

EDITORIALE

di Renzo Carli*

Tecnicalità economica

Il 24 gennaio del 2008 il governo italiano del Primo Ministro Prodi cade per aver perso il voto sulla fiducia, richiesto in Senato.

Il governo Prodi, nell'arco dei 20 mesi di governo del Paese, ha collezionato molte antipatie. Questo è successo nonostante i risultati economici lusinghieri, lodati dalla Commissione Europea. Forse, proprio per l'impostazione strettamente "economistica" data alla sua azione di governo.

Sembra che il governare "da economisti", caratterizzante il governo Prodi, abbia implicato una sottovalutazione o spesso il completo ignoramento delle valenze simbolico emozionali associate, dai cittadini, agli atti di governo ed alla loro comunicazione. Un esempio: in un manifesto affisso in tutta Italia durante le prime settimane di governo, un partito appartenente alla compagine governativa dichiarava: "Anche i ricchi devono piangere". Forse era meglio dire che anche i poveri, con il governo in corso, avrebbero potuto sorridere. Quel messaggio appariva inutilmente e indiscriminatamente minaccioso. Chi sono i ricchi che devono piangere? Molti si sono chiesti, pur "di sinistra", se quel messaggio non fosse rivolto anche a loro, visto che il tenore di vita in Italia è notevolmente cresciuto dal dopoguerra in poi. La dizione "i ricchi" è vecchia, superata e simbolicamente ambigua. La soluzione dell'ambiguità non è univoca, e il messaggio veicola sospetto e paura. Una vera e propria azione masochista, per chi ha pensato di diffondere quel messaggio. Peggio, qualche mese dopo, è riuscito a fare il Ministro dell'Economia e Finanze Padoa Schioppa chiamando "bamboccioni" i giovani che vivono, sino ad un'età avanzata, nella casa dei genitori. Ecco un economista senza cultura simbolica, ma anche senza cultura politica, *tout court*. Un'espressione che può concernere il 10%, forse il 15% dei "giovani" che vivono con i genitori sino a tarda età per propria scelta. Il Ministro sembra ignorare, colpevolmente, la situazione di precarietà "giovanile"¹: una situazione dove il permanere nella casa dei genitori non è una scelta, per chi è costretto in una situazione lavorativa ed economica senza speranza di sviluppo, senza valorizzazione della competenza, entro lavori ripetitivi, sostitutivi di qualcun altro, senza sicurezza per il futuro. Una sciocchezza del Ministro, dunque, che indica però un fenomeno ben più grave e "profondo": l'idea che la gestione economica di un paese possa essere giustificata "solamente" in termini economicistici; con la speranza che tutti "capiscano" il senso del sacrificio che si chiede loro, sulla base di obiettivi quali i conti "a posto", in una valutazione unicamente economicistica degli eventi e degli atti di governo. Manca qualsiasi attenzione ad una motivazione emozionale rivolta a chi "subisce" l'azione economica. L'economista che governa *in modo autoriferito* sviluppa un'azione di governo "economicistica", e spera che i governati partecipino, chissà per quale motivo, alla sua stessa dinamica emozionale associata al "mettere i conti a posto": senza spiegare, motivare, dare obiettivi che facciano leva su dinamiche emozionali diverse da quelle proprie dell'economia. Se, all'interno di questo atteggiamento autoriferito, si fanno poi errori di valutazione emozionale come quello commesso da Padoa Schioppa, non c'è da stupirsi che l'immagine del governo viri decisamente verso il rifiuto, l'antipatia; un rifiuto che non viene solo da parte dell'opposizione, ma anche da chi ha votato a sinistra ed ha reso possibile il governo stesso. Un rifiuto che riflette il vuoto simbolico emozionale di una situazione politica dove, tutti, si fatica a individuare ideali, speranze, progetti nei quali identificarsi, valori da perseguire e difendere.

* 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 Il precariato è falsamente definito quale fenomeno giovanile. Ormai da molti anni sono diffusi, nel paese, contratti di lavoro provvisorio che creano "flessibilità" (definizione economica del fenomeno, utilizzata dall'impresa), o "precariato" (nel vissuto di chi trova lavoro solo con questa tipologia di contratto). Questo precariato concerne persone che erano giovani all'inizio della loro esperienza precaria, ma che ormai si trovano, sempre nelle stesse condizioni precarie, nel pieno della "mezza età".

Una situazione analoga, di vuoto o di misconoscimento del senso simbolico di quanto si vive e si fa, nel proprio lavoro e nella teorizzazione del proprio lavoro, sta avvenendo entro la psicologia clinica.

Mala tempora currunt.

Correnti di pensiero sempre più diffuse fanno riferimento alla diagnosi ed alla rilevazione “oggettiva” dei disturbi di personalità quali prassi centrali, che dovrebbero precedere ed accompagnare ogni attività di tipo psicoterapeutico. In alternativa al resocontare, visto quale dimensione poco precisa e poco valida “scientificamente”, un indulgere ai raccontini ottocenteschi. C'è la tendenza a confondere i sintomi con i problemi che le persone o le organizzazioni portano allo psicologo clinico. I *sintomi*, che caratterizzano il paziente, si diagnosticano con criteri che fanno riferimento, sostanzialmente, al DSM IV. I *problemi*, di contro, li comunica la persona o l'organizzazione, entro la relazione con lo psicologo clinico o con lo psicoterapista. Confondere sintomi e problemi, confondere diagnosi da un lato, vissuto entro una relazione dall'altro, è una cosa grave; si tratta, d'altro canto, di una prassi difesa sempre più a gran voce da parte di chi pretende di ridurre la pratica psicologico clinica al binomio diagnosi-terapia², propria della classica azione medica. Si sentono o si leggono sempre più spesso affermazioni del tipo: se un *paziente* presenta un *disturbo* depressivo maggiore, un *disturbo* ossessivo-compulsivo ed ipocondria, il clinico può dare priorità al trattamento farmacologico della depressione. Se, dopo il trattamento farmacologico, persiste il *disturbo* ossessivo-compulsivo e quello ipocondriaco, si dovrebbe diagnosticare quale *problema* è iniziato prima. Allo psicologo clinico spetta la decisione di trattare un disturbo prima di un altro, tenendo in considerazione e sapendo interpretare il giudizio di urgenza dato dal paziente nel voler affrontare un certo *problema*; il clinico deve infine saper indirizzare il paziente verso l'approccio terapeutico più idoneo³. Gli autori, che sostengono in altra sede la necessità di fondare una *Clinica Psicologica* al posto della Psicologia Clinica, sembrano orientare la loro visione “clinica” al paziente, ai suoi disturbi, alla sua sintomatologia, secondo una *vision* che tende a confondere psichiatria e psicologia clinica, nell'ipotesi di percorrere le strade della diagnosi basata sull'evidenza, le strade dell'oggettività empirica, con l'obiettivo di perseguire una auspicata confrontabilità dei “dati”.

Strade analoghe sono percorse da altri colleghi, nell'ambito della tematica concernente la verifica in psicoterapia.

Si tratta di tentativi legittimi ed interessanti, evidentemente. Sembra peraltro che non si tenga conto di quanto si perde seguendo queste strade. Perdita, a mio avviso, di grande rilievo. Negli approcci ora delineati, si perde completamente il senso della relazione; coerentemente a questo, si perde ogni possibile lettura simbolico emozionale della relazione. Tutto questo sembra sostituito da un'altra dimensione simbolica, peraltro agita e non pensata: la simbolizzazione di chi pretende di definire la “malattia” del paziente, di individuare la cura appropriata per quel disturbo – malattia, di valutare l'efficienza dell'intervento e di dimostrarne la validità alla comunità scientifica. Ebbi a proporre recentemente, ad alcuni colleghi interessati alla verifica in psicoterapia, un interrogativo che rimase, in quell'occasione, senza risposta: *quali sono le ragioni che hanno fatto della psicoterapia un'attività seguita e ricercata da moltissime persone, in gran parte del mondo, sia pur in assenza di una ricerca valida e definitivamente capace di dimostrare l'efficacia della psicoterapia, nei suoi esiti o nel suo processo?*

Credo che la Psicologia Clinica possa assumere due atteggiamenti molto diversi nei confronti di questo interrogativo. Da una parte c'è chi cerca di operativizzare la prassi psicologico clinica, al fine di farne un'azione diagnostica e terapeutica con suoi standard e suoi protocolli, con la legittima pretesa di rientrare entro l'alveo della medicina occidentale, organizzata entro l'epistemologia deduttiva ed induttiva. Ignorando completamente, d'altro canto, la logica abduttiva: quel paradigma

² Manca la prognosi, ovviamente. Ma come è possibile formulare una prognosi, senza una diagnosi eziopatogenetica? Come è possibile enunciare una prognosi sulla base della sola individuazione del quadro sintomatologico?

³ Sintesi tratta da: Rafanelli, C. & Fava, G.A. (2006), La valutazione dei fenomeni clinici tra qualità, quantità e giudizio clinimetrico, *Rivista di Psichiatria*, 41, 137-149.

indiziario che pur ebbe quali suoi fondatori e sostenitori, come ricorda Carlo Ginzburg, *medici* quali Arthur Conan Doyle (il padre di Sherlock Holmes), Giovanni Morelli (il fondatore dell'attribuzionismo in ambito pittorico) e Sigmund Freud. Dall'altra parte, c'è chi si chiede quale sia la "forza" dell'intervento psicologico clinico e della psicoterapia, quale la verifica che ne ha reso possibile lo sviluppo anche senza il contributo dell'approccio empirista. Forse, chi pratica la psicoterapia organizza una sua verifica⁴ all'interno della prassi stessa, nell'ambito della relazione e del processo simbolico che la caratterizza. Se quello è l'ambito di ricerca della verifica, allora le oggettivazioni del disturbo, la pretesa di sostituire il disturbo "oggettivo" al problema quale fenomeno eminentemente relazionale, sono dimensioni che possono allontanare dalla strada più proficua.

In questo ambito sembra interessante guardare alla differenza tra "resoconto" e "scale o test di valutazione" nella comprensione psicologico clinica.

Ma anche, ed è la stessa cosa, è importante considerare la differenza tra "diagnosi" e "relazione", entro la psicoterapia e l'intervento psicologico clinico.

La diagnosi

L'atto diagnostico si pone entro l'area della valutazione dell'"altro" e dei suoi disturbi, della sua patologia. Comporta, quindi, una relazione specifica: quella in cui una persona (il diagnosta) struttura una relazione volta, esplicitamente, a definire i disturbi dell'altro; di un altro che viene considerato, irreversibilmente, quale oggetto della valutazione diagnostica. Si può guardare a questa relazione sotto diversi punti di vista; ad esempio nell'ambito del "potere" sociale, si tratta di una relazione che configura un rapporto di *dipendenza* istituita, tra chi viene diagnosticato e chi opera la prassi diagnostica. Quello stesso potere sociale che definisce culturalmente la relazione tra "paziente" e "medico". Una dipendenza che non può essere, evidentemente, esplorata perché *agita* entro la prassi diagnostica stessa. Nella relazione si propone una forte asimmetria di potere tra chi "sa" ed ha le categorie per la diagnosi, e chi "non sa" e non può che accettare quanto gli verrà proposto o quanto verrà organizzato nella diagnosi dall'esperto, anche senza alcuna comunicazione diretta ed esplicita nei suoi confronti.

La diagnosi concerne l'altro, non la relazione. Questo deve essere ben sottolineato, se non si vuol incorrere in inutili menzogne. E le caratteristiche che si rilevano nell'altro, vengono evidenziate senza alcun riferimento alla relazione: sono stigmati che concernono, appunto, l'altro.

Un esempio?

"Per un clinico orientato psicodinamicamente, per esempio, rilevare la presenza di un cospicuo numero di caratteristiche narcisistiche può essere motivo sufficiente per ipotizzare che la persona in questione tenda a ricorrere ai meccanismi di difesa dell'idealizzazione, della svalutazione, dell'onnipotenza, della scissione, della proiezione e dell'identificazione proiettiva, abbia una struttura di personalità di tipo borderline e possa rispondere in modo soddisfacente a una psicoterapia psicoanalitica a orientamento espressivo o a una psicoanalisi vera e propria (vedi, ad esempio, Kernberg, 1984)." (Gazzillo, F. & Maggioni, D., 2003).

Qui "rilevare" fa ben vedere la pretesa "oggettività" di una rilevazione (appunto) che, se vissuta entro la relazione, necessariamente comporta un coinvolgimento di entrambi i protagonisti della relazione stessa. Considerazioni analoghe si potrebbero fare a proposito dell'affermazione "rispondere in modo soddisfacente a una psicoterapia psicoanalitica", ove la decisione del paziente scompare entro una prescrizione dettata dal rilievo empirico.

Vediamo ancora, dallo stesso articolo:

"L'attribuzione di una diagnosi può inoltre servire a placare l'angoscia che si prova di fronte a una persona di cui non si sa nulla e che si presenta in cerca di aiuto. Ma se da una parte sapere che quella persona presenta un certo tipo di "disturbo" con un nome e delle caratteristiche riconosciute

⁴ Ho proposto, in incontri con colleghi psicoterapisti, un "criterio" di verifica del lavoro psicoterapeutico: il fatto che il paziente ritorni dallo psicoterapista, seduta dopo seduta. Questa affermazione può sembrare ingenua o fuorviante, ad alcuni. Credo ci si debba pensare. Forse non abbiamo ancora individuato i motivi simbolici di questo "ritorno del paziente", seduta dopo seduta; d'altro canto l'evento, se visto al di fuori di obblighi o di adempimenti, ha una sua forza stupefacente, che merita una comprensione.

da una comunità di professionisti può essere un modo per assicurarsi rispetto alle proprie competenze, dall'altra può restringere l'apertura mentale necessaria a comprendere il senso delle diverse caratteristiche psicologiche di una persona, inevitabilmente unica, complessa e irriducibile." (Gazzillo, F. & Maggioni, D., op. cit.).

Consideriamo il fine dell'"essere assicurati sulle proprie competenze", che la diagnosi può facilitare. E', evidentemente, una finalità sulla quale il diagnosta potrebbe interrogarsi, guardando alla propria autostima, alla propria identità professionale ed al senso di una prassi di chiara mimesi medica, messa in atto per scopi di assicurazione personale e di recupero di un'immagine professionale credibile. Ma l'alternativa, per i nostri autori, è ancora la diagnosi: "comprendere il senso delle diverse caratteristiche psicologiche di una persona... ". Nessun accenno, anche minimo, alla relazione.

