulla genesi "sociale" e "familiare" della malattia mentale stessa: ci sono casi ove, grazie all'appoggio del politico di turno, una famiglia riesce ad allontanare da sé il membro "malato", vale a dire quel membro della famiglia che impaurisce, minaccia, assilla, rende impossibile la convivenza entro la famiglia, il contesto di appartenenza, il vicinato, il quartiere. Queste degenze prolungate sono, nell'ottica qui proposta, un evento critico. Mostrano con la loro stessa presenza il fallimento della collusione che regge la stessa esistenza dell'SPDC. Rappresentano una sorta di *memento mori* per tutti i ricoverati, ricordando a ciascuno la falsità della pretesa reversibilità della crisi, il rifiuto del reinserimento da parte del sistema familiare e sociale, la violenza irrefrenabile della malattia e l'impotenza di chi è preposto alla sua cura.

Eventi critici possono essere i conflitti tra medici, o tra medici ed infermieri; un evento critico può essere l'utilizzazione che il Servizio propone della figura dello psicologo; ancora, eventi critici possono essere dati dal comportamento di un ricoverato, dalla relazione conflittuale tra Servizio e familiari di un degente. Parliamo di conflitto, perché l'assetto relazionale che fonda l'organizzazione produttiva, quindi l'attenzione alla cosa terza, è l'assunzione dell'altro quale amico, quindi quale alleato nel processo di trasformazione che si intende realizzare. Ogni conflitto rappresenta il fallimento del processo collusivo che assume l'altro quale amico entro lo sforzo produttivo comune. In tal senso, è evento critico la mutazione del sistema produttivo in sistema familista. Rischio che sembra ben presente entro ogni SPDC. Ebbene, una importante funzione dello psicologo è quella di cogliere i sintomi dell'evento critico e di individuare le modalità più funzionali ad una sua analisi, al fine di facilitare la comprensione delle difficoltà organizzative che l'evento critico segnala.

Come si vede, la funzione dello psicologo può essere importante, difficile certamente, ma altamente funzionale all'efficienza ed all'efficacia del Servizio. Si tratta di funzioni che concernono la crisi, il funzionamento dell'SPDC e l'analisi degli eventi critici. Sono necessarie due condizioni a che la funzione psicologica sia espletata: una formazione degli psicologi orientata a fondare quella competenza necessaria a trattare i temi ora enunciati; la valorizzazione, da parte di chi ha la responsabilità del Servizio, di questa competenza. Ciò significa costruire il senso del ruolo psicologico entro l'SPDC: un senso che non è *dato*, come sempre succede per la competenza psicologica, ma che va costruito con il paziente lavoro di anni, con l'aggiornamento professionale, con il coordinamento della professione, con l'assunzione di un'identità solida, che consenta di smettere con le identità *per appoggio* a chi utilizza il modello medico entro le strutture sanitarie della salute mentale, per rivendicare una propria autonomia professionale. Solo così si potrà perseguire l'integrazione: per integrare realtà diverse, è importante che la diversità venga accettata e ribadita con forza; quando le diversità sfumano, sino a confondersi in processi di ambigua

ibridazione, all'integrazione si sostituisce un movimento di mortificante subordinazione, inutile per le professioni implicate ma, ed è ciò che più conta, inutile per i degenti dell'SPDC, per la funzione della struttura, per le attese che il contesto ha nei confronti della struttura stessa.

Questo resoconto è stato utilizzato dal gruppo degli psicologi committenti quale base per una discussione sul ruolo psicologico nell'SPDC, quale spunto per un documento nazionale volto a definire e difendere il ruolo stesso, quale organizzatore del confronto tra esperienze nel prosieguo del loro lavoro con la cattedra di Psicologia Clinica.

4 – Il resoconto alla comunità scientifica

Una terza area del resoconto concerne la comunicazione, alla comunità scientifica, di eventi e riflessioni sugli eventi.

Mi dilungherò in un esempio che ritengo importante per più ragioni.

Inizio con un rilievo che deriva dall'esperienza di analista che, alcune volte, ha avuto come pazienti persone che lavorano nel campo psicologico o psichiatrico. Mi soffermerò in particolare sui problemi psicoanalitici posti da pazienti "psicologi". Dico subito: ciò che caratterizza tale tipo di pazienti è, nella mia esperienza, la consuetudine a considerare, acriticamente, le proprie emozioni *come se fossero* la realtà.

Ciò avviene, in particolare, quando le fantasie emozionate concernono l'analista e le sue dimensioni vissute come "negative": la sua freddezza, i suoi errori nell'interpretazione o nella costruzione, la non credibilità delle sue ipotesi; così come supposte trasgressioni al setting, sensazione che non stia attento a quanto viene detto nella seduta, certezza che si sia addormentato, durezza nelle risposte ecc.. Frasi del tipo: "Non mi sento capito (o capita) da lei", o "Non la sento emozionalmente vicino, "empatico" possono essere frequenti e, come vedremo, altamente problematiche. Sappiamo che il lavoro analitico comporta un duplice modo di stare nella relazione, sia per il paziente che per l'analista: da un lato si vivono emozioni, si è presi dalle simbolizzazioni emozionali che la relazione comporta; dall'altro ci si prova in un pensare emozionato sulle emozioni. Quest'ultima componente è quella che differenzia l'esperienza psicoanalitica da molti altri momenti della vita, ove le emozioni derivanti dalle simbolizzazioni affettive degli oggetti, presenti nella realtà, vengono agite e non pensate. Sottolineiamo che questo pensare le emozioni non è esclusivo della relazione psicoanalitica, ma è importante che caratterizzi l'esperienza stessa. Da questo punto di vista, possiamo differenziare quelle relazioni analitiche ove il pensare emozioni è possibile da quelle dove, per i motivi più diversi, questa funzione di pensare emozioni non è possibile. Se quest'ultima evenienza si inverte nell'analisi, l'analisi stessa rischia di trasformarsi in un agito collusivo reciproco tra analista e paziente, che porta inesorabilmente ad una situazione di stallo e successivamente ad un fallimento della collusione psicoterapeutica. Di qui l'importanza, per l'analista, di non colludere con le "provocazioni" agite del paziente e di saper aspettare. La mancata collusione può, a volte, aiutare il paziente ad interrogarsi sull'inefficacia delle sue provocazioni, di solito capaci di cavar fuori risposte collusive dagli interlocutori delle sue relazioni. Ci si può interrogare sul senso di questa equiparazione delle proprie fantasie emozionali alla realtà. Equiparazione che impedisce ogni confronto tra le proprie emozioni e l'altro, l'interlocutore connotato emozionalmente. Si pensi, ad esempio, ad un paziente che rimprovera lo psicoterapista di essere troppo rigido con lui: esige che il paziente si stenda sul lettino, si siede rigorosamente dietro il lettino stesso; perché, qualche volta, non ci si siede sulle poltrone che pur sono presenti nella stanza, ci si guarda in faccia, si parla del più e del meno? In tal modo l'analista potrebbe anche raccontare di sé, della propria vita, dei propri problemi (ne avrà pure qualcuno!) e la relazione diverrebbe molto più amichevole e simmetrica. Prima di "interpretare" il senso di questa fantasia, è importante capire se, chi la propone, è disponibile ad una comprensione di quanto ha comunicato con la fantasia stessa. Spesso questo è fattibile: può essere il paziente stesso a chiedersi, sorridendo, cosa mai vorrà dire questa pretesa che sia l'analista a parlare di sé ed il paziente ad ascoltarlo, interessato. Altre volte, questa fantasia viene presentata come esigenza cogente e legittima, sino al punto da far apparire l'assetto analitico (il paziente sul lettino, l'analista seduto dietro) come non più accettabile, simbolo di un potere insopportabile che l'analista si attribuisce, senza capire le esigenze più che

comprensibili del paziente. Si pensi ad un paziente che durante una cena con amici ha sentito, da parte di qualcuno che conosce personalmente l'analista, alcune critiche nei suoi confronti, e chiede insistentemente che l'analista si discolpi, si giustifichi e tranquillizzi il paziente la cui fiducia nell'analista è venuta meno. Alla richiesta si aggiunge la minaccia di interrompere la psicoterapia, se questa giustificazione non arriva o non appare credibile dal paziente. Sappiamo da Strachey (1934) che la non conoscenza dell'analista è una condizione importante affinché le fantasie del paziente sull'analista non siano ancorate a dimensioni esplicite di realtà. Ma è impossibile, nell'attuale situazione del lavoro analitico ed in particolare dell'analisi con psicologi, che un analista non sia "conosciuto" dal paziente. Di qui la possibile e continua attivazione di fantasie, sollecitate da molteplici elementi di realtà. Il problema, d'altro canto, non è quello che il paziente non abbia sollecitazione a produrre fantasie sull'analista. E' piuttosto quello di vedere se tali fantasie sono pensabili o meno. E' questo il problema che ho più volte riscontrato nel lavoro analitico con psicologi: il loro pretendere che le fantasie sull'analista, come quelle su altri aspetti della loro vita, siano "vere", siano interscambiabili con la realtà; e questo, indipendentemente da ogni riscontro con il feed back che la realtà stessa può dare.

Che rapporto c'è tra lo scambiare una fantasia con la realtà e l'essere psicologi³?

Vorrei iniziare con un'osservazione di Freud (1937), a proposito della "reazione terapeutica negativa": "Quando l'analisi è sottoposta alla pressione di potenti fattori che provocano inevitabilmente una reazione terapeutica negativa, e tali sono il senso di colpa, il bisogno masochistico di soffrire e la *ribellione all'aiuto che può essere recato dall'analista*⁴, il comportamento del paziente [...]" (p.548).