E' all'interno di questa concezione diagnostica che viene poi proposto l'uso della SWAP-200 di Westen D., Shedler J. & Lingardi V. (2003). Uno strumento interessante, che consente di diagnosticare i disturbi di personalità dell'"altro", attraverso la valutazione di 200 item con un punteggio di rilevanza, specifico per il paziente che si intende diagnosticare. Per l'applicazione della SWAP-200 bastano, si è soliti affermare, anche pochi colloqui con la persona che si intende diagnosticare e della quale "non si sa nulla", per dirla con Gazzillo e Maggioni. Questi ultimi, nel loro lavoro, presentano quale esempio gli item che servono per descrivere l'*identificazione proiettiva*:

"116: Tende a vedere i suoi sentimenti e impulsi inaccettabili negli *altri*⁵ e non in se stesso/a"

"76: Si comporta in modo da suscitare negli *altri*⁶ sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es., quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a, agisce in un modo che induce ansia negli altri)"

"154: Tende a suscitare negli *altri*⁷ reazioni estreme e sentimenti forti"

Verrebbe da chiedersi: chi sono gli "altri", sistematicamente evocati negli item in questione? Non si tratta, forse, dello psicologo o dello psichiatra che ha condotto qualche colloquio con chi deve essere diagnosticato, al fine di compilare la SWAP-200? O si tratta di dichiarazioni del "paziente"? Per quale motivo il punteggio concerne tendenze o comportamenti descritti quali caratteristiche *stabili* della persona diagnosticata? Inoltre: si riesce a cogliere quali possono essere le dinamiche relazionali evocate dalle dinamiche simbolico emozionali ricordate negli item? Si pensa, forse, che l'identificazione proiettiva sia un evento che concerne "l'altro" diagnosticato? L'altro che si caratterizza, ad esempio, con la sua tendenza a "vedere i propri sentimenti negli altri"? Con la tendenza dell'interlocutore diagnosticato a "suscitare sentimenti simili ai suoi, negli altri", a "evocare reazioni estreme e sentimenti forti negli altri"? Cosa significa provare tutto questo *nella relazione* con la persona che, poi, si vorrebbe diagnosticare? Cosa significa provare tutto questo *entro la relazione* con la persona che si accetta di avere in terapia?

Forse chi vive l'esperienza della relazione, e si prova a resocontarla, capirà la differenza tra la propria esperienza con il paziente ed il fare tre o più colloqui con la stessa persona, per poi essere in grado di dare un punteggio agli item della SWAP-200. Quanto voglio dire è che la diagnosi non è un "atto neutrale" senza significato emozionale, simbolico. *Agire la diagnosi significa accettare che specifiche dimensioni simboliche vengano agite entro la relazione terapeutica o diagnostica.* Se c'è un costo nel non formulare una diagnosi categoriale e dimensionale della personalità del paziente, c'è un costo anche nel perseguire la diagnosi stessa. Tornando all'identificazione proiettiva, stiamo parlando di emozioni che si dispiegano *entro una relazione*; non esiste l'identificazione proiettiva quale connotazione descrittiva dell'"altro"; esiste l'identificazione proiettiva quale caratteristica delle relazioni, *in primis* della relazione tra psicologo clinico e persona che si rivolge a lui con un problema. Diagnosticare sembra, in questo caso, costringere entro le strettoie della caratteristica propria di una specifica persona, quanto la stessa persona può vivere entro le simbolizzazioni emozionali che ne connotano le relazioni; relazioni definite dagli interlocutori e dal contesto. La diagnosi, quindi, tende a decontestualizzare specifiche dimensioni

⁵ Il corsivo è mio.

⁶ Il corsivo è mio.

⁷ Il corsivo è mio.

psicologiche, per considerarle quali connotazioni stabili di personalità, caratterizzanti un individuo decontestualizzato.

Si comprende che questo bisogno di diagnosticare sia presente nelle impostazioni cognitive della psicoterapia. Lo si capisce molto meno per chi dice di seguire teorie e tecniche psicodinamiche sia nella ricerca che nella prassi psicologico clinica.

Uno sguardo più ampio

Questo editoriale, in sintesi, vuole segnalare un orientamento culturale, dalla politica alla psicoterapia, che è sempre meno attento alla dimensione simbolica delle relazioni e che sembra voler sostituire l'atteggiamento empirico a quello della lettura simbolico emozionale degli eventi. I motivi sembrano diversi, e di difficile individuazione. Ma qualche ipotesi la si può fare. All'inizio parlavamo della differenza tra sintomi e problemi. Credo che per "vedere" i problemi non bastino manuali e scale categoriali. Serve un riferimento storico e culturale, entro il quale contestualizzare il problema stesso. Amartya Sen, nel suo saggio "*L'altra India*" (2005), affronta il grave problema dell'equità nel suo paese di origine; paese che è anche l'oggetto di molti dei suoi studi d'economista. Dice che l'appartenenza a *classi* sociali svantaggiate è un problema evidente di equità. Dice anche che altri fattori di mancata equità sono riferibili al sesso, sottolineando la disuguaglianza delle donne in India, all'appartenenza a *caste* di basso livello, a *comunità* marginali o fortemente minoritarie. Il premio Nobel sottolinea come queste dimensioni non si possono studiare, e "trattare" con interventi economici, separatamente. Sottolinea con forza come l'interazione dei fattori di disuguaglianza sia più rilevante dei singoli fattori, considerati uno ad uno. Il problema, quindi, non è la diagnosi economica delle differenti situazioni, ma la loro connessione entro contesti che vanno capiti, per poter intervenire al fine di promuovere l'equità. Ma "promuovere l'equità" è un valore, storicamente definito e culturalmente orientato. Mentre la correzione dei singoli "deficit" può provocare danni; può, come dice Sen, vedere situazioni complesse soccombere sotto il "fuoco amico".

Credo che lo svuotamento progressivo di possibili *mission* per la Psicologia Clinica, in Italia soprattutto ma anche in altri paesi europei, possa motivare la prassi di correzione del deficit, trascurando così l'obiettivo volto alla promozione di sviluppo. Un po' come sta succedendo al mondo politico.

Si tratta, d'altro canto, di una crisi culturale che sta investendo l'intera Europa. A lungo si sta parlando di "crisi" della cultura e della creatività in Francia; una sdifferenziazione nei valori e nei progetti sembra il risultato dello sviluppo economico in molti paesi europei, quando tale sviluppo non è sostenuto da *vision* connotate culturalmente e definite da specifici sistemi di valori. In queste situazioni, un preteso o reale "tecnicismo empirista" può funzionare da rassicurazione di fronte al vuoto ed alla crisi di identità. E può conferire false certezze.

Bibliografia

Gazzillo F., Maggioni D. (2003), *La SWAP-200: un ponte tra ricerca e clinica, diagnosi e formulazione del caso*. Retrieved from: <http://www.psychomedia.it/asp/setting/articoli/gazzillo-maggioni-16.htm>

Ginzburg, C. (1986). *Miti Emblemi Spie. Morfologia e Storia*, Einaudi, Torino.

Rafanelli, C., & Fava, G.A. (2006). La valutazione dei fenomeni clinici tra qualità, quantità e giudizio clinimetrico, *Rivista di Psichiatria*, 41, 137-149.

Sen, A. (2005). *The Argumentative Indian*. London: Penguin Books Ltd (trad. it., *L'altra India*, Milano: Mondadori, 2005)

Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

I formatori degli psicologi clinici e i professionisti dell'aiuto

di Antonio Imbasciati*

Nell'ambito dei professori universitari e dei ricercatori di Psicologia Clinica, nelle università italiane, si è rivelato un duplice e talora contrapposto orientamento metodologico-culturale: da un lato si sottolinea il rapporto interpersonale con le relative interazioni e le capacità relazionali dello psicologo, quali fulcri del lavoro clinico, e si propugna il concetto di scienza empirica centrata sulla persona; dall'altro si privilegia la ricerca psicobiologica e psicofisiologica, prevalentemente di laboratorio, e gli apporti delle neuroscienze quali fulcri per ciò che si ritiene un più diretto e preciso intervento clinico, da condursi nell'ambito della più generale metodologia delle scienze medico-biologiche. Nell'uno rispetto all'altro orientamento il concetto stesso di cosa si intenda per "clinico" diverge (Imbasciati, 2007b); le divergenze, non esplicitate a sufficienza, hanno dato e danno origine a equivoci, incomprensioni e vertenze nocive all'identità e all'immagine dello Psicologia Clinica stessa, con non indifferenti ripercussioni sul lavoro di tutti gli psicologi professionisti.

Tale duplice e divergente tendenza si verifica nell'intero corpus universitario del settore M PSI 08 (Psicologia Clinica). Si presenta, pertanto, quanto mai necessario un lavoro scientificamente condotto per esplicitare gli equivoci alla base delle suddette divergenze, la loro origine storica e il grado di adeguatezza dei differenti approcci metodologici rispetto alle attuali scienze alla cui applicazione deve ispirarsi l'assistenza; nonché l'Organizzazione del più ampio campo dell'ottimizzazione della Salute. In tal lavoro sto da alcuni anni cimentandomi (Imbasciati, 2006a, b, c, 2007a, b, 2008; Imbasciati, Dabrassi & Cena, 2007; Imbasciati & Margiotta, 2008), ma indispensabile al suo prosieguo è il dibattito e i contributi di differenti punti di vista.

In questa sede sottolineerò come le suddette divergenze e le ambiguità che ne stanno a monte possano nuocere all'avvenire professionale di tutti gli psicologi italiani.

Infatti, i docenti entro il cui ambito si constatano non indifferenti divergenze di impostazione sono i formatori dei futuri psicologi professionisti: poiché la maggior parte degli psicologi professionisti vanno a fare i clinici, i docenti del settore M PSI 08 sono i formatori dei futuri psicologi professionisti. La loro formazione, la loro professionalità e la stessa loro idea circa il lavoro detto "clinico", risentirà pertanto dell'una piuttosto che dell'altra tendenza dei loro formatori. Le differenze e le divergenze che si riscontrano in ambito accademico sono pertanto tutt'altro che irrilevanti nei confronti del futuro dell'intera professione degli psicologi, e di come essa si configurerà, si espanderà o restringerà, nella società italiana. A tale futuro dovrebbe dunque essere interessato l'Ordine professionale e le altre Associazioni che tutelano la professione.

Al di là della diatriba, peraltro in atto, sul maggiore o minore livello di scientificità (per es. dibattito sull'*Impact Factor*) e sull'utilità maggiore o minore dell'uno piuttosto che dell'altro orientamento, vorrei qui prospettare alcune conseguenze sulla futura professione degli psicologi, la stragrande maggioranza dei quali fa professione detta clinica, a seconda che riceveranno una formazione centrata sull'uno piuttosto che sull'altro orientamento, e cioè a seconda del tipo prevalente di formatori che essi avranno avuto.

La medicalizzazione dei servizi (Imbasciati, 2008b) e la prevalenza gerarchica degli psichiatri sugli psicologi¹, molto probabilmente favoriranno la seconda posizione: questo potrebbe produrre una concezione della Psicologia Clinica come centrata esclusivamente sulla correzione del deficit (Carli, 2006) e non come sviluppo della persona, ovvero centrata sulla patologia. Questa inoltre viene di solito intesa, sia in ambito medico-assistenziale che nell'utenza, in relazione a una

* Professore ordinario di Psicologia clinica e direttore dell'Istituto di psicologia della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia; membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. www.imbasciati.it.

¹ Sovente gli psichiatri affermano che essendo lo psichiatra uno Specializzato e invece lo psicologo un semplice laureato, la suddetta gerarchia può essere giustificata: ma nessun psichiatra mai si sognerebbe di considerare un ingegnere, o un economista o un giurista, della cui consulenza avesse bisogno, alla stessa stregua in cui considera lo psicologo. L'assunto implicito è che lo psichiatra si considera Specialista anche in Psicologia Clinica.

concezione norma/patologia che va bene in medicina, ma che risulta anche impropria e fuorviante per l'ambito psichico (Imbasciati & Margiotta, 2008); così come improprie e fuorvianti sono altre trasposizioni di concetti medici alla psicologia (Turchi & Perno, 2002). Si favorirà inoltre una concezione dell'intervento, cioè della professionalità dello psicologo, anch'essa fuorviante rispetto alla natura del campo psichico, di cui gli psicologi dovrebbero occuparsi (Carli, 1987, 1996, 2006; Grasso & coll., 2003, 2004). Conseguenza ulteriore, forse conclusiva in futuro, sarà quella per cui gli psicologi dei servizi si sentiranno richiesti di prestazioni di tipo transattivista: altrove (Imbasciati, 1993, 2008; Imbasciati & Margiotta, 2008) ho enucleato e descritto un paradigma generale sotteso alla prassi medica, che ho denominato transattivismo.

Si tratta della generale, implicita e data per scontata concezione che l'operatore è l'agente attivo che fa (o fa fare) qualcosa al paziente, il quale, oggetto passivo di tale azione transitiva su di lui, non deve far altro che essere, appunto, paziente; pazientare con adeguata compliance. Il termine transattivismo è derivato dalla grammatica: l'operato dell'operatore è come un verbo transitivo, un'azione transitiva. Questo paradigma va bene in chirurgia e con qualche limite anche in medicina, ma non si addice affatto allo psichico. L'intervento psicologico - clinico, per essere mutativo della struttura interiore del soggetto, deve passare per una relazione, cioè attraverso un'attività reciproca di elaborazione mentale dell'incontro intersoggettivo: il soggetto, relazionandosi con l'operatore in una reciprocità di ascolto, e non subendone una relazione imposta (molti operatori concepiscono la relazione come basata solo sulle parole e quindi sulla persuasione e in fondo sulla manipolazione), può, egli stesso più attivo dell'operatore medesimo, prendere - attivamente, ripeto - qualcosa che, proprio per il fatto di essere stato attivamente da lui stesso elaborato, lo faccia davvero cambiare. Si tratta di un modello interpersonale identificatorio, anziché manipolativo (Imbasciati & Ghilardi, 1993).

Il paradigma transattivista dell'intervento collude purtroppo con l'odierna cultura generale del "tutto, subito, presto (e senza tribolare)" che impera oggi. Le tecnologie mediche, chirurgiche e biologiche favoriscono questa mentalità: a ragione, finché l'aspettativa in questione si riferisca al biologico, ma a torto, con effetti deleteri, quando tutto ciò viene applicato allo psichico. Lo psicologo dovrebbe allora essere capace di analizzare la domanda dell'utenza e di farne virare l'atteggiamento e l'aspettativa: tutto ciò non è facile se anche l'Istituzione che permea i servizi gioca a favore dell'aspettativa dell'utenza.

Cosa succederà allora per quegli psicologi che si saranno formati con formatori di orientamento prevalentemente psicobiologico? Si troveranno sprovveduti della formazione necessaria per resistere alle richieste congiunte dell'Istituzione e dell'utenza, tanto più per cambiarle. Cercheranno allora di applicare i parametri medicalistici e, poiché questi sono inadatti a conseguire risultati di tipo psichico, falliranno: agli occhi degli stessi medici che, inconsapevolmente, hanno loro imposti tali parametri attraverso l'Istituzione. Risultato finale potrà essere la dequalificazione dell'opera dello psicologo nei servizi, nonché un'ulteriore declassificazione della sua immagine.

Simili nefaste trasformazioni potranno avvenire anche a livello di professione privata. Nell'attuale tendenza della società, l'utenza ha assimilato i modelli dell'intervento di tipo medico (Grasso & coll., 2003) e sull'onda dei mass media vive nell'ottimismo che la Scienza potrà offrire facili, rapidi, efficaci rimedi, ad ogni disagio di cui la gente non vorrà assolutamente soffrire. Come potrà lo psicologo professionista, sprovveduto nella sua formazione dei principi che informano l'intervento clinico centrato sulla persona, analizzare la loro domanda (Carli & Paniccia, 1981; Carli & Paniccia, 2003), nonché soprattutto far maturare in loro una differente concezione dell'intervento psichico, che li possa far virare verso quella collaborazione intersoggettiva a quest'ultimo indispensabile? Come potrà far virare gli utenti dall'aspettativa di essere oggetti passivi di un intervento attivo e transitivo dell'operatore (così è il modello medico: Imbasciati, 2008; Imbasciati, Cristini & Buizza, 2008), all'idea invece che per cambiare il loro stato occorre un "lavoro" loro? Dall'intervento psicologico di consulenza alla psicoterapia il passo è lungo un *continuum*: quale futuro allora per le psicoterapie?