Torneremo più avanti sulla reazione terapeutica negativa; per ora sembra importante considerare la ribellione all'aiuto dell'analista: perché dovrebbe esserci una ribellione a questo aiuto? L'interrogativo è particolarmente utile, se si tiene conto che lo stesso paziente ha chiesto quell'aiuto; che esplicitamente lo ha cercato ed ha affermato di desiderarlo, nonostante il "costo" che, ricevere quell'aiuto, comporta. Credo sia importante considerare la rappresentazione che gli psicologi-pazienti propongono, con il rifiuto in questione, del "paziente" che impersonano attualmente, da un lato, che pensano avranno o già hanno professionalmente, dall'altro. E' evidente la semplificazione di questa rappresentazione del paziente: si tratta di una persona che pretende (amore, calore, vicinanza affettiva) dalla persona che "paga" per questo; e basta. Di qui l'inalizzabilità di una pretesa che ha alcune caratteristiche alle quali si può guardare ironicamente:

a – è una *pretesa paradossale*: non si può ottenere calore ed affetto, pretendendolo. Senza, quindi, una reciprocità; anzi, istituendo una reciprocità negativa, per così dire: tu mi "devi" dare calore ed affetto, quindi mi aspetto che tu assuma un atteggiamento di vicinanza affettiva "univoca", sotto la minaccia della mia rappresaglia se questo non avverrà.

b – è una *pretesa impossibile*: si pretende infatti, come già abbiamo sottolineato, di istituire una relazione terapeutica fondata sull'agito emozionale; un agito che non prevede, ed esclude categoricamente, ogni pensiero sull'emozione che si richiede sostanzialmente la relazione terapeutica. In questo senso la pretesa di essere amati calorosamente, quale unico contenuto del lavoro e della relazione terapeutica, comporta inevitabilmente l'interruzione della terapia (se correttamente intesa).

c – è una *pretesa semplificante*: se si segue la falsariga della pretesa, infatti, si può cogliere molto bene quale sia la rappresentazione agita della psicoterapia in questi casi: esercitare la psicoterapia consiste nel "voler bene ed essere emozionalmente vicini, calorosamente" al paziente; senza complicazioni teoriche, senza difficoltà tecniche, senza problemi di apprendimento, di pratica professionale, di riflessione sulla propria esperienza: nulla di tutto questo, basta saper voler bene,

³ Con questo non si sta sostenendo che "solo" gli psicologi scambiano le loro fantasie per la realtà. Vorremmo invece proporre come questo problema di scambio, presente in alcuni pazienti, sia particolarmente frequente nel caso degli psicologi ed assuma nella psicoterapia degli stessi una gravità problematica particolare.

⁴ Il corsivo è mio.

calorosamente. Anche il ruolo del paziente viene così semplificato: nessuna analisi del problema, della domanda, della relazione, o se si vuole della psicopatologia; il paziente è una persona che pretende di essere benvoluto, di ricevere calore; a pagamento, *per incidens*.

E' quest'ultima connotazione della pretesa che ci può mettere sulla strada per una comprensione di quanto stiamo presentando. Il paziente-psicologo può associare il suo essere in terapia con una sorta di obbligo relativo all'*ancienne querelle* sulle necessità che chi voglia esercitare la psicoterapia deve prima sottoporsi egli stesso alla psicoterapia. Già la prescrizione al "sottoporsi" alla psicoterapia può esplicitare la *sottomissione ad una regola*: condizione che può precedere, accompagnare lungo tutta la sua vita professionale l'esperienza psicoterapeutica di uno psicologo. Se il paziente è uno psicologo, inoltre, il lavoro psicoterapeutico può svolgersi su un duplice piano: quello della comprensione su di sé, che la psicoterapia consente; quello dell'apprendimento ad interpretare e costruire che lo psicologo può pensare di "rubare" al proprio psicoterapista. Quest'ultimo piano può evidenziare la "distanza" culturale e d'esperienza tra lo psicoterapista ed il paziente-psicologo. Quest'ultimo può, quindi, essere coinvolto entro un confronto tra se stesso, la propria competenza e la propria cultura, da un lato, la cultura e la competenza dello psicoterapista, dall'altro. Questo confronto può essere stimolo per una motivazione allo sviluppo nello psicologo. Il confronto, però, può dare anche esiti diversi: l'idealizzazione dello psicoterapista, da un lato, la sua svalorizzazione, il suo deterioramento dall'altro. Si tratta, è utile sottolinearlo, delle due facce della stessa medaglia, in quanto l'idealizzazione esita sistematicamente, prima o poi, in una svalorizzazione dell'oggetto idealizzato. Un aspetto importante della svalorizzazione può inverarsi nella pretesa, impossibile da veder realizzata, di essere amati. Il bisogno d'essere amati ben esprime l'esigenza che l'altro, lo psicoterapista, venga coinvolto in un compito impossibile, per le ragioni che abbiamo prima evidenziato: la pretesa inanalizzabile consente di trasformare una relazione di scambio in una relazione di possesso. Chi pretende amore, empatia, vicinanza affettiva, ed esige che lo psicoterapista agisca collusivamente entro questa pretesa, svuota l'esperienza psicoterapeutica di ogni competenza e spessore culturale. Trasforma lo psicoterapista in un ostaggio delle proprie esigenze, lo può valutare e sentirsene insoddisfatto; arrivando alla conclusione che lo psicoterapista, con tutta la sua competenza ed esperienza, alla fin fine non è in grado di dare quello che il paziente vuole, la cosa più semplice ed importante di questo mondo, quella di amare l'altro. Quell'amore che il paziente-psicologo pensa sia semplice falsificare entro la psicoterapia. A volte lo psicoterapista si fa corrompere da questa pretesa, e "finge" calore, vicinanza affettiva, comprensione, amore, istituendo così una relazione falsa quanto svuotata di senso. Il paziente-psicologo può così giungere al suo capolavoro: quello di falsificare la propria esperienza psicoterapeutica, mettendo le basi per un futuro professionale fondato sulla medesima falsità, stabilita tramite l'identificazione con l'aggressore. Quando lo psicoterapista non collude con la pretesa inanalizzabile, proponendo ipotesi interpretative che diano senso alla situazione di stallo, può veder irriso il proprio tentativo di comprensione, il proprio lavoro volto ad istituire un pensiero sulle emozioni che sostanziano la pretesa stessa; spesso questi attacchi hanno, quale bersaglio, l'incapacità dello psicoterapista di coinvolgersi emozionalmente nella psicoterapia, di abbandonare il suo atteggiamento razionalizzante per capire, finalmente, che cosa il paziente-psicologo realmente chiede. L'esperienza psicoterapeutica si avvia così, rapidamente, all'interruzione.

La pretesa inanalizzabile è una fenomenologia storicamente situata, culturalmente caratterizzata. Se si pensa alla formazione universitaria alla psicologia clinica, si può cogliere come spesso essa sia intesa quale accumulo di nozioni astruse e scollegate da ogni dimensione di realtà: realtà data dall'esperienza formativa dello studente, da un lato; realtà individuabile nei problemi posti da chi si rivolge allo psicologo clinico o allo psicoterapista⁵, dall'altro. Lo psicologo vede, nella semplificazione data dalla "vicinanza emotiva" che lo psicoterapista deve garantire al paziente, la semplificazione auspicabile e risoltrice. Semplificazione perché si pensa che l'affetto, la vicinanza affettiva, il calore sollecito, siano "cose" che chiunque può garantire: per dare tutto questo non è richiesta competenza tecnica, né sono implicate basi culturali solide e articolate. Basterà limitare la propria formazione alla psicoterapia, alla ricerca di un sistema di appartenenza in grado di legittimare la professione psicoterapeutica. Si pensi al grande numero di psicologi "prodotti" nel

⁵ Si veda al proposito: Carli, Grasso, & Paniccchia, 2007.

nostro paese da un'Università poco attenta alla domanda degli studenti, al loro concentrare le aspettative professionali entro i corsi di laurea clinici, spesso approssimativi e farraginosi, ma legittimanti alla successiva iscrizione alle scuole di specializzazione in psicoterapia. Scuole che spesso fondano la loro azione formativa sul presupposto che la formazione universitaria non serva a nulla, e che grazie all'appartenenza alla scuola ed all'apprendimento di una tecnica settoriale, sia possibile diventare psicoterapisti. Psicoterapisti addestrati a tecniche le più diverse, astoriche ed acontestuali, senza alcuna connessione con la formazione universitaria; ma anche senza connessioni con i problemi che persone, gruppi od organizzazioni pongono allo psicoterapista. E' importante, al proposito, guardare alla complessa articolazione di competenza e cultura, richiesta per una comprensione storicamente situata dei problemi che vengono posti allo psicoterapista. Si può allora comprendere come la vicinanza affettiva, l'empatia, siano semplificazioni rassicuranti. Rassicurazioni che presto possono trasformarsi in pretesa, entro la propria "forzata" esperienza psicoterapeutica, preliminare alla professione. Freud ha affrontato a varie riprese il tema della reazione terapeutica negativa. Nella sua concezione tripartita della mente, ne aveva a volte riferita la causa ad una forza del Super Io, o al bisogno masochistico di permanere entro una situazione di sofferenza. Sempre spiegazioni intrapsichiche, quindi astoriche e volte a sottolineare la potenza dell'istinto di morte. Penso che una utile integrazione dei problemi che la reazione terapeutica negativa ha sollevato nell'esperienza di molti, ma direi meglio di tutti gli psicoterapisti, sia data dal considerare questa vicenda nei suoi aspetti relazionali e storici. L'esempio dello psicologo-paziente è illuminante al proposito. E' illuminante per via del processo identificatorio che, chi fa psicoterapia in vista di esercitare a sua volta la professione, è indotto a sperimentare nei confronti dello psicoterapista. Se l'identificazione stimola allo sviluppo, le cose possono evolvere in modo utile per la relazione psicoterapeutica. Se il confronto con lo psicoterapista solleva problemi di identità nello psicologo-paziente, se evoca invidia e rabbia, se confronta con fantasie di inadeguatezza e di discriminazione sociale, se mette in evidenza la fantasia di incolmabilità dello iato tra i due, allora il rifugio nella pretesa inanalizzabile può essere una via di uscita culturalmente comprensibile: una sorta di proletarizzazione dell'empatia, che rovescia la scala dei valori. Chi viene vissuto come culturalmente evoluto deve incontrare, necessariamente, i limiti di un proprio coinvolgimento affettivo senza pensiero; mentre chi è culturalmente in difficoltà, può rivendicare un legame affettivo del quale pensa di sentirsi a sua volta capace. Penso che una dinamica di questo tipo sia alla base di molte esperienze psicoterapeutiche "false" entro la formazione degli psicoterapisti.