Ma c'è infine un'ultima prospettiva, da considerare ancor più attentamente per il futuro professionale degli psicologi, sia nel pubblico che nel privato. In ambito sanitario, se da un lato si propone e impone un modello medicalistico per l'intervento sulla "patologia" psichica, dall'altro sembra che non sia stato del tutto dimenticato che anche le persone cosiddette normali

necessitano di un aiuto psicologico: ma questo aiuto, e questa istanza vengono completamente travisati. Infatti l'istituzione di molte delle ventidue lauree dell'area sanitaria (triennali in via di quinquennializzazione), contemplano nelle loro declaratorie mansioni di tipo psicologico, senza però il necessario contorno formativo di base, che qualificano gli operatori come "professionisti dell'aiuto", ai quali è deputata la consulenza (inevitabilmente psicologica) per tutte le persone che nel corso di una qualche specifica assistenza "sanitaria" necessitano di un aiuto per "problemi personali". Come psicologi sappiamo quanto spesso, sotto la riduttiva dizione di "problemi", vi siano disfunzionalità, anche grosse, della personalità, che necessiterebbero di un intervento specificamente psicologico: le competenze psicologico - cliniche in area sanitaria (e nella declaratoria delle lauree sanitarie) vengono chiamate "competenze umane". Come psicologi sappiamo quanto sotto questa riduttiva definizione di "competenze umane" si annidino velleità psicologiche di tanti operatori (fare psicoterapia!?) mascherate di semplicismo; e per contro sappiamo quanto l'utenza mascheri e nasconda, sotto l'effigie di una banale e incidentale consulenza, una richiesta per problemi complessi e spesso gravi.

Di fatto i nuovi ordinamenti, nella mentalità riduzionistica che regna in ambito medico a proposito delle scienze psicologiche e nella concezione medica della Psicologia Clinica, dequalificheranno la professione dello psicologo affidandola ad altri operatori.

Delle ventidue nuove lauree, ben sei vedono chiaramente delineate, nella declaratoria della loro futura professione compiti che anni addietro si sarebbero affidati agli psicologi. Questi nuovi laureati sono gli Educatori, i Riabilitatori Psichiatrici, i Logopedisti, i Fisioterapisti, le Ostetriche, gli Infermieri Pediatrici; ma a questi potremmo aggiungere anche gli Infermieri Generali, e gli Ortottisti, cui si affiancheranno ulteriori nuovi professionisti per ora contemplati fuori dell'ordinamento sanitario: gli Assistenti sociali, i Counselors, i Pedagogisti Clinici ed altre professioni ancora, in via di sviluppo. Tutti questi professionisti saranno i futuri concorrenti degli psicologi: e concorrenti favoriti.

Infatti, se le declaratorie loro attribuiscono mansioni di tipo psicologico che, a prima vista, potrebbero essere differenziate da quelle proprie degli psicologi, il fatto che questi operatori ricevano una formazione molto deficitaria, praticata da docenti provvisori e improvvisati (Imbasciati, 2008, Imbasciati, Margiotta, 2008), facilita confusione e presunzioni, cosicché tutti si sentiranno un po' "psicologi". Da "un po'" al farlo davvero, sarà facile; soprattutto se quello che si fa è esso stesso facilmente stravolgibile; e soprattutto consono, cioè colluso, con le aspettative dell'utenza, nonché con la mentalità medicalista, per la quale il lavoro dello psicologo è poco più di una psicologia del senso comune affinata dall'esperienza (Imbasciati, 2007a, b, 2008).

A fronte di questi concorrenti favoriti dal sistema occorrerebbero psicologi clinici ben ferrati in una loro *specifica* concezione del lavoro clinico. Questa preparazione dovrà però essere improntata alla prima delle due concezioni citate all'inizio, e cioè su una Psicologia Clinica incentrata sulla relazione interpersonale: altrimenti questi psicologi non potranno fare aggio su questi altri operatori "dell'aiuto". Se invece essi saranno stati formati da formatori che avranno privilegiato l'orientamento biologico, si troveranno certamente più preparati in competenze medico biologiche, ma del tutto sprovvisti a far fronte a compiti interpersonali specifici: succederà allora che questa schiera di psicologi, o avrà la fortuna di entrare (pochi, pochissimi) in laboratori dove certamente svilupperanno la Scienza, oppure andrà a obbedire sprovvedutamente a impropri dettami medico-psichiatrici; e saranno la maggioranza, o meglio la manovalanza assoggettata ad altra cultura.

Sembra che fino ad ora sia gli Ordini professionali, sia le altre Associazioni che si occupano di tutelare la professione abbiano considerato il mondo accademico e tutto ciò che vi accade come del tutto staccati dalla loro professionalità. Non è invece così: tra dieci, quindici anni il futuro del "mestiere" psicologico dipenderà da ciò che è accaduto nel mondo accademico; nella matrice dei formatori, il cui orientamento deciderà pertanto per intero la professione dello psicologo: dipenderà da ciò che è accaduto nell'avvicendamento dei docenti di Psicologia Clinica, ovvero da quale tipo di docenti universitari sarà promosso a diventare formatore di psicologi.

C'è oggi uno iato tra chi tutela la professione degli psicologi e il mondo accademico: è possibile rimediare? Questo iato potrebbe compromettere il futuro professionale di tutti gli psicologi, ben al di là di quanto da una certa parte si considera un po' dispregiativamente come "i giochi

accademici"? Forse c'è un disinteresse per mancanza di lungimiranza da parte degli Ordini professionali; o forse si tratta di disinformazione.

Bibliografia

- Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica*. Torino: Utet Libreria.
- Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna : Il Mulino.
- Carli, R. (1996). Psicoanalisi, mandato sociale e formazione, *Psicologia Clinica*, 1, 5-24.
- Carli, R. (2006). Correggere il deficit o promuovere la salute? In Molinari, E. & Labella, A. *Psicologia Clinica, Dialoghi e confronti*, Milano: Springer.
- Carli, R. & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicologia delle Organizzazioni e delle Istituzioni*. Bologna: il Mulino.
- Grasso, M., Cordella, B. & Pennella, A. (2003) *L'intervento in Psicologia Clinica*. Roma: Carocci.
- Grasso, M., Cordella, B. & Pennella, A. (2004) *Metodologia dell'intervento clinico*. Roma: Carocci.
- Imbasciati, A. (1993). *Psicologia medica: ambiguità dei medici italiani e fondazione scientifica della disciplina*. Napoli: Idelson - Liviana.
- Imbasciati, A. (2006a). *Equivoci sulle psicoterapie*. In Molinari E. & Labella, A. *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti*. Milano: Springer.
- Imbasciati, A. (2006b) Strutture emotive nella formazione dello psicologo clinico. In Molinari E. & Labella, A. *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti*. Milano: Springer.
- Imbasciati, A. (2006c) *Psicologia Clinica: presente e futuro*. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Imbasciati, A. (2007a) Medici, Psicologi (e perché no altri?). Intervista di Tania Fiorini, *Psicologia Toscana*, XIII, 1, 7-14.
- Imbasciati, A. (2007b) "Clinico" e Psicologia Clinica. *Giornale Italiano di Psicologia* (in print).
- Imbasciati, A. (2008) *La mente medica e le altre (sue?) professioni*. Milano: Springer, (in print).
- Imbasciati, A., Cristini, C. & Buizza, C. (2008) *Psicoterapie e loro futuro* (in progress).
- Imbasciati, A. & Ghilardi, A. (1993). *AIDS: Psicologia medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F & Cena, L. (2007). *Psicologia Clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. & Margiotta, M. (2008). *Psicologia Clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Turchi, G.P. & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologie come interrogativi*. Padova: Upsel.

L'analisi della domanda: contributo per un approccio clinico unificato.

di Nicolò Gaj*

Verso la fine del percorso universitario, la maggioranza degli studenti di psicologia riconosce di non sapere esattamente di che cosa uno psicologo si occupa nella prassi e quali sono le principali richieste sociali a cui si è chiamati a dare una risposta in qualità di professionisti. Spesso, gli studenti in psicologia iniziano la loro carriera avendo in mente una chiara visione di quelle che pensano essere le principali applicazioni della psicologia ma, dopo diversi anni spesi sui libri, queste certezze cominciano a vacillare. Sembra che l'abbondante quantitativo di informazioni raccolto nel percorso di studi contribuisca a confonderli: più sono vicini all'obiettivo della professione, più i connotati di tale professione divengono sfumati. E' mia opinione che una delle ragioni di ciò sia il carattere immateriale dei servizi psicologici (Olivetti Manoukian, 1998); questa non è solo una caratteristica peculiare dei servizi "psi", ma di tutti i tipi di servizi. Il campo dei servizi, infatti, possiede alcune caratteristiche peculiari rispetto all'ambito della produzione di beni (Normann, 1984):

- non avviene, come nel caso di beni tangibili, un trasferimento di proprietà quando si effettua un acquisto;
- il prodotto non può essere mostrato e non esiste prima dell'acquisto;
- il prodotto non può essere immagazzinato;
- la produzione, il consumo e la vendita avvengono spesso nello stesso luogo;
- l'acquirente/cliente prende parte direttamente alla produzione;
- è quasi sempre necessario un contatto diretto fra ente erogatore e cliente;
- il servizio non può essere esportato, ma può esserlo il sistema di erogazione del servizio stesso.

Ciò che è possibile chiamare "immaterialità" dei servizi psicologici può portare a considerarli come qualcosa di difficilmente valutabile attraverso gli strumenti della ragione o, dall'altra parte, può portare a considerarli alla stregua di beni materiali, trascurando il loro intrinseco carattere astratto, immateriale. Sia l'una sia l'altra sono modalità scorrette di considerare tali servizi, in quanto entrambe trascurano aspetti fondamentali di tale ambito.

L'erogazione di servizi implica il concetto di azione, una nozione spesso difficile da definire. L'azione è solitamente parte di routine o programmi che selezionano azioni compiute in passato con successo dall'attore. Utilizzare delle routine significa agire in contesti in cui i significati sono condivisi e relativamente stabili; in tal modo, possiamo selezionare l'azione corretta con un dispendio minimo di risorse cognitive.

Secondo questa teoria, l'azione solitamente è invisibile; noi agiamo "senza pensare" finché qualche cosa non apre i nostri occhi su di essa: si tratta del fallimento dell'azione stessa, il quale apre uno iato tra aspettative (l'esito che pensavamo l'azione avrebbe avuto) e l'esperienza (ciò che si è in effetti verificato). Quando ciò accade, diveniamo capaci di riflettere sull'azione, la quale diventa l'oggetto della nostra attenzione. La posizione di Weick (Lanzara, 1993), al proposito, è condivisibile: gli attori realizzano le loro azioni all'interno di contesti considerati come realtà costruite dagli attori stessi in grado di attribuire significati. L'azione è una risposta a contesti costruiti dall'uomo. Quindi, un agire generativo è possibile solamente quando si scardinano contesti familiari a favore di contesti nuovi. Si tratta di un processo inter-attivo, né individuale, né genericamente

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Italia. Specializzando in Psicologia Clinica, Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia.

collettivo. Risulta quindi essere di primaria importanza la negoziazione dei significati: l'azione assume un senso solamente all'interno di un contesto interpersonale in cui ogni azione viene realizzata in risposta o in connessione ad altre azioni. In conclusione, l'offerta di servizi si basa sulla produzione di beni immateriali ottenuti secondo modalità cooperative, relazionali, al contrario dei beni ottenuti secondo una logica tecnica, "materiale".

Da ciò che è stato fin qui esposto, risulta chiaro quanto sia necessaria una definizione– o ri-definizione – del concetto di competenza in relazione alla professionalità degli operatori dei servizi, in cui la dimensione relazionale è primaria. Secondo la definizione tradizionale, per competenza si intende un insieme di conoscenze (pratiche e teoriche) che il soggetto utilizza in un ampio spettro di situazioni per realizzare azioni collegate funzionalmente a un obiettivo (Lanzara, 1993). L'attore competente utilizza i programmi d'azione, i quali solitamente contengono norme generali d'azione, allo scopo di mantenere quella flessibilità che di solito attribuiamo al comportamento competente. L'abilità di discriminare tra differenti tipi di contesti è elemento fondamentale dell'agire competente.

Accanto alla definizione tradizionale, ve n'è un'altra che enfatizza l'importanza dello iato esistente tra l'astrattezza e l'immaterialità dei programmi cognitivi che guidano il comportamento competente e la concretezza dell'azione competente in circostanze naturali. Al proposito, Lanzara (1993) parla di prospettiva "ecologica": secondo tale visione, il contesto gioca un ruolo centrale dal momento in cui la competenza ottenuta all'interno di un dato medium (cioè con determinati strumenti e su determinati oggetti) raramente è trasferibile ad un altro medium. Infatti, essa richiede la conoscenza delle caratteristiche dei diversi contesti e la specificazione di nuove routine in relazione alle diverse condizioni dei diversi medium. Nel campo dei servizi – dove l'interfaccia tra attore e contesto è così importante – questo modo di intendere il comportamento competente sembra risultare molto utile e pertinente.

Oltre al problema della competenza, esiste un altro importante aspetto ad esso collegato: la legittimazione sociale del comportamento competente. In quest'ottica, la competenza implica la padronanza di strategie atte a dare risposta a problemi emergenti dal contesto sociale di appartenenza. Secondo Carli, Paniccia & Lancia (1988) i riferimenti legittimanti l'agire competente di una professionalità sono:

- Il rapporto tecnico/profano: il profano (l'utente della prestazione professionale) non è competente e porta una domanda rivolta alla competenza tecnica del professionista; la legittimazione deriva dalla capacità di quest'ultimo di rispondere a tale domanda sociale (Carli, 1989). La risposta del tecnico fonda il suo potere, in quanto tale risposta si configura come l'espressione del suo differente grado di competenza rispetto al profano. Si tratta di una modalità cosiddetta "sostitutiva" di porsi all'utenza: la prestazione del professionista "riempie" il vuoto (bisogno-richiesta) recato dal cliente (Circolo del Cedro, 1992; Carli, 1996b).

- L'appartenenza al gruppo di riferimento: è l'essere parte di un gruppo che fonda la propria identità professionale, che legittima il proprio agire. Il riferimento al gruppo d'appartenenza prescrive le metodologie e le tecniche da esibire di fronte alla domanda dell'utente.

Questi aspetti risultano utili quando l'attore si trova in contesti definiti e relativamente stabili, ma possono diventare ostacoli quando è necessario cambiare programmi d'azione consolidati ma non più utili. Ciò accade spesso nella sfera dell'erogazione di servizi psicologici, ambito in cui contesti multiformi e rapidamente cangianti obbligano l'operatore a modificare costantemente la propria prospettiva d'azione. Se questa caratteristica viene ignorata, i servizi erogati non avranno nulla a che vedere con la domanda dell'utente e l'offerta del professionista risulterà pericolosamente standardizzata.

Di conseguenza, risulta primario definire gli "strumenti di lavoro" dello psicologo: ciò significa attivare uno spazio di riflessione su quelle che sono le modalità tradizionali di lavorare e sul

nostro comportamento all'interno dei contesti in cui si è presenti in qualità di professionisti. Questo significa definire ciò che stiamo offrendo all'utente –al di là dei tecnicismi – in relazione alla domanda sociale a cui cerchiamo di dare risposta. Questo abbandonare vecchie e ben note cornici di esecuzione e applicazione al fine di adottarne di nuove può facilmente apparire pericoloso, dal momento in cui ciò è in grado di mettere in discussione le parti più fragili della nostra identità professionale. Tuttavia, spesso questa operazione risulta necessaria all'interno dei complessi contesti sociali in cui viviamo.

Di Ninni individua tre dimensioni caratterizzanti una professione (Berdini & De Bernardis, 1991):

- L'aspetto istituzionale della professione, vale a dire l'insieme degli strumenti, la metodologia, le finalità, l'identità professionale, il modo di trattare la domanda e di articolare la dinamica tecnico/profano;
- L'aspetto di differenziazione degli appartenenti a una professione, confrontati con le diverse strutture organizzative entro cui operano. Si tratta della traduzione dei fini istituzionali propri e della struttura in obiettivi congruenti con le domande degli utenti;
- L'aspetto riguardante il rapporto tra gli individui e le strutture cui sentono di appartenere; ciò attiene alla possibilità, da parte dei singoli soggetti, di riflettere e di produrre conoscenza sui "complessi di rappresentazioni da essi utilizzati per raffigurarsi il proprio ruolo" (Berdini & De Berardinis, 1991, p. 62).

L'ultima dimensione è fondamentale nel caso dello psicologo clinico. Si può affermare che l'aspetto centrale del suo comportamento competente sia la capacità di ri-definire e ripensare continuamente le sue azioni all'interno della relazione professionale, al fine di considerare appropriatamente l'ambito in cui sta lavorando. Nonostante la sua importanza, questa dimensione è stata trascurata nella pratica psicologica per molte ragioni. Prima di tutto, lo psicologo clinico è spesso chiamato a soddisfare domande contraddittorie e poco chiare; si trova nella posizione di fare qualche cosa, non importa che cosa. Inoltre, la richiesta di specificare le caratteristiche del proprio operare – rispetto alle altre figure professionali con cui lavora – può creare la necessità di cercare continuamente nuovi aspetti in grado di legittimare il proprio agire (Kaneklin, 2003). Tale situazione ha a che vedere con le assunzioni culturali che permeano i Servizi Psicologici italiani. Al proposito, il termine cultura si riferisce a un sistema implicito che i membri di una specifica organizzazione condividono allo scopo di interpretare la realtà. La cultura definisce e permea la natura dei servizi erogati (Lombardo & Mucelli, 1989). Nonostante l'avvento della riforma psichiatrica (legge n. 180), il "modello medico" ha costituito per molto tempo il nucleo alla base della cultura dei servizi psicologici. La tradizione medica condivide un modello tecnico basato su alcuni assunti (Fossi, 1991):

- Il funzionamento ottimale di un organo;
- Una modalità di funzionamento ottimale dell'organismo, che comporta una condizione di benessere;
- Un cambiamento di queste condizioni dovuto a fattori esogeni o endogeni;
- Un insieme di procedimenti per formulare una diagnosi e una prognosi;
- Un decorso del processo morboso che, auspicabilmente, si conclude con il recupero delle condizioni di salute iniziali.

Nella pratica sostanziata dal modello medico, i processi di conoscenza e intervento non implicano la relazione clinico/paziente (Guerra, 1997); tali processi necessariamente avvengono al suo interno, ma non la considerano come lo strumento e l'oggetto dell'indagine: "il committente parla dei suoi problemi utilizzando le sue categorie; lo psicologo, per intervenire su quei problemi deve, in contemporanea, intervenire anche sulle categorie" (Carli & Paniccchia, 2004, p. 77). Questo tipo di approccio è alla base della normale pratica all'interno dei Servizi italiani, anche nella prassi degli operatori in ambito psicologico, probabilmente perché sembra garantire un'identità professionale più forte e un modello d'azione più rassicurante rispetto ad approcci più moderni e "relazionali". Il "modello medico" costituisce quindi un catalizzatore in grado di alimentare il senso di appartenenza e coesione all'interno di un paradigma condiviso e credibile (Lombardo & Mucelli, 1989). Secondo il "modello medico", l'operatore e il paziente si comportano come se seguissero una sorta di copione (script). Il professionista è il salvatore: il suo comportamento competente è in grado di sconfiggere la malattia. Si verifica quindi un processo di scissione: da una parte c'è l'operatore (che simbolicamente è il "bene"), dall'altra, la malattia (simbolicamente il "male"), considerata come parte separata dal paziente (il quale cerca di alienare da sé ciò che lo fa soffrire). Tutto ciò implica una relazione in cui gli aspetti regressivi e di delega di responsabilità sono primari (Simonelli, 1993).

Come già visto, spesso nei Servizi di Salute Mentale italiani la pratica psicologica è influenzata e sostanziata dal cosiddetto "modello medico", il quale risulta però metodologicamente inadeguato per la clinica psicologica, in quanto i sintomi psicologici non sono effetti lineari di cause, ma necessitano di essere interpretati nei loro molteplici significati. Ciò non significa rifiutare il "modello medico", che rappresenta l'origine dell'operare clinico psicologico. Piuttosto, è opportuno che gli psicologi lo considerino in senso critico al fine di migliorare la loro competenza, evitando di utilizzare un modello rassicurante e riconosciuto come quello medico per cercare di eludere una sorta di crisi d'identità che da tempo affligge la psicologia clinica in Italia (Filippi, 1991). Un modo interessante per definire il comportamento competente dello psicologo clinico fa riferimento a una delle dimensioni centrali dell'agire psicologico: il cosiddetto orientamento all'utente (Carli, 1996b). Secondo questo approccio, il *proprium* dell'intervento non consiste nella messa in atto meccanicistica di tecniche e procedure (per esempio, psicoterapeutiche), ma in una più attenta considerazione dei bisogni portati dall'utenza nell'ambito della domanda d'intervento. Ciò significa individuare nuovi modi per definire problemi di competenza psicologica. In un servizio in cui la relazione medico/paziente è gestita secondo il "modello medico", il ruolo dello psicologo è quello di stabilire uno spazio (mentale) per permettere al paziente di pensare allo script in cui è coinvolto nell'ambito del suo rapporto con il medico e con la struttura. Nel far ciò, lo psicologo diventa in grado di comunicare con la soggettività del paziente, dimensione solitamente trascurata nella prassi medica quotidiana (Carli & Paniccchia, 1989; Ugazio, 1989).

Siamo di nuovo alla domanda iniziale: quali sono le principali richieste sociali a cui lo psicologo clinico è chiamato a dare una risposta appropriata? L'utente di servizi psicologici è un prosumer, nello stesso tempo produttore e consumatore del servizio di cui fruisce (Normann, 1984)? Nell'ambito psicologico, l'utente è un prosumer in un modo peculiare: di solito, la competenza dell'utente nel "produrre" in modo cooperativo il servizio è il requisito iniziale dell'ingaggio professionale. Per "competenza" qui si intende la capacità dell'utente di rappresentarsi (anche se in modo parziale) le caratteristiche del servizio di cui sta per fruire; in tal caso, possiamo propriamente parlare di prosumer. Nell'ambito dei servizi psicologici, invece, questo tipo di competenza costituisce l'obiettivo stesso da raggiungere (Salvatore & Pamplomatás, 1993; Simonelli, 1993). Tuttavia, l'inadeguatezza delle rappresentazioni anticipatorie del servizio di natura psicologica rende possibile la lettura simbolica della domanda dell'utente. Le funzioni professionali che usualmente attribuiamo allo psicologo (psicoterapia, counselling, interventi educazionali, formazione) sono pre-testi (Carli, Paniccchia & Lancia, 1988; Salvatore & Pamplomatás, 1993) in relazione alla reale offerta. Si tratta, in

altre parole, di modelli culturali di descrizione dell'intervento psicologico che rappresentano ancoraggi attraverso cui la metodologia psicologica può esplicitarsi e acquisire visibilità sociale all'interno del contesto storico e culturale in cui opera lo psicologo (Carli, Paniccia & Lancia, 1988; Carli & Paniccia, 1993; Salvatore & Pamplomas, 1993).

Per utilizzare propriamente la relazione, considerata come pretesto, è necessario leggere in modo appropriato il contesto: ciò significa interpretare la situazione al fine di selezionare il comportamento ad essa più adeguato. Inoltre, la situazione interpretata sarà in grado di assegnare significato alle nostre azioni all'interno di quella cornice, rendendole intelligibili. Per impostare un intervento psicologico "su misura" è quindi essenziale una dettagliata analisi dei dati: in tale prospettiva, l'attenta osservazione del contesto è una caratteristica fondamentale dell'approccio orientato all'utente.

La formulazione del modello di analisi fenomenologica sociale e individuale che analizzeremo è stato l'oggetto dell'indagine di Carli e collaboratori per molti anni (ricordiamo uno dei suoi articoli seminali del 1976, *Trasformazione e cambiamento*, Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria). In accordo con il cosiddetto nuovo approccio alla progettazione – i cui principali aspetti sono stati sopra esposti – Carli & Paniccia (1981) sottolineano l'importanza di due dimensioni nell'analisi della fenomenologia individuale e sociale:

-Organizzazione: si tratta della dimensione inerente al raggiungimento razionale e consensuale degli obiettivi espliciti che gli attori si sono posti. L'Organizzazione garantisce l'efficienza del processo trasformativo, mediante la suddivisione dei ruoli, la precisazione dei compiti di ciascuno, le modalità di decisione e di comunicazione, le strategie utilizzate; è la dimensione, per così dire, esplicita, visibile a tutti.

-Istituzione: si tratta di una "modalità di relazione (diritto, stato, educazione, religione, strutture di parentela) istituita, necessaria e storica, fissa ed eterna, che attraversa, condiziona e regola i gruppi e le organizzazioni sociali ma che, contrariamente a queste ultime dimensioni, non si manifesta strutturalmente e non è quindi concretamente oggettivabile nel sociale" (Carli, 1976, p. 177). L'Istituzione si maschera ed è implicita nell'Organizzazione: costituisce il versante emotivo che sostanzia l'agire organizzativo.

Gli aspetti istituzionali – solitamente considerati come inutili ostacoli al raggiungimento di obiettivi razionali – costituiscono invece una dimensione essenziale. La dinamica istituzionale è il modo tramite cui l'inconscio degli attori interagisce al fine di condividere simbolizzazioni affettive di eventi, contesti, relazioni. In tal senso, è possibile comparare l'ambito istituzionale al principio di simmetria, mentre l'ambito organizzativo al principio di asimmetria (Matte Blanco, 1986). In altre parole, il funzionamento istituzionale si riferisce al modo in cui opera l'inconscio, considerando le caratteristiche che Freud (1915) (Matte Blanco, 1975) identificò: mancanza del principio di non contraddizione, assenza delle categorie di tempo e spazio, sostituzione della realtà esterna con quella interna. Ogni cosa nell'inconscio è simmetrica; si tratta di un sistema omogeneo e indivisibile, in cui ogni relazione (Giovanni è il padre di Roberto) può essere considerata allo stesso tempo il suo opposto (Roberto è il padre di Giovanni). In termini psicoanalitici, si può parlare di processo primario, in cui l'energia psichica fluttua libera tra le rappresentazioni, secondo i processi di condensazione e spostamento, in opposizione al processo secondario, in cui le cariche libidiche sono più stabili e definite (Laplanche & Pontalis, 1967). Possiamo affermare che l'Istituzione ha a che fare con il modo in cui il processo primario elabora gli stimoli provenienti dal contesto sociale; è un livello di elaborazione differente rispetto a quello organizzativo. Questo, infatti, fa riferimento al modo di funzionamento cosciente, secondo il processo secondario: vengono cioè estratte relazioni asimmetriche a partire dall'omogeneità del sistema simmetrico (inconscio) (Carli, 1993). Come già affermato, l'Organizzazione è paragonabile all'essere asimmetrico del funzionamento mentale (Matte Blanco, 1975): il sistema conscio ha la funzione di estrarre parti dalla massa amorfa dell'inconscio – l'essere simmetrico – al fine di crearne una versione pensabile (nei termini delle categorie proprie dell'essere asimmetrico, cioè spazio, tempo e relazioni logiche). Si tratta di un'operazione simile al "descrivere qualcosa di immateriale per mezzo di immagini materiali" (Matte Blanco,

1975, p. 123). L'ambito istituzionale permette di gestire la reciprocità all'interno delle organizzazioni trasformative, attingendo da modelli di relazione pre-genitali (inconsci, non del tutto maturi), in cui l'utilizzo di processi scissionali e proiettivi è frequente (Carli & Paniccchia, 1981, p. 140): si tratta del nostro patrimonio di contenuti inconsci. Gli specifici aspetti fantasmatici dell'Istituzione sono così importanti perché costituiscono le principali componenti che motivano l'individuo all'azione (Carli, Paniccchia & Lancia, 1988). Al proposito, Freud parla di energia libera, proveniente dall'inconscio, come il motore dell'attività psichica. In altre parole, l'idea centrale è che ogni relazione sociale viene letta alla luce delle categorie affettive che costituiscono l'inconscio. Rispetto a ciò, Franco Fornari propone il concetto di Coinemi (dal greco koinòs, comune) per riferirsi alle categorie affettive comuni a ogni soggetto: l'Autore individua il padre, la madre, il fratello, gli organi sessuali, l'unione sessuale, la vita e la morte. Tali categorie formano un codice vivente che struttura la vita mentale di ognuno. Questa struttura "opera sia a livello di simbolizzazione privata, sia di simbolizzazione pubblica" (Maisetti Mazzei, 1987, p. 26). Le caratteristiche di tale codice (universalità, riferimento alle relazioni primarie e all'istinto di riproduzione) lo rendono in grado di guidare ogni individuo nel processo di attribuzione dei significati affettivi agli elementi del contesto, personale o pubblico che sia. Vicino a questa concezione, Eric Berne (1964) parla di Stati dell'Io, definiti come sistemi coerenti di sentimenti e comportamenti. Questi Stati dell'Io sono "realtà psicologiche" (p. 25) che si riferiscono a: 1. figure genitoriali; 2. stati volti alla valutazione obiettiva della realtà; 3. stati che rappresentano reliquie arcaiche dell'infanzia. Questi stati danno forma a ogni relazione sociale, attraverso l'attribuzione di un ruolo (in accordo con lo stato predominante) a ogni attore partecipante. Dunque l'Istituzione – la cui funzione può essere comparata a quella del codice dei Coinemi o al sistema degli Stati dell'Io – è una sorta di "lente" tramite cui l'individuo avvicina la realtà, leggendola come se stesse vivendo nell'attualità all'interno di una peculiare relazione primaria (tra quelle che strutturano l'inconscio). In termini psicoanalitici tradizionali, si può menzionare la nozione di transfert come concetto analogo; esso, infatti, non è altro che "una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità" (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 644). Come nel caso del transfert, le manifestazioni dell'Istituzione non sono ripetizioni letterali dei modelli primari, ma equivalenti simbolici di ciò che è stato trasferito.