5 - Conclusioni

Questo rapido excursus entro i temi del resoconto apre alla rilevanza di questa pratica, nell'ambito della formazione alla psicologia clinica ed alla psicoterapia. Questo è il motivo per cui sin dal triennio del Corso di Laurea nell'Intervento Clinico chiediamo agli studenti, quale prova finale per la laurea breve, di stilare il resoconto del loro tirocinio. Cioè dell'unica esperienza diretta che gli studenti fanno della professione psicologica, in un contesto differente da quello della loro formazione.

Penso che il resoconto sia, come già ho detto, la seconda ed indispensabile fase dell'esperienza clinica: quella che segue e organizza i vissuti che lo psicologo esperisce entro la relazione. Penso, anche, che l'area del resoconto sia ancora poco precisata ed approfondita nella sua metodologia e nel suo valore pragmatico. Per questo motivo la Rivista di Psicologia Clinica ha dedicato una specifica sezione a questo tema. Nella speranza che l'area possa suscitare interesse e partecipazione, possa stimolare il contributo di molti e dare senso ad un momento fondamentale della pratica clinica in psicologia.

Bibliografia

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

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

Freud, S. (1937). *Constructions in Analysis*. SE 23, 257-269 (trad.it. *Costruzione nell'analisi*, OSF 11, Boringhieri, Torino, 1979, 541-552).

Strachey, J. (1934). *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*. *International Journal of psychoanalysis*, 15, 127-159 (trad. it. *La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi*. *Rivista di Psicoanalisi*, 20, 92-159).

Lo studente modello che interrompe la scuola

di Imma Mustillo*

Premessa

Il caso clinico di Filippo mi è sembrato interessante per le possibilità di riflessione che offre relativamente ai contesti, in particolare quelli fondati sul modello adempitivo¹.

La dimensione organizzativa che fonda le relazioni sul modello adempitivo è un'organizzazione che garantisce l'appartenenza e si basa sulla simbolizzazione di un potere che sovrasta e prescrive il "da farsi" secondo modalità ripetitive e prevedibili. Adempiere quindi comporta conoscere bene le regole del sistema di appartenenza in modo da riuscire a corrispondere quanto più possibile alle sue aspettative. Chi dà la norma, inoltre, esercita anche il controllo sulle procedure e sugli esiti, controllo che non può essere messo in discussione, né comporta il confronto con la verifica degli obiettivi.

C'è da dire che questa inclusione di un potere esterno, che svilisce l'acquisizione di competenze nella costruzione del prodotto e implica la rinuncia alla decisionalità, ha un ché di rassicurante: evita di imbattersi nel *non conosciuto*, nell'estraneo che fa paura². Come effetto ha quello di produrre comportamenti ripetitivi e veloci nell'attuazione, procedure già predefinite che esentano dal *dilemma* della scelta, dalla *tensione* del rischio e dall'*impegno* che richiede il perseguire un obiettivo.

È possibile rilevare queste dimensioni in moltissimi contesti: nella famiglia, quando si fa garante dell'appartenenza esclusiva; nella scuola, quando si persegue un apprendimento dove studiare è finalizzato a imparare ciò che l'insegnante si aspetta e che i programmi prescrivono, nei Servizi Sanitari, quando ci si imbatte in quelle realtà che impongono il confronto con la propria impotenza.

Gli eventi

Filippo un ragazzo di quasi 18 anni, frequenta il quarto anno del liceo scientifico. È sempre stato uno studente brillante con una media molto alta. L'anno scorso, al terzo, ha avuto la media del nove (voto più basso: otto in inglese).

Filippo in ottobre ha partecipato alle Olimpiadi di matematica e latino, una gara alla quale possono prendere parte tutti gli studenti dell'istituto (il confronto quindi è tra tutte le classi, dalla prima alla quinta), e le cui prove vengono predisposte a livello nazionale. Il ragazzo vince quelle di matematica ma non si classifica altrettanto bene in quelle di latino: da qui il crollo. Perde l'interesse per lo studio e comincia a sentirsi male quando deve andare a scuola, per cui decide di non andarci più. Diventa sempre più silenzioso, ripete continuamente che sta male e che non riesce fare nulla.

L'invio

Un'insegnante riconosce nelle vicende di Filippo segni di sofferenza psichica e sollecita i genitori a ricorrere ad uno psicologo. Lo psicologo scolastico, dopo aver avuto alcuni colloqui col ragazzo, ritiene che la situazione sia di una certa gravità e quindi di pertinenza psichiatrica. Lo invia quindi alla psichiatra del CSM dove lavora.

La psichiatra, dopo due colloqui con Filippo e uno con la madre, fa una diagnosi di "stato

* Psicologa dirigente presso il Centro di Salute Mentale della ASREM (Azienda Sanitaria Regione Molise), zona Termoli.

¹ Tra i modelli che fondano la relazione sociale c'è quello adempitivo, orientato non da criteri di competenza ma di adempimento al compito, compito definito nelle sue caratteristiche da un potere che si inserisce come terzo elemento nella relazione. Vedi Carli & Paniccchia, 2002.

² Il rapporto con l'estraneo è un modo di relazione che consente di poter accettare il rischio di simbolizzare come amico ciò che non si conosce. Comporta quindi il superamento della relazione limitata al mantenimento dei sistemi di appartenenza a favore dell'acquisizione e dello scambio di informazioni che facilitano lo sviluppo e l'arricchimento culturale reciproco. Vedi Carli & Paniccchia, 2005.

depressivo” e prescrive una terapia farmacologica, allarmata soprattutto da alcune verbalizzazioni del tipo *non mi interessa più nulla o quando sto così male vorrei scomparire da questo mondo* e da una preoccupante attrazione del ragazzo verso la pistola dello zio poliziotto. Quindi decide di inviarlo alla psicologa.

Il Centro di Salute Mentale

L'organizzazione del CSM prevede la seguente procedura per gli invii: chi fa la presa in carico di un paziente nuovo, sia esso uno psichiatra, uno psicologo o un assistente sociale, dopo una valutazione, decide quali altri professionisti coinvolgere per occuparsi del caso. A questo punto contatta quello che per lui è il più indicato e gli riporta la problematica che ha rilevato. Nel caso di coinvolgimento dello psicologo, la scelta è fra me e un collega e viene fatta secondo criteri personali dell'inviante, non codificati dal Servizio. Lo stesso avviene nel percorso inverso, quando è uno degli psicologi che decide di proporre un caso ad altri operatori. Questo criterio non è esplicitamente codificato ma è condiviso da tutti gli operatori e non è mai stato causa di conflitto.

La psichiatra propone il mio coinvolgimento, in quanto psicologa, nel caso di Filippo. Lo descrive come depresso, anche se non vede un quadro diagnostico molto chiaro, ipotizza che sia un disturbo bipolare. L'allarme maggiore è riferito al *ritiro* del ragazzo che le fa ipotizzare che ci siano i prodromi di un disturbo psicotico. Dalla accurata anamnesi che ha raccolto, inoltre, ha rilevato alcune caratteristiche della famiglia che evidenziano legami invischiati e assenza di confini. Chiede alla psicologa una valutazione psicologica e una consulenza.

Nel corso del primo colloquio psicologico, il ragazzo ha mostrato una qualche competenza a pensare sui propri vissuti all'interno di una relazione terapeutica, cosa molto improbabile nel caso di una crisi psicotica, ma l'incertezza diagnostica che comunque aleggia fa sì che acconsenta alla proposta della psichiatra di portare il caso nella riunione d'équipe.

La riunione d'équipe nel CSM

Le riunioni d'équipe sono un momento fondante il modello organizzativo del CSM in questione. Vi partecipano tutti gli operatori più i tirocinanti. Se ne svolgono (o celebrano) due a settimana: una è clinica e si propone di affrontare un caso che presenta particolari difficoltà, l'altra è organizzativa e discute le strategie da attuare per affrontare i problemi via via posti. Il clima in queste riunioni è molto disteso e, pur mettendo in campo le differenze professionali e di cultura di appartenenza degli operatori, che attivano scambi a volte accesi, si riesce ad integrare le differenze in funzione dell'obiettivo. La centralità del paziente viene garantita anche attraverso il sollecitare, da parte del Direttore, letture dai diversi punti di vista secondo ottiche professionali differenti.

L'incontrarsi in équipe ha anche un valore di rinforzo della coesione del gruppo di lavoro e un reciproco rassicurarsi su un senso di appartenenza.

Questo clima cambia drasticamente quando scatta la *responsabilità medica* e questo avviene principalmente in tre situazioni: quando si suppone un rischio di suicidio, quando si ipotizza un esordio schizofrenico o quando c'è da decidere se intraprendere un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio); in questi casi infatti *ci sono decisioni difficili da prendere e deve prenderle il medico*. Un clima quindi che predispone all'*agire*.

Il caso di Filippo portava diversi elementi attivanti questa *responsabilità* (rischio di suicidio, esordio psicotico). Da poco inoltre l'équipe aveva avuto l'occasione di constatare come molti pazienti seguiti dal CSM, prima dell'esordio psicotico, erano stati "i primi della classe".

La discussione sul caso di Filippo nella riunione d'équipe procedeva attivando un'ansia crescente tra gli operatori e stava orientando l'équipe verso l'assunzione di una gestione che "evitasse il peggio". Con questa espressione si intende una presa di posizione del medico che prescrive al paziente l'intervento ritenuto opportuno, con o senza il consenso di quest'ultimo. Si tende a ricorrere a procedure standardizzate che hanno la funzione di trasformare il vissuto di impotenza dell'operatore derivante dal *non conosciuto*, in sicurezza sul "da farsi". Interviene una svalutazione del pensare e del riflettere a vantaggio degli agiti e nell'escalation degli interventi c'è sempre qualcuno che dice: "Ora basta con le chiacchiere, qui bisogna fare qualcosa!".