Se l'attore è capace di pensare le sue fantasie (il contenuto dell'Istituzione), anziché agirle, sarà anche nelle condizioni di poter ricondurre le azioni a obiettivi congruenti con il sistema conscio (l'Organizzazione): lo scopo razionalmente definito è ora raggiungibile, dal momento in cui l'Istituzione è al servizio dell'Organizzazione. Il delicato equilibrio tra Organizzazione e Istituzione può rompersi quando si verifica la necessità di un cambiamento. In questi casi, fattori (organizzativi) interni o esterni richiedono cambiamenti che non sono seguiti da adeguate trasformazioni a livello istituzionale: gli obiettivi espliciti cambiano, contrariamente alla dimensione emozionale e relazionale che sostanzia il loro raggiungimento. In tal modo, si verifica una cosiddetta reificazione della dinamica istituzionale, la quale necessariamente porta all'irrazionalità e al conflitto. L'Istituzione (dimensione implicita) non è più funzionale a sostanziare adeguatamente il mutato assetto organizzativo (dimensione esplicita). Dunque, il nucleo dell'intervento psicosociale è l'ambito istituzionale, la cui espressione primaria è la collusione (dal latino, cum-ludere, giocare con qualcuno), definita come la manifestazione sociale del sistema inconscio. La collusione mantiene coesione e accordo sociale sulla base di una simbolizzazione emozionale condivisa del contesto (Carli & Paniccchia, 2004), evitando di utilizzare costantemente il modo di essere asimmetrico/conscio (Matte Blanco, 1986), che richiede un grande dispendio di risorse cognitive. Colludere significa semplificare la realtà sulla base delle "poche cose di cui parla l'inconscio" (Carli, 1990, p. 290). Due o più attori che colludono all'interno di una relazione giocano una sorta di rigido gioco di ruolo (un copione, script), in cui i ruoli e le funzioni hanno lo scopo di mantenere un determinato sistema di reciprocità (Berne, 1964). La modalità collusiva di conoscenza è fondata sulla negazione dell'individuo: le caratteristiche dei singoli soggetti sono infatti ricondotte a categorie emotive e script familiari. I processi collusivi includono ciò che è sconosciuto entro cornici ben note, in quanto hanno origine dalle categorie inconsce e assumono la forma di

figure parentali – una sorta di linguaggio dell'inconscio (Carli, Paniccia & Lancia, 1988). In altre parole, la realtà viene letta attraverso le lenti distorcenti della storia familiare fantasmatica dell'individuo (Berne, 1964; Freud, 1912; Maisetti Mazzei, 1987).

Il concetto di collusione non si applica solamente a organizzazioni trasformative (scuole, aziende, servizi); possiamo farne uso per interpretare ogni fenomenologia di relazione (individui, gruppi, famiglie). Si tratta di una nozione centrale dal momento in cui lo psicologo clinico ha a che fare con richieste d'intervento che rappresentano, nel modo in cui sono "agite", la manifestazione simbolica delle ragioni che hanno spinto l'individuo a richiedere una consultazione psicologica (Carli, 1997). In questi casi, la dinamica collusiva, precedentemente capace di supportare gli aspetti organizzativi della relazione in cui è inserito l'utente, non è più adeguata ad essa – come già si è visto. Questo iato tra Organizzazione e Istituzione, causato da una necessità di cambiamento gestita in modo inappropriato, determina la reificazione della struttura collusiva. Il "gioco" (collusione) si sclerotizza e diventa ostacolo al raggiungimento degli obiettivi organizzativi espliciti (Paniccia, 1989; Carli, 1996a), impedendo uno sviluppo generativo della relazione. Tale situazione solitamente porta alla richiesta d'intervento. Di fronte alla domanda sintomatica (collusiva) dell'utente, lo psicologo deve leggere i processi di attribuzione di significati fantasmatici nei propri confronti e nei confronti della struttura in cui lavora (Malagoli Togliatti & Costanza, 1993), al fine di comprendere perché il paziente sta facendo richiesta di una consulenza psicologica. Inoltre, il clinico deve essere in grado di leggere anche le proprie fantasie riguardo l'intervento e riguardo l'utente, nonché il modo in cui l'agire clinico potrebbe colludere con le attribuzioni fantasmatiche del paziente. In termini psicoanalitici tradizionali, la situazione in cui si trova lo psicologo è permeata dal processo di identificazione proiettiva: l'utente proietta parti di sé (contenuti inconsci) sullo psicologo, in modo da indurlo a comportarsi coerentemente con le parti proiettate. Per esempio, l'utente potrebbe vivere la relazione terapeutica come una relazione padre/figlio, spingendo lo psicologo ad agire come se egli fosse il padre. Si tratta di una richiesta sintomatica collusiva che necessita di essere interpretata, al fine di progettare l'intervento in modo appropriato. Sul piano operativo, è utile prestare attenzione all'analisi delle aspettative dell'utente e all'analisi del pattern di collegamento – cioè le modalità attraverso cui l'utente prende contatti iniziali con lo psicologo o con la struttura presso cui lavora (Ugazio, 1989). La considerazione di questi aspetti è importante perché essi forniscono informazioni circa i modelli collusivi che probabilmente l'utente riproporrà all'interno del setting clinico. Oltre a ciò, risulta fondamentale esplorare la relazione esistente tra il committente (per esempio, i genitori, il direttore di un'azienda, l'allenatore di una squadra) e l'utente finale (per esempio, un figlio/figlia, un dipendente, un professionista sportivo) del lavoro clinico: infatti, il committente potrebbe colludere con l'operatore nel tentativo di far coincidere l'intervento con i propri obiettivi manipolatori. Il committente spesso proverà a ricondurre l'utente a una posizione "corretta", congruente con il modello collusivo che cerca di affermare (Carli, 1987; Carli & Paniccia, 2004; Paniccia, 1989). All'interno di questa configurazione, lo psicologo aiuta l'utente a pensare le sue modalità usuali (patologiche) di relazione, di cui non è consapevole (De Coro & Grasso, 1988). L'interpretazione è uno strumento fondamentale per svelare un gioco (i modelli collusivi) che l'utente sta cercando di ripristinare nella relazione terapeutica (Carli & Paniccia, 1981). In tal senso, la domanda dell'utente non contiene solamente una richiesta, ma anche una diagnosi implicita e una proposta terapeutica ("abbiamo problemi di relazione, abbiamo bisogno di una terapia di coppia") che l'utente desidera legittimare (Guerra & Paniccia, 1987). Si tratta del carattere ambivalente della domanda, allo stesso tempo volontà di cambiamento e richiesta di trattare un problema già identificato. L'analisi della domanda deve disattendere le aspettative e le prefigurazioni in relazione al lavoro psicologico, al fine di creare uno spazio di riflessione su di esse. Lo psicologo ha il compito di rifiutare l'offerta collusiva dell'utente per aprire un nuovo modo di considerare i problemi che egli sottopone all'operatore. Tutto ciò produce la cosiddetta "confusione categoriale" (Carli, Paniccia & Lancia, 1988), uno stato in cui l'individuo è spinto a realizzare una revisione critica delle categorie cognitive e affettive che utilizza regolarmente nella modalità collusiva: ciò che

prima era considerato errore, ora può essere considerato una risorsa, e viceversa. Si tratta di qualcosa di simile al processo di riorganizzazione cognitiva descritto da teorici della Gestalt come Wolfgang Köhler e Max Wertheimer in relazione ai processi di problem solving. Quando avviene una riorganizzazione, le componenti cognitive e affettive si dispongono in un modo nuovo e inedito, in cui ogni componente assume una posizione differente rispetto alle altre (Legrenzi, 1994). Questa nuova organizzazione è qualitativamente differente rispetto alla prima: è composta dalle medesime componenti (cognizioni, emozioni, affetti, ecc.), ma al suo interno esse assumono diverse relazioni reciproche, favorendo così un nuovo modo di accostarsi ai problemi. La confusione categoriale è promossa da un insight capace di condurre il soggetto a considerare gli elementi del problema in modo globale (Köhler, 1929). Per attuare in modo appropriato l'analisi della domanda occorre prendere in considerazione tre fondamentali requisiti teorico-metodologici (Malagoli Togliatti & Costanza, 1993):

- L'analisi del contesto: l'operatore e l'utente sono considerati parte di un sistema. Essi possiedono una certa visione del mondo e sono influenzati dal contesto socio-culturale in cui vivono.

- Il rifiuto di una relazione terapeutica precostituita: l'accettazione passiva di una relazione psicologo/utente gestita secondo il "modello medico" può facilmente condurre alla collusione, impedendo di leggere la relazione in modo dinamico e creativo. Ciò potrebbe costituire un ostacolo al confezionamento di un intervento terapeutico "su misura".

- Il cambiamento epistemologico: il ruolo dell'operatore non consiste nel condurre l'utente verso un obiettivo predefinito ("modalità ortopedica"), ma nel promuovere un lavoro di analisi e riflessione. L'utente è considerato un individuo attivo e responsabile nel processo di costruzione della propria visione della realtà.

Dunque, il modello dell'analisi della domanda si prefigge lo scopo di produrre una conoscenza di tipo generativo, rifiutando una modalità ortopedica di cambiamento (secondo cui la relazione può essere "ricondata" a una certa posizione corretta di partenza) (Scotto di Tella, 1992). Lo psicologo si rende quindi garante del lavoro di riflessione: in tal modo, egli è in grado di porre l'utente nelle condizioni di assumere un nuovo atteggiamento responsabile verso la sua vita, in particolare in riferimento ai problemi che sta sperimentando e che porta nel setting clinico.

Abbiamo finora riassunto una proposta di approccio clinico unificato, così come è stata esposta sulle pagine della *Rivista di Psicologia Clinica* (successivamente *Psicologia Clinica*) durante gli anni '80 e '90. E' opportuno sottolineare che non si tratta (o non dovrebbe trattarsi) di un'altra teoria clinica, ma di un tentativo di creare un metalinguaggio che, come metodologia unificata, possa essere in grado di identificare di volta in volta quei criteri che rendono cogenti i vari punti di vista (Salvatore, 2006). Ritengo che l'idea di una psicologia clinica unificata sia molto importante, in particolare per due motivi:

- C'è stata (e in parte c'è ancora) una grande frammentazione nella psicologia clinica, e nella psicologia in generale, a causa dell'esistenza di molteplici modelli teorici e pratiche professionali, non di rado in conflitto fra loro (Sternberg & Grigorenko, 2003). Questa eterogeneità rende difficile per l'utente formarsi un'immagine organica del ruolo dello psicologo che possa fungere da catalizzatore per la domanda sociale: in altre parole, il (potenziale) utente non ha una precisa conoscenza, nemmeno parziale, di che cosa uno psicologo fa veramente.

- La psicologia come disciplina tende a reificare gli oggetti della sua indagine: in altre parole, un concetto (per esempio, l'inconscio) può essere decontestualizzato dal suo modello teorico di appartenenza per assumere diversi significati e per riferirsi a stati di realtà (Kimble, 1994), piuttosto che a un costrutto, che altro non è che un concetto astratto usato per indicare un complesso della vita psichica (Pedon, 1995). Conseguentemente, la psicologia tende a

scegliere i suoi oggetti d'indagine direttamente dalla realtà: "la disciplina si è ancorata non a oggetti psicologici (cioè a modelli basati su un costrutto teorico), ma a fenomeni della realtà, così come essi appaiono sul piano storico, a livello pre-scientifico" (Salvatore, 2006, trad. mia). Per esempio, "la psicologia scolastica non può essere interpretata come un'area della psicologia specifica e autonoma, dal momento in cui la scuola non è un dominio sistematico dotato di specificità psicologica. Ciò che accade nella scuola è ovviamente di interesse della psicologia; tuttavia, i fenomeni che lo psicologo osserva nella scuola non acquisiscono significato psicologico semplicemente per il fatto di accadere in quel contesto" (Salvatore, 2006, trad. mia). La frammentazione della disciplina e la sovrapposizione del piano storico e scientifico nella considerazione dei problemi di interesse disciplinare possono gettare nella confusione non solo l'utente, ma anche coloro che si stanno occupando di psicologia al fine di farne la propria professione. I due aspetti citati rendono gravoso rispondere ad alcune specifiche domande che uno studente si pone quando il traguardo della laurea in psicologia non è più così lontano: di che cosa si occupa veramente uno psicologo? Che cosa può fare uno psicologo? Quali sono i suoi "strumenti di lavoro"? Quali sono i problemi che siamo chiamati ad affrontare in qualità di psicologi? In che modo possiamo fornire una risposta a tali problemi? Quale è – se ne esiste una – la "modalità psicologica" di affrontare i problemi, al di là della moltitudine di scuole e metodi? Come giovane psicologo, per me è molto difficile poter rispondere a queste domande, considerando l'eterogeneità dei modelli teorici e pratici. Pertanto, è condivisibile la posizione di Sternberg & Grigorenko (2003) riguardo l'utilità di un approccio metodologico generale capace di dare valore a ogni specifica teoria che possa gettare luce sul problema considerato. Si tratterebbe non di un generico approccio a-teoretico – poiché ogni proposta intellettuale implica necessariamente l'assunzione di una specifica prospettiva –, ma di un approccio fondato su concetti di elevato valore euristico e pratico, provenienti dalle principali teorie psicologiche. Ritengo che la psicologia clinica necessiti di una prospettiva unificata da cui sia possibile studiare l'oggetto d'indagine senza ignorare l'esistenza delle inevitabili differenze pratico/tecniche (Sternberg & Grigorenko, 2003). Risulta primario quindi istituire un framework teorico generale in grado di integrare le caratteristiche più efficaci di teorie fra loro alternative (Kalmar & Sternberg, 1988; Sternberg, Grigorenko & Kalmar, 2001). Al proposito, gli Autori parlano di teoria di ordine superiore, la quale "implica l'introduzione di nuovi elementi che congiungano insieme le teorie e che rendano conto degli aspetti del fenomeno che nessuna delle teorie precedenti considerava" (Sternberg, Grigorenko & Kalmar, 2001, p.109, trad. mia). Sul piano metodologico, è molto probabile che singole operazioni siano inadeguate allo studio globale di qualunque fenomeno psicologico; risulta quindi utile fare uso delle cosiddette operazioni convergenti (Sternberg & Grigorenko, 2003, p. 27, trad. mia), cioè utilizzare metodologie multiple (per esempio, questionari, osservazioni, interviste cliniche, diversi tipi di test, ecc.) allo scopo di studiare un singolo fenomeno psicologico (per esempio, il pregiudizio). Ogni metodologia utilizzata dovrebbe integrare i dati provenienti dalle altre, fornendo una visione più dettagliata dell'oggetto. Il pericolo in cui possono facilmente cadere gli psicologi è di comportarsi come il cieco nella parabola dell'elefante: ognuno tocca una parte differente del metaforico elefante persuadendosi che la parte toccata costituisca l'intero animale. Ogni oggetto di interesse psicologico (come, per esempio, la memoria, le emozioni, la coscienza, i disturbi mentali), invece, dovrebbe essere considerato da molte prospettive diverse, ognuna delle quali svela una piccola ma importante parte (per esempio, aspetti neuropsicologici, cognitivi, educazionali, sociali, ecc.) del tutto. Sul piano teorico, è necessario un sistema per integrare far loro le teorie: Sternberg, Grigorenko & Karmal (2001) suggeriscono che, tipicamente, possiamo trovare che le teorie A e B possono essere corrette in alcuni aspetti e scorrette in altri. L'obiettivo è quello di integrare "quegli aspetti delle due [o più] teorie che sono empiricamente sostenibili e scartare quegli aspetti delle due [o più] teorie che non lo sono" (Sternberg, Grigorenko & Karmal, 2001, p. 109, trad. mia). Affrontando il tema della psicologia clinica, risulta fondamentale non solo considerare i requisiti empirici delle teorie in competizione, ma anche il loro valore euristico, cioè la loro capacità di generare nuovi modelli di conoscenza e intervento.

In conclusione, possiamo considerare due differenti livelli di analisi in un approccio clinico unificato: 1. particolare (pratica): si tratta della dimensione metodologica, cioè del modo in cui lo psicologo utilizza le sue tecniche. La questione principale è: come integrare differenti metodologie senza perdere in efficacia pratica?; 2. universale (teoria): è la dimensione teoretica, la “mappa” che lo psicologo usa per leggere la realtà. La questione principale è: in che modo le differenti teorie possono congiungersi? Su che piano può essere realizzata tale integrazione?