Mettere in campo queste procedure nel caso di Filippo, però, comportava il sopporre una lettura delle problematiche del ragazzo che andava a discostarsi sempre più da quelle che io e la

psichiatra avevamo descritto. Solo quando venne posta l'attenzione su questo scollamento, reintroducendo il pensiero al posto dell'agito, fu possibile ridefinire il caso alleggerendolo dagli allarmismi sopravvenuti.

A questo punto, insieme alla psichiatra con la quale seguivo il ragazzo, decidemmo di rischiare e lavorare ad un progetto individualizzato a lui rivolto che avrebbe compreso: una psicoterapia individuale, il prosieguo della attuale terapia farmacologica, il coinvolgimento dell'altro psicologo del CSM che si sarebbe occupato della coppia genitoriale e l'esclusione di interventi d'*urgenza*.

Le due possibilità di intervento prospettate rispondono a due tipi di fantasie attivate dal contesto: una di tipo adempitiva e l'altra più orientata alla conoscenza (procedere per obiettivi).

Nel primo caso (*responsabilità medica*) prevale il timore per il *non conosciuto* e per l'incontrollabilità degli eventi: di fronte a questa preoccupazione scatta così il terzo elemento, il potere che garantisce la norma, e che in questo caso è rappresentato da un ipotetico tribunale, di fronte al quale, qualora fosse successo "qualcosa di brutto" si sarebbe dovuto giustificare il perché non si era stati in grado di anticipare l'evento temuto. Si rinuncia così ad un'ottica di sviluppo e ad un riscontro di realtà sul prodotto, garantendosi però la tranquillità del non dover fare scelte "sbagliate".

Attivare un processo finalizzato alla conoscenza e al cliente (*costruire un progetto*) implica, invece, come nella seconda alternativa, accettare il rischio che comporta la rinuncia ad un controllo onnipotente, da un lato, e la scelta di valorizzare competenze che permettano di orientare l'intervento al problema posto dall'altro.

La famiglia di Filippo

Filippo vive in un paese della Puglia, in una casa in campagna. Con lui vivono i genitori, un fratello di 14 anni e i nonni. Non ha mai avuto una ragazza ed esce poco perché si sente *un pesce fuor d'acqua* nel gruppo dei coetanei.

I nonni di Filippo sono i proprietari della fattoria e dei terreni dove lavorano i suoi genitori e spesso anche lui. I nonni sono in realtà i genitori adottivi del padre di Filippo, Antonio.

I genitori naturali di Antonio erano molto poveri, avevano molti figli che stentavano a mantenere, il padre era un alcolista con qualche disturbo psichiatrico. Quando Antonio aveva circa 12 anni, l'attuale nonno di Filippo, contadino benestante e proprietario terriero, senza figli, decise di prendere con sé uno di questi bambini per poi, successivamente, adottarlo. Tra tutti scelse Antonio, che fu considerato il "graziato" perché oltre a risolvere il problema della sopravvivenza, cambiando radicalmente vita, sarebbe diventato unico erede del padre adottivo. Poco dopo l'adozione la famiglia di Antonio si trasferì quasi interamente in Germania (molto probabilmente utilizzando dei soldi avuti dal nonno di Filippo).

Nella casa di campagna dove vive tutta la famiglia, i nonni hanno un ruolo genitoriale: il nonno prende tutte le decisioni importanti sia relative all'organizzazione del lavoro che alla conduzione domestica e all'educazione dei figli.

Il nonno ripete frasi che idealizzano le sue scelte a discapito di quelle della famiglia della madre di Filippo. Spesso dice al nipote: "*Tua madre non vale niente, è inconcludente e sfaticata come la sua famiglia*", e giù a fare un lungo elenco di tutte le *mancanze* fatte da queste persone nel corso degli anni fino ad accusare la madre per il fatto che non le sia stato dato come dote un pezzo di terra promesso ai tempi del matrimonio. L'unica cosa buona che avrebbe fatto è dargli dei nipoti. La nonna rinforza (anche se lei stessa subisce l'autoritarismo del marito) e non perde occasione di ricordare a Filippo che chi veramente si occupa e preoccupa per lui facendo da mangiare e accudendo la casa, è lei e non la madre. In realtà alla madre viene indicato di occuparsi della campagna e degli animali. Quando rientra per i pasti trova già tutto preparato dalla nonna che considera la cucina suo territorio. Sono anni che questa donna chiede una maggiore autonomia abitativa ma questa richiesta viene qualificata come affronto e ingratitudine nei confronti dei suoceri. Il padre tacitamente sostiene questo assetto e così Filippo che viene continuamente tirato in ballo con la richiesta di conferme. La frase che gli viene ripetuta spesso è: "Tu sei intelligente e capace come noi". Il fratello più piccolo sta cercando di mettersi in una posizione di disinteresse (né dentro né fuori) orientando i suoi impegni all'esterno della famiglia. La madre è silenziosamente rassegnata.

La simbolizzazione della figura della psicologa

Al primo colloquio mi accorgo che il processo di “psichiatria” che si sta attuando nei suoi confronti trova il ragazzo sostanzialmente *rassegnato*. La prima traccia che viene seguita è quella dell’accondiscendenza. Filippo si pone in un atteggiamento di *scolaro ubbidiente* disposto a sentire pazientemente la lezione sperando che gli spieghi che malattia ha. Probabilmente vede la mia figura una tra le tante che si sono susseguite in quest’ultimo periodo (è dalle vacanze di Natale che non rientra a scuola), conta di avere un aiuto ma non sa di che tipo. Niente quindi atteggiamenti oppositivi o di ribellione, c’è stata un’accettazione accondiscendente anche rispetto alla terapia farmacologica. Filippo ha opinioni preconfezionate che gli consentono di leggere la realtà secondo un criterio dogmatico, ciò che non riesce più a fare, come studiare, parlare con gli amici o andare a scuola, viene giustificato dal suo profondo malessere che non sembra essere collegato con il suo mondo emozionale che vive come molto confuso. Non riesce a rappresentarsi che così: *o torno a scuola o sono finito, ma a scuola non posso tornarci...Forse sono come i familiari di mia madre* (nella famiglia della madre c’è uno zio trentenne che in passato è dovuto ricorrere a cure psichiatriche).

Inizialmente Filippo cercava da me spiegazioni, o meglio, lezioni che potessero indurlo a stare meglio. Sentiva molto pressante l’aspettativa di tutte le persone intorno a lui che vedevano nel suo ritorno a scuola l’unico obiettivo che avrebbe scongiurato l’allarme non espresso: quello che non ci sarebbe stata *guarigione*. In particolare il fiato sul collo lo facevano sentire soprattutto i familiari che si succedevano nell’accompagnare il ragazzo e che chiedevano continuamente: “Ma ce la farà a tornare a scuola?” Ma anche gli insegnanti e il preside che sollecitavano continuamente Filippo. Tra gli studenti si era sparsa la voce che Filippo era andato fuori di testa per l’eccesso di studio.

Evento critico

Il modello su cui si fondano le relazioni dell’organizzazione familiare di Filippo si basano sulla categorizzazione emozionale amico/nemico o dentro/fuori dove chi è **dentro** è *come noi* e chi è **fuori** è *come i parenti naturali* (familiari della madre o gli innominabili familiari del padre). In questo modo il nonno qualifica il suo legame con la famiglia come di maggior valore rispetto al legame di consanguineità (Filippo evitava di andare a trovare i nonni materni perché, pur non essendoci una proibizione esplicita, sapeva di dispiacere al nonno). Chi ha il privilegio di stare dentro deve però sentirsi obbligato ad accettare incondizionatamente tutti i dogmi ai quali ci si attiene, come in una setta dove gli adepti accettano *come oro colato* le indicazioni che vengono date dal capo, il quale dà una lettura della realtà e del modo di relazionarsi ad essa. Solo con l’accondiscendenza si ha la garanzia di ricevere affetto e si dimostra di provarne. La dimensione emozionale prevalente è la **doverosità**³ che Filippo mette in atto come garanzia dal rischio di dover fare delle scelte che potrebbero essere in disaccordo con le aspettative del nonno. In questo assetto collusivo non può esistere il conflitto, la protesta, la critica, che sono vissuti come minacce al senso di appartenenza. In questo contesto Filippo ha un ruolo speciale: è il prescelto. Su di lui sono proiettate tutte le parti idealizzate: bravissimo ragazzo, bravissimo studente, bravissimo lavoratore (non si rifiuta mai di fare i lavori di campagna nel tempo lasciato libero dalla scuola), bravissimo figlio/nipote.

Il modello relazionale accondiscendente, Filippo, lo ha riportato anche nei contesti scolastici. Qui la collusione si fonda ancora una volta su un funzionamento di tipo adempitivo.

Ciò significa che per uno studente che tende ad avere una valutazione molto alta, diventa prioritario imparare ad avere a che fare con gli insegnanti e con le loro aspettative, a “fare i compiti” conformandosi e imparando ciò che l’insegnante vuole si ripeta durante l’interrogazione. L’insegnante viene così rassicurato che l’interlocutore è da lui controllabile (sa tenere la classe), quindi che i suoi metodi didattici sono efficaci. Difficile in questo contesto una valorizzazione della conoscenza.

Filippo a scuola si poneva sempre nei confronti dall’insegnante rispondendo all’aspettativa attesa, con notevole effetto gratificante per i docenti (li ascoltava come se *pendesse dalle loro labbra* così

³ La doverosità fa riferimento alla neoemozione dell’obbligare. Riempirsi di doveri, di obblighi, implica l’escludere il rischio rappresentato dal chiedersi cosa si desidera a dall’impegnarsi a perseguirlo e include sempre un altro, o altri, che obbligano o sono obbligati. Vedi Carli & Panizza, 2002.

come fa con la psicologa e con la psichiatra). Nonostante questo, non si è attivata nei suoi confronti la consueta dinamica del *secchione* da parte dei compagni di classe. Filippo è riuscito ad imporsi come oggetto idealizzato anche tra loro: era infatti sempre disponibile a dare aiuti e suggerimenti, a fare i compiti anche per gli altri e ad evitare situazioni conflittuali. La sua disponibilità gli consentiva di esercitare un controllo sull'invidia o sugli altri sentimenti negativi dei compagni di cui sarebbe potuto essere oggetto.