Un approccio clinico unificato deve essere in grado di fornire un orizzonte teorico condiviso che preveda un pluralismo metodologico in grado di contribuire all’espansione della conoscenza e all’uso di molteplici strumenti tecnici. La proposta dell’analisi della domanda cerca di fornire una cornice teorica comune attingendo apertamente dalla teoria psicodinamica. In un interessante articolo, Drew Westen (1998) elenca cinque postulati generali su cui i clinici contemporanei di orientamento psicodinamico farebbero affidamento nel lavoro di ogni giorno:

1. la maggior parte della vita mentale è inconscia;
2. i processi mentali operano in parallelo, cosicché gli individui possono avere sensazioni contrastanti che motivano il loro comportamento in direzioni opposte;
3. modelli stabili di personalità si formano durante l’infanzia;
4. le rappresentazioni del sé, degli altri e delle relazioni guidano le interazioni delle persone e influenzano il modo in cui diventano psicologicamente sintomatici;
5. lo sviluppo della personalità implica un movimento da uno stato di dipendenza e immaturità a uno di maturità e interdipendenza.

E’ facile notare come ogni caratteristica del modello dell’analisi della domanda possa essere facilmente ricondotta a tali assunzioni: la posizione centrale della nozione di Istituzione (postulato 1), il dualismo tra Organizzazione e Istituzione (postulato 2), il modo in cui i modelli pre-genitali di natura istituzionale influenzano le relazioni umane (postulato 3), la centralità del concetto di collusione (postulato 4), l’importanza della sintonizzazione dell’ambito istituzionale agli aspetti organizzativi allo scopo di raggiungere obiettivi espliciti (postulato 5). Nonostante l’esplicito riferimento a un orientamento psicodinamico, il modello dell’analisi della domanda include concetti tradizionalmente trascurati da questa prospettiva teorica. La dimensione interpersonale gioca un ruolo centrale in esso, in accordo con l’approccio sistemico e il mainstream psicoanalitico contemporaneo; inoltre, il concetto di Organizzazione rappresenta le dimensioni della razionalità, della coscienza, della “cold cognition”, concetti tradizionalmente ignorati da un approccio psicoanalitico classico. Infatti, tutti questi sono aspetti ben noti e accettati nella comunità clinica, poiché sono considerati di grande valore euristico ed empiricamente validi. Sono nozioni che progressivamente si sono integrate all’interno di un approccio clinico psicodinamicamente orientato perché considerate aspetti fondamentali dell’interazione clinica, così come della vita umana. Insieme alle altre nozioni fin qui considerate, esse costituiscono “un insieme di principi generali rintracciabili nella psicologia odierna. Questi principi vengono applicati ovunque all’interno della disciplina [...]” (Kimble, 1994, p. 510, trad. mia). Nel testo originale, Kimble si riferisce alla psicologia generale, ma possiamo facilmente utilizzare la sua citazione anche in riferimento alla psicologia clinica. Pertanto, il modello dell’analisi della domanda può essere considerato come una proposta iniziale per un approccio clinico unificato, fondato su una psicologia dinamicamente orientata. L’istituito orizzonte teorico (dimensione universale-generale) permette di interpretare la realtà per mezzo di un insieme di concetti come l’inconscio, la collusione, la relazione, la dialettica Istituzione/Organizzazione. All’interno di tale cornice, può essere utilizzata ogni tecnica psicologica congruente con le modalità con cui la teoria legge la realtà clinica (dimensione pratica-locale).

In conclusione, la principale sfida da affrontare per articolare un approccio clinico unificato riguarda il modo attraverso cui la pratica viene connessa alla teoria e, viceversa, come tecniche di differente orientamento possano essere utilizzate appropriatamente all’interno della medesima cornice (meta)teorica. Si tratta di questioni che richiederanno una riflessione

approfondita e acuta: un salubre dialogo tra teorici e clinici si configura come l'unica dura strada da perseguire per realizzare un approccio clinico psicologico unificato e unificante.

Bibliografia

Berdini, G., & De Berardinis, D. (1991). Riflessioni sulla formazione professionale dello psicologo clinico. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 60-67.

Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Ballantine Books (trad. It.: *A che gioco giochiamo*, Milano: Bompiani, 1967).

Carli, R. (1976). Trasformazione e cambiamento. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 1 (2), 148-194.

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

Carli, R. (1989). La fase istituyente della professionalità psicologica. *Psicologia italiana*, 2, 25-29.

Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 282-296.

Carli, R. (1993). L'analisi della domanda collusiva. In R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 5-39). Milano: Giuffrè.

Carli, R. (1996a). Psicoanalisi: mandato sociale e formazione. *Psicologia clinica*, 1, 5-22.

Carli, R. (1996b). Psicologi e Servizio Sanitario Nazionale. *Psicologia clinica*, 1, 30-41.

Carli R. (1997). Editoriale. *Psicologia clinica*, 3, 5-25.

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

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1989). Psicosociologia dell'ospedale: riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico. *Rivista di Psicologia clinica*, 2, 148-160.

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

Carli, R. & Paniccia, R. M. (2004). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., Paniccia, R. M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: Carocci.

Circolo del Cedro. (1992). La competenza psicologico-clinica. Riflessioni e proposte del Circolo del Cedro. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 6-37.

De Coro, A. & Grasso M. (1988). La consultazione psicologica in un centro di psicologia clinica: note sull'osservazione del transfert nella fase di valutazione. *Rivista di Psicologia clinica*, 2, 149-160.

Filippi, L. S. (1991). Sull'esigenza prioritaria di una "diagnosi integrata": contributo all'epistemologia del rapporto tra psicologia clinica e psichiatria. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 266-273.

Fossi, G. (1991). Quale modello per la psicologia clinica?. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 274-278.

Freud, S. (1912). Tecnica della Psicoanalisi. In Freud, S., *Opere*: vol. VI, Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1915). Metapsicologia. In Freud, S., *Opere*: vol. VII, Torino: Bollati Boringhieri.

Guerra, G. (1997). Psicologia Clinica e Psicologia Generale. *Psicologia clinica*, 3, 58 -66.

- Guerra, G. & Paniccia, R. M. (1987). Analizzare la domanda: un caso di intervento in un Servizio di Diagnosi e Cura. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 54-64.
- Kalmar, D.A. & Sternberg, R.J. (1988). Theory knitting: an integrative approach to theory development. *Philosophical Psychology*, 2, 153-170.
- Kaneklin, C. (2003). *Produzione di valore per l'utente e integrazione professionale-organizzativa*. Paper presentato al Congresso Nazionale ASL 18 La qualità dell'assistenza per una migliore qualità della vita, Alba, Italia.
- Kimble, G. A. (1994). A frame of reference for psychology. *American Psychologist*, 6, 510-519.
- Köhler, W. (1929). *Gestalt psychology*. New York: Liveright (trad. it. *La psicologia della Forma*, Feltrinelli, Milano, 1961).
- Lanzara, G.F. (1993). *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France. (trad. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1993).
- Legrenzi, P. (Ed.) (1994). *Manuale di Psicologia Generale*. Bologna: Il Mulino.
- Lombardo, G.P. & Mucelli R. (1989). Modelli del mentale e cultura organizzativa: la pratica clinica nei Servizi di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 15-26.
- Maisetti Mazzei, F. (Ed.) (1987). *Psicoanalisi, arte, persona*. Milano: Franco Angeli.
- Malagoli Togliatti, M. & Costanza, G. (1993). La costruzione del cambiamento nell'analisi della domanda. In R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 41-57). Milano: Giuffrè.
- Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as Infinite Sets: An Essays in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company (trad. it. *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*, Einaudi, Torino, 1981).
- Matte Blanco, I. (1986). Sigmund Freud: capostipite di una nuova epistemologia. *Rivista di psicoanalisi*, 3, 331-341.
- Normann, R. (1984). *Service Management. Strategy and Leadership in Service Bussiness*. John Wiley & Sons (trad. It. *La gestione strategica dei servizi*, Etaslibri, Milano, 1985).
- Olivetti Manoukian, F. (1998). *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*. Bologna: Il Mulino.
- Paniccia, R.M. (1989). La collusione. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 291-306.
- Pedon, A. (1995). *Metodologia per le Scienze del Comportamento*. Bologna: Il Mulino.
- Salvatore, S. & Pamplomatas, A. (1993). Il prodotto in psicologia clinica. Considerazioni sulla capacità di domanda del mercato. *Rivista di Psicologia clinica*, 2-3, 92-122.
- Salvatore, S. (2006). Models of knowledge and psychological action. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, da www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Scotto Di Tella, S. (1992). Analisi della domanda e restituzione della delega come elementi caratterizzanti la professionalità psicologico-clinica. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 301-311.
- Simonelli, C. (1993). Alcune riflessioni sulle caratteristiche dell'invio allo psicologo clinico da parte del medico. In R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 231- 238). Milano: Giuffrè.

Sternberg, R.J. & Grigorenko, E.L. (2003). Unified Psychology. In Kazdin A. E. (Ed.), *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research* (3rd ed.) (pp. 23-47), Washington, DC: American Psychological Association.

Sternberg, R.J., Grigorenko, E.L. & Kalmar, D.A. (2001). The role of theory in unified psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 2, 99-117.

Ugazio, V. (1989). L'indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista. *Terapia familiare*, 31, 27-40.

Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 3, 333-371.

Il Processo del Perdono: aspetti psicologici

di Enrico Molinari *, Andrea Ceccarelli **

*“Ricordare
è
forse
il modo più tormentoso
di dimenticare
e forse
il modo più gradevole
di lenire
questo tormento”
(E. Fried, 1988)*

Introduzione

L'uomo è un essere relazionale ed interagisce con il mondo circostante fin dalla nascita. Wallon, osservando che il neonato necessita in ogni istante di assistenza, afferma che egli è essenzialmente “sociale”: tutte le sue reazioni hanno bisogno di essere completate, compensate, interpretate; incapace di fare alcunché da solo, è manipolato da altri ed è nei movimenti degli altri che prenderanno forma i suoi primi atteggiamenti. Per l'uomo, dunque, essere “sociale” è un'intima necessità, una condizione genetica.

Gli esseri umani trascorrono gran parte della loro vita impegnandosi in relazioni significative, interagendo con persone a cui tengono. Nel corso delle interazioni sociali, inevitabilmente, si compiono azioni che feriscono. Le opportunità di ferire e sentirsi feriti sono molte, dalle meno alle più severe, ma il loro impatto varia in modo considerevole da persona a persona e da relazione a relazione.

Le relazioni interpersonali soddisfano i più profondi bisogni umani di affiliazione, ma sono anche la fonte di alcune tra le più dolorose ferite. Quando le offese prendono vita, emozioni negative come la rabbia e il risentimento sono reazioni piuttosto comuni che creano una potenziale rottura della relazione stessa (Fincham, Paleari & Regalia, 2000).

A creare ulteriore disagio è l'esigenza naturale di rispondere, attraverso la vendetta, all'offesa subita, per riparare al diritto oltraggiato. Questo sentimento di vendetta può degenerare in rancore: non è più la semplice riparazione di un diritto violato che viene ricercata, ma il male che, in cambio del torto subito, si può arrecare all'offensore. Il rancore è una passione che, aggiunto alla sofferenza per l'offesa subita, ne accentua il carattere alienante (Scabini & Rossi, 2000).

Un fattore significativo che può aiutare a far fronte in maniera adattiva alle inevitabili fratture relazionali quotidiane è la capacità di perdonare. L'inclinazione a perdonare ha importanti implicazioni non solo per il benessere delle relazioni, ma anche per il benessere personale.

Il perdono si configura, quindi, come un mezzo che l'uomo ha a disposizione per salvaguardare un rapporto compromesso e per rispondere con fiducia e accettazione all'offesa e al dolore infertogli.

Ide (1997), citando San Tommaso, scrive: “L'uomo è per natura incline all'armonia ed all'unità tra gli uomini, il perdono ristabilisce il legame perduto, la comunione turbata, esiste un'inclinazione naturale al perdono inscritta nel cuore di ogni uomo”.

* Professore ordinario di Psicologia clinica, Università cattolica, Milano.

** Ricercatore, Istituto Auxologico Italiano, Milano.

Il perdono in psicologia

Il perdono è divenuto oggetto di interesse da parte della psicologia soltanto in questi ultimi anni. Per lungo tempo le persone hanno praticato e studiato il perdono soprattutto all'interno del contesto religioso e filosofico. Lo studio scientifico dello stesso, al contrario, è iniziato solamente in questi ultimi anni, una volta aumentati l'interesse, la comunicazione tra le discipline e il dibattito teorico riguardanti questo costrutto (Berry, Worthington, Parrott, O'Connor & Wade, 2001). Il concetto di perdono ha quindi una ricca storia in filosofia e nella tradizione religiosa Giudaico-Cristiana, mentre gli studi psicologici che lo riguardano sono stati molto rari fino a pochi anni fa (McCullough, Sandage & Worthington, 1997).

Soffermandosi a considerare le modalità attraverso cui lo studio del perdono si è sviluppato e consolidato in ambito psicologico è possibile osservare come la maggior parte dei contributi pubblicati sul tema consistano in riflessioni di natura teorica. Fino alla prima metà degli anni Ottanta queste riflessioni venivano prevalentemente condotte da teologi e consulenti spirituali, allo scopo di evidenziare l'utilità dell'applicazione di categorie teologiche alla comprensione e risoluzione del disagio psichico. Il perdono, in questo contesto, era ritenuto uno dei mezzi più efficaci che l'individuo ha a disposizione per superare il risentimento, l'ansia e il senso di colpa derivanti dal peccato e, quindi, un ingrediente necessario per il benessere psichico della persona (Scabini & Rossi, 2000).

A partire dalla metà degli anni Ottanta, è aumentato considerevolmente il numero di scritti teorici pubblicati da psicoterapeuti, psichiatri e consulenti psicologici (Fincham, 2000; Scabini & Rossi, 2000; Worthington, E.L. 1998; Worthington, E.Jr., 1998). Tali contributi concordano nel giudicare il perdono un valido strumento terapeutico per il trattamento di particolari gruppi di soggetti disturbati (donne che hanno abortito, individui vittime di abusi sessuali, familiari di alcolisti o di disabili, coppie in crisi o separate, malati terminali).

L'ultimo decennio è stato contrassegnato da un numero crescente di ricerche empiriche (Fincham, 2000; McCullough, Exline, & Baumeister 1997; McCullough & al., 1998) condotte sul perdono, in particolare all'interno delle relazioni intime (*close relationships*).

Definire il perdono

La definizione che spesso viene citata dagli autori che trattano questo argomento è quella del filosofo inglese Joanna North (1987): "Per perdonare, dobbiamo superare il risentimento, non negandoci il diritto di provare quel risentimento, ma sforzandoci di vedere il colpevole con compassione, benevolenza ed amore, pur sapendo che egli ha volontariamente abbandonato il suo diritto su di essi". L'autrice assegna al perdono il ruolo di restaurare le relazioni danneggiate e sottolinea come il cambiamento della disposizione d'animo verso l'offensore sia necessario, ma che tale cambiamento debba esternarsi anche attraverso azioni positive rivolte a colui che ha offeso.

Il perdono può darsi a diversi livelli: quando si verifica tra persone considerate in quanto tali, nella fattispecie tra la vittima ed il responsabile dell'evento offensivo, si parla di perdono interpersonale. Nel caso in cui chi si è reso responsabile di un'offesa decida di perdonare a sé medesimo, si parla di perdono intrapsichico, anche se in questo caso è più opportuno parlare di accettazione di sé. Quando, invece, il perdono viene accordato tra gruppi sociali, ci si riferisce al perdono intergruppi.