L'ipotesi di lettura rispetto alla crisi è che il fallimento alle Olimpiadi ha rappresentato il primo momento sociale dove Filippo si è sentito in un confronto competitivo il cui rischio era riuscito sempre ad evitare. Il sentirsi come lui dice "destabilizzato" (un termine che Filippo usa molto spesso riferendosi a se stesso) ha creato un varco nell'assetto collusivo avviando la messa in discussione del modello idealizzante che organizzava le sue relazioni e, conseguentemente, di tutto l'assetto che lo sosteneva (in particolare il suo dogmatismo). A questo punto è subentrata una specie di blocco: sentire di non poter vedere le cose come prima ma nello stesso tempo sentire l'impossibilità di fare un "pensiero su" attivando una istanza critica.

Evento critico come opportunità di sviluppo

L'obiettivo di tornare a scuola per Filippo può essere visto come il ripristino di una "normalità" che assume il significato di riconferma dell'assetto precedente. Attraverso il suo sintomo Filippo è riuscito a mettere in crisi il contesto familiare e quello scolastico. Il suo "fallimento" scolastico ha rappresentato un disvelamento dei punti critici di organizzazioni *date*⁴.

Propongo a Filippo di pensare ai nostri incontri con una finalità diversa da quella del tornare o meno a scuola e di formulare ipotesi su quello che sta accadendo. In questo modo cerco di proporgli un modello di relazione nuovo che preveda una sua implicazione e non un atteggiamento dove lui stia diligentemente ad ascoltarmi.

La strategia di intervento è stata orientata ad un'ottica di sviluppo e dispiegata secondo i seguenti elementi:

- la proposta di convenire su un obiettivo terapeutico che non fosse quello di tornare a scuola è stato il primo passo per cominciare a pensare all'accaduto;
- ciò ha consentito di spostare l'attenzione e poter formulare un "pensiero su" l'assetto familiare e soprattutto sulle dinamiche svalutanti la madre.
- si è attivato un processo per cui a queste dimensioni emozionali veniva data una lettura utilizzando criteri personali di Filippo, non riproponendo quindi la dinamica collusiva dell'adulto idealizzato che va ascoltato *a bocca aperta*, ma una relazione dove è Filippo stesso a definire un proprio obiettivo attivando una sua competenza;
- attraverso la consapevolezza derivata dal *qui e ora* della relazione terapeutica è emersa la sua modalità di rapportarsi all'altro rispondendo alla sua aspettativa, utilizzata come controllo dei sentimenti aggressivi dell'altro verso di lui.

Sviluppi successivi

In aprile si è concordato il ritorno a scuola, questa volta accettando anche la possibilità di poter prendere un voto inferiore all'otto (precedentemente diceva che in questo caso si sarebbe sentito *destabilizzato*).

La scuola ha risposto alle iniziali difficoltà mettendo in secondo piano il profitto e valorizzando la persona, favorendo il rientro in classe.

È stato promosso ma, secondo Filippo, facilitato dagli insegnanti che gli avrebbero dato voti più alti di quelli che meritava (media: otto).

La psicoterapia è ancora in corso. Attualmente l'obiettivo continua ad essere la lettura dei contesti secondo i criteri che Filippo riconosce come suoi e che sta sperimentando all'interno della relazione terapeutica. È un lavoro faticoso perché implica mettere in gioco punti di vista che

⁴ L'organizzazione "data" è un modello collusivo che propone appartenenza ad organizzazioni esistenti indipendentemente dall'operato e dagli obiettivi di chi in essa opera. Chi sta nell'organizzazione "data" si sente rassicurato dall'appartenenza scontata e acritica all'organizzazione stessa. Vedi Carli & Paniccia, 2002.

risultano quasi sempre in contrasto con la famiglia e che creano “moderate discussioni” (il nonno evita il confronto su temi rischiosi).

Qualche esempio dei cambiamenti di Filippo:

- è uscito più di una volta con lo zio materno, ex depresso, durante il periodo di assenza dalla scuola (*è l'unico che mi capisce*);
- questa estate è andato in Germania con lo zio ad un matrimonio dello zio naturale e ha conosciuto i cugini;
- ha avuto un'avventura con una ragazza;
- si diverte ad andare in discoteca;
- si rifiuta spesso di andare a lavorare in campagna nel tempo libero dalla scuola, preferendo divertirsi;
- il suo rendimento scolastico è diminuito, attestandosi tra il sette e l'otto.

La psicoterapia si avvia alla fase conclusiva.

I contenuti degli ultimi colloqui fanno riferimento ai rapporti con gli insegnanti e al vissuto di perdita conseguente all'eventuale sua scelta di non “rispondere più alle aspettative dei docenti” visto che è considerato un loro pupillo e che introdurrebbe nei rapporti con loro conflitti che non ha mai avuto prima.

Il tema delle Olimpiadi è sempre presente: in questo nuovo anno scolastico, dopo lunghe riflessioni, Filippo ha deciso di non iscriversi a quelle di latino e di partecipare, unico della sua classe, a quelle di matematica, dove si è classificato secondo (non si è *destabilizzato!*).

In quest'ultima fase della psicoterapia l'attenzione è posta sul ragazzo che lo scorso anno vinse le olimpiadi di latino, Gennaro, e quest'anno anche quelle di informatica. Filippo ha sempre simbolizzato questo ragazzo come un nemico sul quale ha proiettato una serie di intenzioni che lo fanno sentire in costante competizione con lui (persino sui posti occupati allo stadio). Ovviamente il ragazzo è ignaro di tutto. Ultimamente ha deciso di approfondire la conoscenza di Gennaro e sta scoprendo che è una persona completamente diversa da quella che lui pensava che fosse. Sembra non avere più il timore di dover riconoscere che l'altro potrebbe essere più in gamba di lui. La relazione con l'altro simbolizzato come nemico si sta trasformando nella competenza a trattare con l'estraneo da conoscere.

A conclusione dell'ultima seduta noto che il ragazzo in questione (che è del suo stesso paese) lo sta attendendo nella sala d'aspetto del CSM per tornare insieme a casa.

Penso che la psicoterapia si possa avviare alla sua fase conclusiva.

Bibliografia

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. (2005). Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica. Bologna: il Mulino.

Tre schizzi per un ritratto.

di Vincenzo F. Scala*

Nell'economia del Dipartimento di Salute Mentale, il Centro di Salute Mentale costituisce il principale luogo di incontro e di scambio tra la cittadinanza e la struttura sanitaria pubblica rivolta a tutto quell'insieme di situazioni e di bisogni riconducibili – anche attraverso l'interpretazione che il pubblico stesso attribuisce al termine – appunto, all'ambito della salute mentale. Essendo il Servizio Psichiatrico ospedaliero di Diagnosi e Cura l'altro possibile punto di accesso al Dipartimento, ma limitatamente a quelle condizioni che rivestono carattere di urgenza/emergenza con riferimento al criterio della pericolosità per sé o per gli altri.

Al Centro di Salute Mentale, che si vuole struttura costantemente aperta alle richieste del pubblico, conferisce una gamma nutrita e diversificata di domande, in coerenza con la sua mission iniziale e fondativa e con le trasformazioni e ampliamenti cui essa è andata incontro nel corso degli anni¹.

Oggi, in linea di massima, i dirigenti e gli amministratori ritengono che il cosiddetto “core business” del CSM e dell'intero Dipartimento, sia costituito dai bisogni assistenziali di quell'utenza che, in una logica “ex iuvantibus”, in passato sarebbe stata avviata all'Ospedale Psichiatrico. Ma si riconosce che, accanto a questa fascia di utenza, di bisogni e di domande c'è molto altro. Per esempio tutta la consistente area dei cosiddetti “disturbi emotivi comuni” o “disturbi mentali comuni”. Al riguardo uno studio recente su ampia scala², riporta che il 7,3 % della popolazione generale riferisce di aver sofferto, nel corso dell'ultimo anno, almeno una volta, di qualcosa che si configura all'interno di quella categoria. C'è poi una serie di situazioni che comuni non si possono ritenere, ma che non rivestono quei caratteri di pericolosità o di evidente devianza dalla norma da rientrare nel “core business”, e che tuttavia si associano a grandi difficoltà e acuta sofferenza per chi ne è portatore (si pensi, ad esempio, a quanto si sente ormai ricorsivamente affermare circa il progressivo aumento della prevalenza del disturbo borderline di personalità). Questa complessità della domanda che giunge al CSM rinvia inevitabilmente alla necessità di diversificare le risposte che il servizio offre e gli interventi che dispiega.

E la competenza psicologica? La competenza psicologica, presente nei CCSSMM – in misura maggiore o minore a seconda delle diverse regioni italiane – come si dispiega in questo panorama o che cosa potrebbe offrire di nuovo?

Proveremo, a questo punto, ad abbozzare un possibile e parziale disegno dell'operatività psicologica nel CSM, attraverso la presentazione di tre sintetici resoconti, quasi schizzi di altrettante situazioni cliniche; proponendo, per ciascuna, alcuni spunti di riflessione.

L'Emigrante

L'Emigrante è una giovane donna, di trent'anni; viene da un paese della Calabria, dove ha lasciato i genitori, una sorella di poco più giovane e la nonna materna. Una famiglia all'antica che vive in condizioni di difficoltà economiche, in una casa vecchia e fredda, dove le relazioni familiari sono improntate all'imperativo, prevalentemente impersonato dalla madre, di rimanere tutti vicini e uniti.

Lei, l'Emigrante, è venuta a Roma per l'Università, si è laureata, non è riuscita a mettere a frutto la preparazione acquisita traducendola in una attività produttiva, ma ha comunque deciso di rimanere a Roma; in ciò resistendo al richiamo della famiglia che la vorrebbe a casa, non è chiaro a far cosa, anche niente, ma presente a condividere le relazioni e le difficoltà familiari.

L'Emigrante ha visto quale doveva essere il suo futuro di donna calabrese, stretta tra la possibilità di rimanere nella sfera della famiglia di origine e la scelta di imboccare un percorso segnato, come tante sue coetanee, diventate, tristemente ai suoi occhi, mogli e madri.

Lei, dunque, ha voluto saltare fuori da un cerchio che sentiva stringerlesi attorno, ma la sua traiettoria, da un luogo noto e inesorabilmente definito nei suoi confini, l'ha condotta ad un'orbita di parcheggio, a un non –

* Psicologo presso il Dipartimento di Salute Mentale ASL RM/B.

¹ Per una descrizione del processo storico e culturale che dalla nascita dei Centri di Salute Mentale conduce al presente si veda su questa stessa rivista Paniccia, Di Ninni, & Cavalieri, 2006. Vedi bibliografia.

² Si tratta del Progetto ESEMeD-WMH (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – World Mental Health), condotto nel 2002-2003 in 6 paesi europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda e Spagna). In Italia è stato coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

luogo. A una condizione dove, essendo chiaro che cosa ha inteso fuggire, non sa però dove vuole e può giungere.

Si, perché con il suo emigrare qualcosa è cambiato, ma qualcos'altro è rimasto immutato.

In famiglia, al paese, il contesto era univoco e pressante nell'indicare la direzione da seguire; a Roma, invece, lei può decidere del suo destino, dovendosi però confrontare coi vincoli posti dalla nuova realtà (il costo degli affitti, le possibilità di guadagno, i percorsi che possono collegare la formazione acquisita con la possibilità di tradurla in un'attività di lavoro...).

Quello che non è cambiato è il suo modello di rapporto con il mondo, con la realtà contestuale; rimasto improntato alla dipendenza passiva. Un modello ancora capace di orientarla nel primo periodo della sua vita a Roma, quello della formazione universitaria, ma che diventa drasticamente inadeguato con la fine degli studi, quando non ci sono più mete prefissate, percorsi tracciati, direttive sicure da seguire.

E allora la richiesta al Servizio, motivata da un'iniziale depressione che lei teme possa travolgerla come già in passato.

E allora la psicoterapia, come luogo in cui riversare il disorientamento, l'incertezza, la provvisorietà, l'ansia di una condizione di vita fatta di un lavoro che considera di ripiego rispetto alle sue iniziali aspirazioni, sempre più lontane (lavora come assistente alla poltrona in due diversi studi dentistici ed è laureata in scenografia), e fatta delle continue difficoltà di convivenza all'interno di un appartamento, condiviso con altre ragazze scelte dal proprietario e che spesso si avvicinano. E fatta di relazioni affettive improbabili, come quella, clandestina e confusiva, con uno dei datori di lavoro.

La psicoterapia come luogo di denuncia, di lamentazione, di dichiarata impotenza...di riproposizione dell'antico modello.

Ma anche la psicoterapia come possibilità di cominciare a riconoscere tutto ciò; come occasione per trasformare una visione della realtà in cui tutto è uguale a tutto ed è tutto un caos, in una valutazione che istituisce distinzioni, che differenzia (i dentisti non sono tutti uguali, quello che accade in uno studio non accade in un altro...), che individua margini di azione possibile.

In un processo non lineare che, al momento, ammette oscillazioni e inversioni.

E' nozione diffusa nell'ambiente dei Centri di Salute Mentale, e confortata dai dati rilevati attraverso i sistemi informativi, che delle nuove domande che giungono ai servizi, circa il 30% è riconducibile a quella che si definisce genericamente l'area della "gravità", comprendendo sotto questa etichetta condizioni relative alle psicosi schizofreniche, ai disturbi dell'umore (disturbi bipolari e, depressioni maggiori), alle sindromi psico-organiche. Il 70% delle domande, invece, rinvia a condizioni inquadrabili nella categoria dei "disturbi mentali comuni" (disturbi d'ansia, depressioni minori, disturbi del comportamento alimentare, tendenza all'abuso di alcolici) o in quella dei disturbi di personalità a livelli moderati di gravità.

L'area dei "disturbi mentali comuni", in particolare, merita una riflessione dal punto di vista della competenza psicologica. Queste condizioni, infatti, se considerate dal vertice dell'emergenza sintomatica e osservate attraverso le lenti della classificazione psicopatologica, rinviano alle categorie diagnostiche sopra ricordate. Ma, se lette in chiave psicosociale, appaiono come difficoltà delle persone in rapporto ai contesti di vita e relativamente a mutamenti, voluti o non voluti, previsti o non previsti, che comunque propongono agli interessati la necessità di individuare assetti di vita, posizionamenti, modalità di rapporto ecc. nuovi e diversi da quelli per ciascuno abituali e collaudati³. In questa prospettiva l'aspetto sintomatico va sullo sfondo e si costituisce come segnale piuttosto che come oggetto centrale di attenzione e target dell'intervento.

Questioni, dunque, su cui come psicologi si può dire più di qualcosa.

Tuttavia si sente spesso affermare che quest'area di problemi, per non gravare sui servizi psichiatrici (in questo caso si definiscono così e non "di salute mentale") potrebbe essere utilmente trattata dai Medici di Medicina Generale con l'uso di appropriati psicofarmaci e attraverso il sostegno generico. Evidentemente due prospettive che è ben difficile considerare equivalenti!

Un problema però certamente si pone se teniamo a mente i dati prima ricordati. Lo studio citato indica che il 7,3% della popolazione generale avrebbe sofferto, nei dodici mesi precedenti l'intervista, di uno o più disturbi mentali comuni. Va precisato che in questo studio sono stati considerati i disturbi depressivi (depressione maggiore e distimia), i disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzata, fobia sociale, fobie specifiche, disturbo post-traumatico da stress, agorafobia e disturbo di panico) e i disturbi relativi ad abuso/dipendenza da alcool.

³ Si veda al riguardo il concetto di "fallimento della collusione" in Carli & Paniccia, 2003.

Un CSM, mediamente, si costituisce come punto di riferimento per popolazioni di 150.000 – 200.000 abitanti (più precisamente per la porzione di età superiore a 18 anni di quelle popolazioni). Si vede allora che il fenomeno “disturbi mentali comuni” si profila come consistente e critico per una struttura di servizio la cui finalità sia la salute mentale in una popolazione data. Fino ad ora, direi che la soluzione a tale criticità sia stata quella di dire soltanto a bassa voce che il Centro di Salute Mentale può essere un luogo cui riferire domande relative a quest’area di bisogni, lasciando che solo una minoranza della popolazione ne sia al corrente. Alcuni servizi, poi, tendono a scoraggiare attivamente questo tipo di domanda. E le stesse caratteristiche fisiche della struttura (ubicazione nel territorio di riferimento, qualità degli spazi...) costituisce a volte un filtro efficace.

Al momento, inoltre, a fronte della consapevolezza relativa alla dimensione del fenomeno e quindi alla sua rilevanza in termini di salute pubblica, manca un’attenzione volta a indagarlo più puntualmente, come sarebbe necessario per intervenire opportunamente.

Se percorriamo l’ipotesi prima accennata riguardo l’origine di ciò che va sotto la definizione di “disturbi mentali comuni”, possiamo immaginare che, all’interno della popolazione di tutti coloro che negli ultimi dodici mesi hanno sofferto di almeno un disturbo, una porzione sia costituita da persone che sono state in grado, da sole o con l’aiuto che possono trovare nei contesti di vita, di trovare una soluzione e superare il “disturbo”.

Sappiamo poi, dall’esperienza diretta del lavoro nei servizi, che per un’altra porzione di quella popolazione ciò non accade e si rende necessario un aiuto competente, come avviene nel caso delle numerose domande che giungono all’attenzione dei Centri di Salute Mentale. E qui c’è da chiedersi a quali esiti si va incontro quando, ponendosi tale necessità, sia possibile trovare una risposta competente ovvero, per mancanza di informazione o per indisponibilità dei servizi, ciò non sia possibile. In particolare, cosa accade quando le persone restano indefinitamente impigliate in situazioni problematiche delle quali non riescono a venire a capo?

Infine, c’è sicuramente – e anche questo è testimoniato dall’esperienza quotidiana – una quota di situazioni nelle quali l’emergenza di un disturbo mentale comune è occasione o anche pretesto, per portare all’attenzione dell’interlocutore, o porre sul tavolo, questioni non contingenti, legate allo stratificarsi delle esperienze nel corso della storia degli interessati, a partire da tempi anche molto lontani (e qui si apre, volendo, il discorso sui disturbi di personalità).

Non sappiamo però in che misura e in quali proporzioni queste diverse possibilità siano presenti nell’esperienza di quel 7,3 % della popolazione generale di cui ci stiamo occupando.

E’ certo però che una più convinta presa in carico, da parte dei Centri di Salute Mentale, della questione relativa ai disturbi mentali comuni, passa, di necessità, attraverso l’individuazione di strategie, modalità di intervento e sviluppo di strumenti operativi opportuni. E su questo punto la riflessione, da parte delle componenti professionali – compresi gli psicologi – presenti nei servizi, è in ritardo.

Con riferimento al contesto di cui ho personale esperienza, qualche idea, in alcuni momenti, si è abbozzata.

Si potrebbe pensare, per quanto attiene alla competenza psicologica, di affinare la capacità di riconoscere e trattare quelle situazioni in cui un intervento breve, centrato sull’individuazione di un problema contingente, può rappresentare per il cliente un servizio significativo ed efficace nel restituirgli la capacità di confrontarsi costruttivamente con la propria esperienza. Si ha la sensazione, invece, che a volte situazioni con queste caratteristiche vengano imbarcate per percorsi di lunga durata, non inutili, ma forse non strettamente necessari e tali da configurare un prodotto di cui non è il caso che il servizio si faccia carico. All’opposto, in alcuni servizi, la risposta che può essere data a domande relative a situazioni di tal genere equivale a comunicare all’utente che ha, in sostanza, sbagliato indirizzo rivolgendosi al CSM.