Le definizioni di perdono elaborate dalla psicologia si riferiscono prevalentemente al perdono interpersonale.

Worthington (2001) propone la seguente definizione: "il perdono è definito come la sostituzione emotiva delle emozioni negative calde, rabbia e paura, che seguono un torto o un'offesa percepita, o delle emozioni negative fredde, rifiuto del perdono (*unforgiveness*) e

indifferenza, che seguono il rimuginio (rumination) in merito ad una trasgressione, con emozioni positive, come l'amore disinteressato, l'empatia, la compassione, o addirittura l'amore romantico". Il perdono, secondo Worthington, non cancella il torto subito e non cambia la natura della trasgressione, ma modifica l'affetto emotivo connesso alla trasgressione.

McCullough & Worthington (1995) definisce il perdono come: "un insieme di mutamenti psicologici attraverso i quali l'individuo offeso diventa sempre meno motivato a vendicarsi, a rivalersi nei confronti di chi gli ha fatto del male e ad estraniarsi, fisicamente e psicologicamente, da tale persona. Al contrario, la vittima si sente sempre più motivata a riappacificarsi e ad essere benevola nei confronti dell'offensore, benché il suo comportamento l'abbia ferito. Il perdono è un complesso fenomeno affettivo, cognitivo e comportamentale, nel quale le emozioni negative e il giudizio verso il colpevole vengono ridotti, non negando il proprio diritto di sperimentarli, ma guardando al colpevole con compassione, benevolenza e amore".

Rye e Pargament (2002) definiscono il perdono come: "lasciare andare le emozioni negative (l'ostilità), le cognizioni negative (i pensieri di vendetta) e i comportamenti negativi (l'aggressione verbale) in risposta ad una considerevole ingiustizia subita e disporsi in modo compassionevole nei confronti del colpevole".

Considerate complessivamente, le definizioni appena richiamate ci permettono di riflettere sulle principali caratteristiche del perdono. Innanzitutto, va notato che il perdono è necessariamente vincolato ad un'offesa psicologica, fisica e/o morale (Murphy & Hampton, 1988; Smedes, 1984). Un soggetto, per perdonare, deve prima aver subito una ferita profonda e personale da parte di un conoscente od un estraneo. È anche necessario che la vittima riconosca coscientemente tale offesa e la giudichi intenzionale (Heider, 1958). Qualora la vittima non sia consapevole dell'offesa subita o non la reputi intenzionale, il perdono risulterebbe immotivato ed impraticabile. Infatti, né colui che è stato offeso avrebbe alcuna ragione di risentirsi per l'accaduto, né il presunto offensore si meriterebbe di venir privato dell'affetto e della fiducia della vittima (Fincham, 2000).

Nel momento in cui percepisce di aver subito un'offesa intenzionale, la vittima reagisce provando rabbia, desiderando di vendicarsi, cercando di evitare il contatto personale e psicologico con l'artefice dell'offesa (McCullough, Exline, & Baumeister, 1997).

Rispetto a tali reazioni iniziali, il perdono assume un ruolo ed un valore catartico: agevola, cioè, l'abbandono dei sentimenti negativi e del risentimento, facilitando così l'affievolirsi del ricordo del male subito.

Per dirsi propriamente tale il perdono deve poi essere un atto intenzionale, in virtù del quale chi è stato ferito rinuncia volontariamente al diritto di risentirsi con il suo offensore. Perdonare non significa semplicemente negare o dimenticare il torto subito, desistere dall'attuare la propria vendetta e comportarsi come se nulla fosse successo. Se così fosse, il perdono favorirebbe il ricrearsi delle stesse condizioni in cui si è generata l'offesa ed agevolerebbe il suo ripetersi.

Si può riconoscere nel perdono un atto di coraggio che "chiede alla vittima di accettare nuovamente nel suo cuore la persona che si è resa responsabile della sua sofferenza. Perdonare, dunque, vuol dire rischiare e mettere in gioco la propria fiducia ed il proprio affetto senza aver la garanzia che ciò sarà contraccambiato in futuro" (North, 1987).

Perdonare è, quindi, una scelta personale incondizionata: è una via che il soggetto può decidere di percorrere indipendentemente sia dalle eventuali reazioni di pentimento e contrizione manifestate dall'artefice dell'offesa (che potrebbe confessare ed ammettere la propria colpa e responsabilità, dare spiegazioni,...) sia dalle pressioni esercitate dall'esterno. Se, da un lato, il comportamento dell'offensore e quanto avviene nell'ambiente circostante possono facilitare il perdono, dall'altro, nessuno dei due rappresenta una condizione necessaria per il suo verificarsi (Fincham, 2000).

In questo senso il perdono è un dono gratuito (Enright & Coyle, 1998; Worthington, 1998). "La gratuità è una qualità dell'agire nella quale e per la quale un soggetto dona qualcosa di sé o tutto se stesso all'altro, senza attendersi nulla in cambio. Il dono è veramente gratuito

perché chi dona non si chiede se la persona che lo riceve se lo merita o meno. L'assenza di qualunque aspettativa che non sia il *beneficium* dell'altro è ciò che contraddistingue la gratuità" (Scabini & Rossi, 2000). Il dono non si può ridurre ad uno scambio di tipo mercantile, come sottolinea Godbout (1998), poiché esso si caratterizza specificamente per il suo carattere di libertà, ovvero di assenza di obbligo, di contratto, di costrizione (contratto e costrizione hanno la stessa radice etimologica) nei confronti di chi lo offre e, parimenti, assenza di obbligo di restituire per chi lo riceve. Il dono, dunque, presuppone fiducia negli altri, ovvero nelle relazioni, poiché è la fiducia negli altri che, sola, può assicurare la circolazione del dono.

Il perdono è spesso inteso anche quale agente di cambiamento, giacché introduce un nuovo modo di vedere e di vivere gli eventi dolorosi del passato (Hope, 1987), senza per questo sminuirne la gravità. Permette, inoltre, di considerare in termini più positivi chi ci ha offeso, giudicandolo un essere umano fallibile e limitato al pari di chi è stato da lui offeso.

Secondo alcuni autori il perdono costituirebbe un cambiamento anche nel senso che determinerebbe una nuova suddivisione del potere all'interno della relazione tra vittima ed offensore. Infatti, in genere, il verificarsi di un'offesa crea una situazione di disequilibrio che provoca il trasferimento del potere da colui che lo deteneva inizialmente e ha inflitto l'offesa alla vittima. Essa diventa così la principale responsabile del futuro della relazione: sta alla vittima decidere se cercare di ricucire il rapporto perdonando oppure se danneggiarlo ulteriormente mettendo in atto comportamenti di ritorsione o di evitamento nei confronti dell'offensore. Questa decisione può essere influenzata anche dai possibili vantaggi che le deriverebbero dalla situazione venutasi a creare a seguito dell'offesa. Infatti, la vittima potrebbe sfruttare il desiderio dell'offensore di assecondarla e di riparare al danno commesso, così da trarne benefici. Quando la vittima decide di perdonare, rinuncia, al contempo, a questa sua posizione di privilegio e ripristina tra lei e l'artefice dell'offesa una distribuzione del potere più prossima a quella originaria. Così facendo restituisce all'artefice dell'offesa il potere decisionale sulla relazione che aveva in origine.

Il perdono non è solo un processo interiore, ma riguarda anche la relazione con l'offensore. Egli viene inizialmente deumanizzato e identificato con l'atto cattivo che ha compiuto: ciò che l'offensore ha fatto finisce col diventare ciò che l'offensore è. Il processo che conduce al perdono comincia quando la vittima inizia a considerare il responsabile dell'offesa non semplicemente ed unicamente come la creatura malvagia che gli ha fatto del male, ma come una creatura debole e fallibile, un essere umano non del tutto diverso da sé (Smedes, 1997). Questo modo di vedere le cose potrebbe far realizzare alla vittima che lei stessa in passato si è resa responsabile di atti ingiusti e risulta bisognosa di ricevere il perdono (Enright & Coyle, 1998). La vittima, facendo proprio questo modo di vedere le cose, può divenire maggiormente propensa ad intraprendere il cammino che porta al perdono.

Secondo Enright & The Human Development Study Group (1991), inoltre, il perdono è l'esito di complessi processi cognitivi, emotivi e comportamentali. Le componenti emotive concernono le diverse reazioni positive o negative provate sia dalla vittima sia dall'artefice dell'offesa. Per esempio, la rabbia, il desiderio di rivalsa, l'empatia e la compassione nutrite dalla vittima nei confronti dell'offensore. Oppure la vergogna, il senso di colpa od il sollievo di fronte al perdono ricevuto provati dall'offensore. Le componenti cognitive acquistano maggior rilevanza nella vittima, poiché essa è chiamata a rielaborare l'accaduto, valutando l'offesa subito e la sua gravità, individuando le responsabilità al riguardo, facendo un bilancio dei costi e dei benefici che ne sono conseguiti. Questa rielaborazione porterà la vittima ad optare per il perdono oppure, al contrario, a rimuginare (*ruminatio*) ripetutamente sull'offesa, cosa che fomenterà gli iniziali atteggiamenti vendicativi e/o di evitamento. Da ultime, le componenti comportamentali si manifestano nella vittima con l'esigere delle spiegazioni e l'assumere un comportamento più conciliante, mentre nell'offensore con lo scusarsi ed il domandare perdono, a volte attuando una serie di rituali simbolici.

In termini più generali è, quindi, possibile identificare nel perdono due dimensioni: una intrapsichica ed una interpersonale (Baumeister, Exline, & Sommer, 1998). La dimensione intrapsichica si riferisce a ciò che avviene nella mente e nel cuore della vittima, quindi agli

stati emotivi e cognitivi che chi è stato ferito sviluppa quando decide di reagire positivamente all'offesa subita. La dimensione interpersonale si focalizza, invece, sui comportamenti tra vittima ed offensore e le azioni sociali che il perdono comporta e sugli atti a tutela della relazione da esso implicati. In questo senso il perdono è considerato come un potente fenomeno pro-sociale, una strategia che facilita il mantenimento e la restaurazione delle relazioni interpersonali, offrendo la possibilità di un nuovo inizio, che non è un semplice ritorno al passato, ma racchiude in sé la consapevolezza di quanto accaduto (Scobie & Scobie, 1998).

Smedes (1997) descrive il perdono come un viaggio la cui destinazione finale è la speranza di riconciliarsi con l'artefice dell'offesa. La rottura, il distacco provocato dall'atto offensivo è l'occasione del viaggio. La vittima percepisce l'ingiuria subita come un'offesa morale, una violazione del diritto, la consapevolezza di essere stata ferita le rende impossibile continuare a riporre fiducia nell'altro e nel rapporto con lui. La vittima vorrebbe, anzi, avere la soddisfazione di vedere costui provare un dolore almeno equivalente a quello da lei stessa sperimentato. Può così cominciare il ciclo della vendetta, in cui i ruoli iniziali si invertono: la vittima diventa, a sua volta, artefice di un'offesa. Tale ciclo può essere spezzato da un cambiamento di rotta, che si verifica quando la vittima decide di non vendicarsi del suo offensore, ma di perdonarlo.

Una volta deciso di incamminarsi sulla strada che porta al perdono, secondo Smedes, tre sono le tappe fondamentali per raggiungerlo. In primo luogo la vittima deve poter riscoprire l'umanità di colui che si è reso responsabile dell'offesa, in modo che la sete di vendetta possa essere mitigata. Il passo successivo consiste nell'abbandonare l'idea di vendicarsi nonostante si abbiano tutte le ragioni per farlo. Infine la vittima deve cambiare i propri sentimenti verso l'offensore, per esempio passando dal rancore alla benevolenza. Superate queste tappe il viaggio potrebbe terminare con la speranza della riconciliazione.

L'uso del condizionale è d'obbligo perchè perdonare non vuol dire necessariamente riconciliarsi. Il perdono può avvenire senza riconciliazione, ma la riconciliazione non può avvenire senza perdono. In altri termini perdonare è una condizione necessaria, ma non sufficiente affinché la riconciliazione tra vittima ed offensore possa avere luogo (Smedes, 1997).

Il processo del perdono

Oltre a definire la natura del perdono, i clinici ed i ricercatori si sono anche impegnati a descrivere il percorso che porta al perdono e le sue conseguenze a livello personale e relazionale.

La metafora del perdono come viaggio, utilizzata da Smedes (1997), porta alla luce, infatti, una fondamentale caratteristica di questo costrutto: quella di non essere un atto puntuale, ma un processo. Il perdono non è un atto immediato, ma è l'esito di un lungo lavoro psicologico, spesso doloroso. La decisione di perdonare dà inizio a un difficile percorso interiore che implica il superamento dei sentimenti negativi e l'assunzione di un atteggiamento positivo nei confronti di chi ci ha fatto del male (Fincham, 2000). Il perdono è uno sforzo, una scelta che implica necessariamente un atto di volontà e contemporaneamente un atto creativo, un percorso a spirale attraverso il quale riattraversare i propri ricordi, le proprie matrici psicologiche e relazionali (Napolitani, 1987), è una novità, una rivelazione nel presente della cronologia (Jankelevitch, 1967), che nel momento stesso in cui si svela si ri-vela.

Il perdono è un principio di mobilità e fluidità, a differenza del rancore che è in principio di staticità e rigidità (caratteristiche che accompagnano spesso la sofferenza psichica), ed un processo di umanizzazione, poiché spinge a fare i conti con i propri limiti e la propria vulnerabilità, è un principio di libertà che presenta alcune caratteristiche che è necessario specificare.

Per perdonare ci vuole tempo, a volte molto tempo, perché è un processo lento; più grave è la ferita ricevuta più tempo è necessario per perdonare. Talvolta trascorrono mesi o anni prima che si riesca a perdonare completamente, anche se il passare del tempo di per sé non garantisce lo sviluppo del processo del perdono.

Per perdonare, inoltre, è necessario sviluppare una comprensione, almeno parziale, dei motivi di chi ci ha ferito, ma anche di sé stessi, ovvero delle dimensioni e delle caratteristiche della propria ferita e della relazione con chi ci ha feriti. Durante questo processo di comprensione è possibile sentirsi vittime della confusione; spesso non è chiaro che cosa sia accaduto esattamente. In ogni offesa c'è qualcuno che ha fatto del male a qualcun altro ma, spesso, attorno a questo semplice nocciolo di sofferenza ingiusta, è aggrovigliata una matassa di torti e di odio quasi impossibile da sbrogliare. A volte bisogna arrivare al perdono passando attraverso l'intrico dei sentimenti e gli ostacoli dell'incomprensione. Molte volte, inoltre, dopo aver perdonato, rimane un po' di rabbia; non si può, infatti, cancellare il passato, ma solo guarire la sofferenza che esso ha causato. Il perdono guarisce l'odio per chi ha dato vita a quella realtà, ma non modifica i fatti e non ne elimina tutte le conseguenze. Tuttavia è possibile provare rabbia senza odio. Quando il perdono comincia la sua opera liberatoria il rancore si affievolisce mentre la rabbia resta. Se il rancore non viene alleviato un po' alla volta ci soffoca, la rabbia può, invece, spronarci a evitare che il male si ripeta. Il rancore è un'afflizione che può essere guarita, la rabbia è energia che può essere incanalata.