Ma certamente giunge all’attenzione degli psicologi nei CSM tutta una gamma di situazioni in cui un intervento breve (diciamo entro l’arco dei cinque incontri previsti come fase di valutazione) non ha senso e occorre darsi prospettive di medio-lungo periodo che propongono la questione del rapporto richieste/risorse disponibili. E qui si potrebbe pensare ad un utilizzo più mirato e organico di risorse esterne.

Si può osservare che se da un lato i Centri di Salute Mentale sono sottoposti alla pressione della domanda di servizi da parte del pubblico, da un altro lato essi ricevono una richiesta pressante da parte delle scuole private di psicoterapia e delle scuole di specializzazione universitarie, per la realizzazione di tirocini formativi. All’interno dei CSM, poi, si trova un’ampia compagine

professionale di psicoterapeuti – psicologi e psichiatri – con 25–30 anni di esperienza in quel contesto che potrebbero utilizzare una parte del tempo dedicato al lavoro clinico con l'utenza per funzioni di supervisione. Non sembrerebbe impossibile comporre questi diversi elementi e realizzare strutture che realizzino un servizio per il pubblico, costituiscano un ambito formativo sul campo e producano ricerca sulle prassi.

Si potrebbe pensare poi, in una prospettiva di intervento nella comunità di riferimento, ad un ruolo attivo dei Centri di Salute Mentale nella promozione del modello dell'auto-mutuo aiuto presso i luoghi di aggregazione e partecipazione presenti nel territorio.

Iniziative ipotetiche alle quali spesso si è pensato, ma per la cui realizzazione, anche solo a titolo di prima sperimentazione, sono finora mancati lo slancio creativo e il potere decisionale necessari.

L'Autarchico

Quando, nel settembre 2001, venimmo avvisati con una lettera che la madre era venuta a mancare, lasciandolo solo, lui, l'Autarchico, era da tempo noto al Servizio. Aveva preso contatto con noi anni prima, già riconosciuto invalido e in diritto di ricevere una pensione; il verbale recita: "sindrome dissociativa".

Ma ciò che maggiormente lo caratterizza è una sorta di ostinata e quasi infantile necessità di contrapporsi all'interlocutore e sottrarsi ai vincoli che governano i contesti, dovendo sempre, in qualche modo, forzarne almeno un po' le regole accettate e condivise. Questa sua radicata attitudine lo ha condotto ad una condizione di relativo isolamento sociale. Con due eccezioni. Il rapporto storico con un amico, un compagno del tempo del Liceo e con la famiglia di lui. E la frequentazione dell'aureo mondo della lirica e della musica classica dove, presso alcuni ambienti, è benvenuto e accettato come una mascotte, potendo perciò godere di alcuni privilegi come biglietti gratuiti per importanti manifestazioni artistiche.

Negli anni passati aveva preso parte a numerose iniziative riabilitative nel corso delle quali, puntualmente e con intensità variabile, si erano verificati gli inevitabili inciampi connessi al tentativo di mettere assieme autarchia e partecipazione al contesto. Così pure era stato per la frequentazione, di due anni, presso un centro diurno orientato alla pre-formazione lavorativa e che non aveva avuto l'esito auspicato di avviarlo ad un impegno produttivo.

Chi ci avvisava con la lettera, era appunto l'amico, persona dedita all'impegno sociale e che svolge per l'Autarchico una funzione che potremmo definire di "addetto alle pubbliche relazioni". Nella lettera sottolineava la funzione che si attendeva il Servizio svolgesse ora che l'Autarchico si trovava da solo ad affrontare la vita.

Assieme all'assistente sociale ci si incontrò, prima solo con lui e poi con entrambi. L'Addetto alle pubbliche relazioni riteneva che ci fosse bisogno di attivare un programma di aiuto domestico per garantire la cura della casa e della persona, l'altro non ne voleva sapere e assicurava di poter benissimo provvedere da solo a quanto necessario.

Ci si accordò prevedendo periodici incontri dell'Autarchico presso il Servizio, per verificare l'andamento del nuovo assetto, e contatti telefonici, se necessario, con l'Addetto alle pubbliche relazioni. Ma risultò presto difficile mantenere quanto previsto: appuntamenti saltati, telefonate per riconvocarsi, altre assenze e così via in un progressivo allentarsi dell'accordo, fino a quando l'Addetto alle pubbliche relazioni telefonò allarmato: aveva ricevuto, a propria volta, telefonate dai vicini di casa dell'Autarchico, anch'essi allarmati.

Riferivano condizioni igieniche della casa ai livelli di guardia; in particolare si era verificato un increscioso episodio quando, in assenza dell'Autarchico partito per assistere a una manifestazione musicale fuori Roma, consistenti schiere di formiche, muovendo dal balcone della sua abitazione, avevano violato i confini di un appartamento soprastante.

Non ottenendo risposta, i vicini avevano chiesto l'intervento dei Vigili del Fuoco che, penetrati in casa attraverso una finestra, avevano potuto far luce sull'origine dell'inquietante fenomeno: l'Autarchico, da qualche tempo dedito al giardinaggio domestico, aveva letteralmente trasformato il balcone di casa in una inestricabile giungla dove le formiche avevano potuto stabilire una popolosa comunità.

In seguito ci recammo a casa. L'appartamento, sporco e in disordine, con alcuni angoli trasformati in deposito di ogni genere di cianfrusaglie, non era comunque tra i peggiori che si siano visti nella storia dei CSM. Diciamo al limite delle condizioni necessarie per una pacifica convivenza in un ambito condominiale.

A quel punto l'Autarchico non ebbe difficoltà a convenire sull'opportunità di prevedere un aiuto domestico che una cooperativa di assistenza domiciliare avrebbe provveduto a realizzare e che il suo Curatore legale, a suo tempo nominato dal Giudice per richiesta della madre, avrebbe finanziato col denaro che questa gli aveva lasciato.

Piuttosto si dovette lavorare su una divergenza nel modo di intendere il progetto, tra noi e l'Addetto alle pubbliche relazioni. Questi si aspettava che gli operatori domiciliari avrebbero provveduto a una sistematica rieducazione dell'Autarchico, per fare di lui un perfetto padrone di casa, insegnandogli il giusto modo di

condurre le questioni domestiche. Questa attesa, orientata a rimodellare lo stile di vita dell'Autarchico sul calco dello stesso Addetto alle pubbliche relazioni, ci sembrava una premessa rischiosa.

All'Autarchico proponemmo la partecipazione ad un gruppo di attività, presso il Servizio, dedito alla pratica dell'escursionismo. Prospettiva che gradì e che lo vede convinto ed assiduo partecipante delle iniziative previste. Naturalmente questa proposta, da lui investita con avido desiderio, non ci esime dal ricorrente confronto con la riemergente autarchia, anzi, ma consente, almeno in alcuni momenti, di interrogarci e interrogarlo al riguardo.

Tengo, con gli attori presenti sullo scenario descritto, regolari contatti di verifica che considero funzione necessaria alla manutenzione dell'intervento.

Per quale prodotto?

Dotare l'Autarchico di una rete che lo sostiene in una condizione di marginalità compatibile.

La cosiddetta "area della gravità", cui si è fatto cenno in precedenza, interroga, in qualche modo, la competenza psicologica. Nel momento in cui i Centri di Salute Mentale si sono costituiti e hanno visto l'ingresso (consistente nella nostra, come in altre regioni italiane) degli psicologi, anche attraverso itinerari avventurosi come quello degli "Animatori Psichiatrici"⁴, molti di noi, sulla scorta di percorsi formativi seguiti in precedenza, hanno vissuto una sorta di illusione psicoterapeutica; vale a dire la convinzione che fosse possibile aggredire efficacemente anche la psicopatologia più grave con lo strumentario psicoterapeutico. L'inevitabile delusione che ne è seguita ha condotto molti a ritenere che sia quello un terreno su cui, come psicologi, c'è poco o nulla da dire e fare, essendo, invece, ambito elettivo della psichiatria (questo, appunto, nei Centri di Salute Mentale; nel frattempo, di contro, si assisteva a una forte presenza di psicologi nelle posizioni di responsabili dei Centri Diurni che via via andavano nascendo); ma è davvero così?

Se la psicopatologia, al di là di una certa soglia di gravità, risulta un terreno impercorribile con lo strumentario psicoterapeutico, è però vero che attorno alla psicopatologia o attorno alla persona che ne è portatrice, si individuano una serie di problemi di cui è utile occuparsi. Problemi inerenti i rapporti tra individui e contesti (familiari, di vicinato, nei casi più fortunati, lavorativi ...). O inerenti anche, spesso, l'assenza di contesti attorno alle persone. L'assenza di contesti di appartenenza, partecipazione, scambio. E sappiamo, ormai con chiarezza, che la condizione di isolamento, se da un lato appare come un portato della logica intrinseca alla psicopatologia, ne costituisce al contempo un potente fattore di aggravamento. Come pure sappiamo che fa sicura differenza se l'intervento complessivo si dispiega come riduzione o contenimento della psicopatologia e delle sue manifestazioni, con i mezzi che risultano efficaci (gli psicofarmaci), o se prevede l'impegno a interrogarsi sulla qualità complessiva di vita delle persone nella prospettiva di migliorarla⁵.

Quando si lavora nel setting psicoterapeutico, l'azione efficace si svolge nel "qui e ora" della relazione operatore-cliente. Se le cose funzionano come si vuole, in quell'ambito avverranno trasformazioni non casuali i cui riflessi, attraverso la capacità del cliente di apprendere dall'esperienza, si faranno sentire nel "là e allora" della sua vita, dove si è inizialmente originata la difficoltà che lo ha portato alla psicoterapia.

⁴ Tra il 1978 e il 1980 la Provincia di Roma, che allora gestiva i Servizi di assistenza per la salute mentale, ritenne di attivare presso i Centri di Igiene Mentale (quella era la definizione dei primi presidi territoriali nati a valle e per effetto della legge di riforma dell'assistenza psichiatrica) i "Club risocializzanti", strutture che dovevano favorire l'integrazione nel tessuto sociale delle persone che uscivano dagli ospedali psichiatrici mano a mano che questi venivano chiusi, come pure di quanti, non provenendo da quei contesti, sviluppavano condizioni psicopatologiche che li disponevano alla marginalità. Allo scopo venne ipotizzata la figura dell'"Animatore Psichiatrico" e venne così assunto, con contratto "a gettone", un numero consistente di questi operatori. La popolazione degli Animatori Psichiatrici era costituita per la quasi totalità da laureati o da studenti in Psicologia e da un piccolo numero di altre qualifiche (Assistenti Sociali, specializzandi in Psichiatria, Educatori Professionali...). Con la legge di Riforma Sanitaria del 1980, la competenza per la Salute Mentale passò alle Regioni. La Regione Lazio ereditò gli Animatori Psichiatrici che mantenne in servizio attraverso convenzioni via via rinnovate fino alla legge nazionale di sanatoria del precariato, nel 1985, con la quale vennero riconosciuti i titoli di studio posseduti e si procedette all'inquadramento nei ruoli professionali previsti per il Servizio Sanitario Nazionale.

⁵ Al riguardo sono interessanti le considerazioni che Ron Coleman (1999) svolge nel suo lavoro, *Recovery, an alien concept*, sui concetti di "recovery" e di "outcome".

Occupandosi dell'“area della gravità” questo paradigma operativo non funziona più e diventa necessario mettere attivamente le mani nel “là e allora”.

E dicendo ciò non si dice nulla di nuovo, visto che questo si fa e si è fatto da tempo. Penso però che quella che può apparire come la stessa azione possa, a ben guardare, non rivelarsi tale. Negli oltre 25 anni di storia dell'assistenza territoriale per la salute mentale, l'attenzione e l'intervento nei contesti reali sono apparsi, a volte, meccanici, come se il problema fosse unicamente trovare risorse materiali o come se fosse possibile perseguire livelli di integrazione delle persone nei contesti, per così dire “per decreto”. Altre volte si è assistito al procedere lungo quella che appare una scorciatoia illusoria: creare contesti in cui azzerare le differenze tra pazienti e operatori quasi che ciò bastasse a rendere i primi altrettanto capaci dei secondi a muoversi nel mondo.

Ma se il setting psicoterapeutico non costituisce uno strumento utilizzabile, nel modo che si è detto, lo stesso non può dirsi del sapere psicoterapeutico e psicologico-clinico, per ciò che comportano in termini di possibilità di lettura non convenzionale delle relazioni e dei contesti, e di sostegno e orientamento a un'azione non stereotipale.

Penso allora che la scommessa su cui è oggi possibile impegnarsi sia coniugare la capacità di azione nei contesti reali con l'attenzione alla dimensione simbolica, allo spessore psicologico delle relazioni, alla capacità di cogliere peculiarità delle persone (oltre la psicopatologia c'è una psicologia dei soggetti) e dei contesti⁶.

L'Asceta

All'età di quarantasei anni, l'Asceta vive con i genitori. Ha una diagnosi di schizofrenia e una lunga carriera psichiatrica alle spalle contrassegnata da molti tentativi di cura in contesti differenti.

L'ho conosciuto andando a casa assieme ad una collega psichiatra, dopo che lui aveva esplicitamente reciso il legame con il Servizio, con la cura e, in qualche modo, con il mondo esterno all'ambito familiare.

I genitori segnalavano il rifiuto di curarsi; il rifiuto di uscire per qualsiasi motivo da casa; il continuo rimuginare e, in parte, esprimere contenuti deliranti a carattere religioso e mistico; l'irregolarità del ritmo sonno-veglia e dell'alimentazione; il continuo e compulsivo lavarsi le mani. Incontrandoli ciò che più si avvertiva erano l'irritazione e il fastidio del padre per i contenuti ideativi del figlio; sentimenti che si traducevano in biasimo e rimprovero.

Dal canto suo l'Asceta lamentava l'intolleranza del padre e la mancanza di rispetto per i suoi interessi intellettuali, lasciando solo intravedere tematiche deliranti e negava, chiudendosi nel mutismo, spiegazioni sui motivi dei suoi comportamenti, in particolare il ritiro domestico. Confermava il rifiuto delle cure ma ammetteva la possibilità che tornassi per parlare.

Durante uno dei successivi incontri, mentre i genitori non erano presenti e ponendo fine ad una lunga pausa di silenzio, l'Asceta disse: “Sono il Segretario di Jahvè; sto fondando una nuova religione per combattere Satana!” La frase era detta col tono di una formidabile rivelazione; sembrava che volesse dirmi: “Tu insisti per sapere cosa tengo chiuso nei miei pensieri e te lo dirò, ma ne sarai spaventato!”

Effettivamente fui folgorato da quel lampo che disegnava i contorni di qualcosa finora oscuro; ma lui stesso dovette esserne spaventato perché subito aggiunse “Però, forse...per queste cose ci vuole un medico”. Così si fece e ricominciò una cura.

Da lì la situazione interna alla famiglia è cambiata; non, invece, l'ostinata clausura dell'Asceta.

Il farmaco viene assunto da lui, ma l'effetto va molto al di là della sua persona. Si potrebbe dire che è la triade familiare ad assumere il farmaco.

La cura erige un argine al delirio; l'Asceta lo coltiva ancora ma in un luogo relativamente separato del suo pensiero, mentre le relazioni familiari nella quotidianità ne sono libere.

Questa sua diversa disposizione ne modifica l'immagine agli occhi del padre che non ha più davanti ai suoi occhi un figlio sperso in assurde e oscure fantastiche che scambia per realtà e gli ingenera una rabbia impotente; adesso, invece, vede un figlio timido, fragile, pigro, spaventato dal mondo; un figlio che occorre proteggere e dotare di quanto può essergli necessario quando loro, i genitori, non ci saranno più.

⁶ Alcune esperienze, in questa prospettiva, sono presentate e discusse in Scala, De Toma, Tulli, & Bacigalupi, 2006. Vedi bibliografia.

E allora anche la richiesta nei confronti del Servizio si modifica. A questo punto sembra che i genitori dicano: “Lasciateci stare, ora la situazione va bene così, aiutateci a mantenerla e dateci un segno che vi ricordate che noi siamo qui”.

L'Asceta continua, tenace, nella sua clausura domestica sulla cui necessità e significato non dà spiegazioni. Sa che prima o poi dovrà confrontarsi col mondo là fuori, ma per lui, occupato con questioni ben più essenziali, non ha senso preoccuparsi del futuro; ci si penserà quando sarà inevitabile e per il momento non lo è; a mantenere i necessari rapporti col mondo là fuori provvedono, con attenzione e delicatezza, i genitori.

La vita procede nell'apparente immobilità di un equilibrio ad orologeria.

Un'altra constatazione cui conduce l'esperienza corrente nei servizi di salute mentale è che, quanto spesso appare un assetto patologico e inammissibile, può rappresentare forse l'unico equilibrio possibile per un dato contesto in un certo momento. E si giunge a volte al paradosso che vede gli operatori della salute mentale più realisti del re nel proporsi di riparare qualcosa che nessuno chiede di modificare.

Siamo lontani dal conoscere tutto sull'esistenza schizofrenica e sui sistemi di relazione che implica; sembra allora che il modo più opportuno di porsi nei confronti di queste realtà sia un atteggiamento di rispettosa curiosità, orientata a capire passo a passo, cosa è utile o possibile fare; sapendo che, a volte, l'unica funzione che si può utilmente svolgere è quella di sostenere equilibri che non abbiamo deciso noi, che nessuno ha deciso, essendo piuttosto la risultante obbligata di determinanti a cui non si ha accesso.

L'impressione che si ricava dalla frequentazione con questo tipo di situazioni è che molto spesso input piccoli, ma appropriati, risultano di gran lunga più utili di consistenti spiegamenti di energie presumibilmente mal direzionati e che mantenere con continuità una presenza non invadente consente margini di credibilità e di intervento quando, per inevitabili cambiamenti delle condizioni di vita, gli assetti abituali entrano in crisi come nel momento in cui persone nella condizione dell'Asceta perdono il sostegno derivante dalla presenza dei genitori.

Più interrogativi e spunti di riflessione e ricerca, forse, che risposte; ma questo consente, al momento, lo stato dell'arte.

Il profilo che si delinea spero consenta di cogliere che, a dispetto del punto di vista, tendenzialmente taciuto, ma sistematicamente agito, dei decisori della salute mentale (si assiste nel corso degli anni alla progressiva riduzione del numero di assistenti sociali e psicologi, mentre resta invariato o aumenta quello di psichiatri e infermieri), la competenza psicologia, con riferimento all'operatività dei Centri di Salute Mentale, potrebbe portare interessanti contributi in diverse direzioni.

Ma gli psicologi – quelli che stanno dentro i servizi e quelli che potrebbero entrarvi – questo lo sanno?

Bibliografia

Carli, R., & Panizza, R.M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Coleman, R. (1999). *Recovery, an alien concept*. Gloucester: Handsell Publishing. (trad. it. *Guarire dal Male Mentale*, Manifestolibri, Roma, 2001).

De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Mazzi, F., Serra, G., Scarpino, V., et al (2005). Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – World Mental Health) [Special Issue]. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Monograph Supplement 8.

Panizza, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1. Consultato il 20 maggio 2007 su <http://www.rivistapsicologiaclinica.it/italiano/numero1/PanizzaDininniCavalieri.htm>

Scala, V.F., De Toma, N.G., Tulli, P., & Bacigalupi, M. (2006). Nuovi strumenti per la salute mentale. *Psichiatria di Comunità*, 5(3), 179-188.