Il processo che porta al perdono non può mai essere un dovere, non si può essere obbligati a perdonare; non è possibile perdonare se non esercitando la propria libertà di scelta. Per liberare il perdono deve esser accordato liberamente. Un requisito fondamentale di un perdono libero è il rispetto per chi si perdona, ciò significa permettere a chi si perdona di fare ciò che vuole del nostro perdono, altrimenti il perdono diventa un tentativo di controllo sull'altro, un puro esercizio di potere, in nome, per esempio, di una presunta superiorità morale ("ti perdono perché sono buono"). Il perdono è sincero solo se si rispettano gli altri al punto da consentire loro di assumere la responsabilità di ciò che intendono farne. Il perdono, spesso, richiede che si possa identificare nell'offensore, convertendo la propria intelligenza, la persona che va al di là della finitezza dell'offesa. Il perdono esige, anche, che si esca dall'immediatezza della ferita inflitta o subita e che si reintegrino sia l'offensore sia l'offeso in una storia che, da una parte, tenga conto del passato per perdonare, dall'altra si apra alla promessa di un futuro per sperare (Smedes, 2000).

I modelli del perdono

La letteratura psicologica, oltre a definire la natura e il processo del perdono, ha cercato anche di descriverne il percorso, gli stadi evolutivi e le conseguenze che lo stesso comporta a livello personale e relazionale.

A questo scopo sono stati sviluppati vari modelli che è possibile raggruppare in tre diverse tipologie:

- a) *modelli evolutivo-cognitivi*: descrivono l'evoluzione del pensiero ed del ragionamento sul perdono all'interno dell'individuo, in funzione della sua crescita e maturazione nel tempo;
- b) *modelli processuali*: identificano e definiscono le fasi o stadi che il soggetto offeso attraversa per arrivare a maturare la decisione di perdonare;
- c) *modelli psico-sociali*: descrivono i principali fattori che, a livello psico-sociale, determinano e/o conseguono la concessione del perdono.

a) Modelli evolutivo- cognitivi

Tra i modelli classificati come evolutivo-cognitivi, è stata accordata dalla comunità scientifica peculiare rilevanza al modello sviluppato da Enright e The Human Development Study Group (1991), in base al quale la concezione che le persone hanno del perdono ed i conseguenti ragionamenti seguiti per decidere se perdonare o meno diventano moralmente più elevati man mano che il soggetto cresce e sviluppa le proprie abilità intellettive.

In particolare il pensiero relativo al perdono maturerebbe secondo successivi stadi paralleli alle fasi attraverso cui, stando a Kohlberg (1984), si svilupperebbe il giudizio morale. Kohlberg, infatti, ha delineato, riprendendo la concezione di Piaget, una serie di stadi nello sviluppo del giudizio morale dall'infanzia all'età adulta. Nel primo stadio (*orientamento premio-punizione*), prevalente al di sotto dei nove-dieci anni, il bambino considera le norme che possono comportare una punizione fisica o richiedere obbedienza. Nel secondo stadio (*orientamento individualistico-strumentale*) riconosce che i bisogni e gli interessi delle persone possono essere diversi ed uno dei criteri valutativi è che siano rispettati più interessi, cominciando dal proprio. Il terzo e il quarto stadio vanno dalla pre-adolescenza alla tarda adolescenza. In un caso (*orientamento del "bravo ragazzo"*) assume importanza il rispetto delle norme finalizzato a corrispondere alle aspettative positive della comunità di cui si condividono i valori; nell'altro (*orientamento al mantenimento dell'ordine sociale*) l'impegno morale è connesso con il proprio ruolo all'interno della società, le cui leggi devono essere rispettate in quanto assicurano l'ordine sociale. Infine, gli ultimi due livelli sono legati ad un sistema di principi astratti e di valori universali. In particolare, nel penultimo (*orientamento al contratto sociale*) l'individuo ritiene che le leggi devono essere regolate in modo da consentire il rispetto dei diritti di tutti, e quando ciò non accada, si possono cambiare. Nell'ultimo stadio (*orientamento della coscienza e di principi universali*) il soggetto prevede che si possono seguire dei principi etici universali, non iscritti nelle leggi, ognuno dei quali risponde alla propria coscienza. Alcuni di tali principi possono non essere in accordo con le leggi non dipendendo da esse né dal consenso sociale.

Da un'analisi più approfondita dei vari stadi, si può osservare che, ad un primo livello, Enright colloca un perdono definito vendicativo, cioè che l'individuo ritiene di concedere soltanto dopo che l'artefice dell'offesa è stato punito ed ha sofferto. Ad uno stadio successivo troviamo il perdono compensativo o restitutivo, che, secondo l'individuo deve essere accordato quando l'offensore abbia riconsegnato quello che aveva sottratto alla vittima oppure che questa provi un profondo senso di colpa derivante dalla temporanea negazione del perdono. Salendo ancora di livello s'incontra un tipo di perdono che il soggetto crede sia dettato dalle aspettative del proprio gruppo d'appartenenza che fa pressioni a riguardo od un perdono semplicemente atteso in base al ruolo sociale ricoperto dalla vittima. Simile al precedente è il perdono che la persona pensa debba essere concesso sulla base di un'aspettativa determinata da leggi morali o religiose, cioè quando le convinzioni etiche e le credenze religiose spingono in tal direzione. Al penultimo livello di sviluppo morale il perdono è ricondotto all'armonia sociale, cioè il soggetto pensa che debba venire accordato al fine di ripristinare relazioni positive e pacifiche, spianare divergenze e conflitti e riportare armonia all'interno della società. Da ultimo troviamo il perdono incondizionato, che l'individuo giudica dettato dall'amore autentico che non può essere danneggiato o sminuito da un'offesa.

Sulla base di quanto appena affermato lo sviluppo del perdono avverrebbe attraverso una sequenza di stadi prevedibile ed universalmente valida. È, tuttavia, opportuno precisare che la successione degli stadi, così come è stata individuata e descritta, non deve essere interpretata in modo rigido, giacché nella realtà il ragionamento attuato dai soggetti che perdonano è spesso contemporaneamente riconducibile a due o più livelli.

b) Modelli processuali

Il modello di seguito descritto delinea la natura processuale del perdono realmente concesso e analizza la dinamica che si sviluppa all'interno della vittima. Il modello definito processuale è stato proposto da Enright & The Human Development Study Group (1991) e si fonda

sull'affermazione che il perdono coinvolge contemporaneamente i sistemi cognitivo, emotivo e comportamentale della persona. Enright si concentra soprattutto sulla dinamica del perdono così come ha luogo all'interno della persona ferita e descrive come, partendo da un torto subito ingiustamente, essa possa arrivare ad accordare il perdono, passando attraverso un processo che si sviluppa nel tempo e coinvolge strategie cognitive, emotive e comportamentali.

Secondo tale modello l'atto offensivo determina, inizialmente, nella vittima un insieme di reazioni emotive negative quali la rabbia, la vergogna e l'insicurezza, che sono causa di sofferenza psicologica. La persona offesa, emotivamente provata, si trova a rimuginare in continuazione nella sua mente gli eventi occorsi. Nella misura in cui la persona diventa consapevole della propria sofferenza, avverte anche la necessità di lenirla, scegliendo la via della giustizia, facendo cioè ricorso a sanzioni legali o alla vendetta personale, oppure optando per la clemenza, cioè rinunciando così a punire l'altro.

La scelta di questa seconda strategia fa sì che la motivazione della vittima a perdonare diventi più forte. Tale motivazione può essere condizionata, secondo Enright, da sette categorie di variabili quali lo stadio dello sviluppo cognitivo in cui si trova il soggetto, il suo *background* culturale, i gruppi sociali d'appartenenza (famiglia, amici, società), la sua educazione religiosa, il tempo trascorso da quando ha ricevuto l'offesa, la gravità dell'offesa e la conversione, intesa come "cambiamento del cuore".

Il soggetto che è motivato a perdonare in genere decide di farlo. Tale decisione è considerata da Enright come un preciso impegno scelto ed assunto consapevolmente dalla vittima. La decisione di perdonare stimola il soggetto che la compie ad abbandonare il risentimento ed il desiderio di vendicarsi e promuove una serie di strategie cognitivo-affettive che aiutano la vittima a percepire l'altro come un essere umano vulnerabile, per il quale è possibile provare empatia e compassione. Queste strategie portano a rileggere l'offesa all'interno del contesto in cui si è verificata ed a re-interpretarla in modo meno negativo, senza per questo distorcere la realtà dei fatti. Tale rilettura degli eventi facilita l'accettazione del dolore provato e offre un significato nuovo, più positivo, all'offesa stessa.

La vittima può, inoltre, comprendere che non è l'unica a soffrire e che lei stessa, in passato, ha avuto bisogno di essere perdonata. Questa nuova consapevolezza passa attraverso il ricordo di episodi in cui la stessa, ora ferita, aveva offeso e, a sua volta, era stata perdonata. Considerare il responsabile della propria sofferenza e l'offesa subita in modo diverso, più positivo, stimola, nella vittima, un bisogno di agire ed induce il soggetto a trovare delle soluzioni in grado di modificare la situazione.

A questo punto del processo la vittima si trova di fronte a due possibilità. Può attuare delle strategie comportamentali finalizzate alla riconciliazione che, però, richiedono anche la partecipazione attiva dell'artefice dell'offesa (si attuerebbe così un passaggio dal livello delle decisioni e dei cambiamenti interiori della sola vittima a quello dell'interazione tra vittima ed offensore). Oppure, non potendo percorrere la via della riconciliazione, perché inattuabile o imprudente, la vittima può optare direttamente per la remissione del torto, la quale comporta una diminuzione delle emozioni negative ed un aumento di quelle positive nei confronti di chi che l'ha ferita.

Al termine della presentazione del suo modello processuale, Enright rimarca che le varie fasi di questo processo seguono una sequenza logica che, però, non è "psicologicamente invariante". Questo significa che non è necessario passare attraverso tutti quanti gli stadi del processo per giungere al perdono.

c) Modelli psico-sociali

I modelli psico-sociali si segnalano per le loro solide basi sia teoriche che empiriche. Tali modelli hanno riservato una particolare attenzione all'analisi di quanto, su un piano psico-sociale, contribuisce a favorire od inibire la concessione del perdono. Uno dei più importanti modelli psico-sociali è presentato nei contributi di McCullough et al. (1998). Tale modello è

stato elaborato con lo scopo di determinare ciò che consegue alla concessione del perdono all'interno di relazioni intime ed analizzare le numerose variabili sociali e psicologiche che, a loro volta, influenzano la capacità di perdonare.

I fondamenti teorici ed empirici che stanno alla base di tale modello sono costituiti da una serie di ricerche condotte sui comportamenti pro-sociali (Boon & Sulsky, 1997; Darby & Schlenker, 1982) e sul perdono negli anni Ottanta e Novanta. Sulla base di questi contributi, McCullough et al. (1998) rileggono ed interpretano il perdono come una particolare forma di atteggiamento pro-sociale che molto si avvicina a variabili, anch'esse con una valenza pro-sociale, quali la cooperazione, l'altruismo, la disponibilità a sacrificarsi e ad essere accomodante. Ciò che accomuna queste variabili è la capacità di astenersi dal mettere in atto comportamenti che, pur inizialmente volti a proteggere chi ha subito un'offesa, alla fine si rivelano distruttivi per la relazione stessa. A ciò si aggiunge la scelta di un impegno a favore di azioni che promuovono il benessere relazionale.

Partendo da queste considerazioni iniziali, McCullough & al. (1998) osservano che il perdono può essere favorito da quattro categorie di determinanti, ciascuna delle quali si differenzia dalle altre in funzione del grado di prossimità ed immediatezza con cui promuove od inibisce il perdono. È possibile, pertanto, parlare di determinanti più prossimali o moderatamente prossimali e di determinanti più distali o moderatamente distali.

Le determinanti più prossimali sono costituite da *variabili socio-cognitive*, le quali si riferiscono a ciò che la vittima pensa e prova in relazione all'offesa subita ed a chi l'ha commessa. È possibile far rientrare tra le variabili socio-cognitive i *processi attributivi*, cioè le modalità con cui ci si spiega l'evento offensivo imputandolo a specifiche cause, responsabilità o colpe (Girard & Mullet, 1997); la *ruminazione*, ossia il rimuginare ed il ripensare in modo ossessivo e reiterativo a quanto successo, aumentando così le motivazioni sia ad evitare il contatto con l'offensore sia a cercare vendetta (Caprara, 1986; Collins & Bell, 1997; Greenberg, 1995); l'*empatia*, cioè la capacità di mettersi nei panni dell'artefice dell'offesa e nutrire sentimenti benevoli nei suoi riguardi.

Le determinanti moderatamente prossimali includono le *variabili associate all'atto offensivo*, tra cui compaiono sia le caratteristiche proprie dell'offesa - come ad esempio la *gravità* e le *conseguenze nel corso del tempo* - sia le reazioni manifestate dall'offensore dopo aver arrecato l'offesa - per esempio gli *accounts* o spiegazioni offerti (Girard & Mullet, 1997). È più facile che la persona offesa accordi il proprio perdono qualora giudichi il torto subito non grave e nel caso in cui il responsabile si mostri dispiaciuto ed offra delle scuse sincere.

Le determinanti moderatamente distali si riferiscono essenzialmente al *contesto interpersonale e relazionale* in cui ha avuto luogo l'offesa. Poiché il perdono esprime la volontà di tutelare il rapporto con chi si è reso responsabile di un'offesa, quanto più, prima del verificarsi di un torto, chi l'ha subito e chi l'ha inferto erano legati da una relazione contrassegnata da un'elevata *soddisfazione*, *intimità* ed *impegno*, tanto più la concessione del perdono sarà probabile (Nelson, 1993; Rackley, 1993). A tale riguardo è bene rimarcare che la qualità relazionale può influire in diversi modi sul perdono. Ad esempio, nel caso in cui i soggetti siano coinvolti in un rapporto qualitativamente soddisfacente, ci sono maggiori probabilità che facciano progetti a lungo termine e siano motivati a far durare nel tempo il loro rapporto. Questo li spinge a superare le discordie e le offese ricevute al fine di salvaguardare il legame con l'altro.

Allo stesso modo, il grado d'intimità e di conoscenza che si ha dell'altra persona può rivelarsi utile nello sviluppare nei suoi confronti empatia e nel cercare di comprendere i suoi pensieri e sentimenti, oltre alle motivazioni che lo hanno spinto ad agire in quel modo.

All'interno della relazione, oltre al grado di soddisfazione e d'intimità, riveste un ruolo importante anche la misura in cui i soggetti si sono impegnati ed hanno investito nel loro rapporto. Il responsabile dell'offesa può, perciò, mostrarsi più propenso a provare rimorso, a dare delle spiegazioni ed a chiedere scusa (Hodgins, Liebeskind & Schwartz, 1996).

Da ultimo, le determinanti più distali consistono in tratti di personalità che contraddistinguono il soggetto in modo relativamente stabile (per es., il suo *atteggiamento nei confronti della vendetta*, l'*arrendevolezza*, gli *stili di reazione alla rabbia*, i *suoi principi etici* e le sue

convinzioni religiose). Queste caratteristiche personali influenzano la concessione del perdono in modo prevalentemente indiretto. All'interno di una relazione, la combinazione di tutte e quattro queste classi di determinanti porta alla concessione del perdono in seguito ad un'offesa.

Alcuni studi hanno evidenziato come l'empatia sia una delle variabili più influenti nel determinare la capacità di perdonare gli altri (McCullough, Sandage & Worthington 1997). Essa, a sua volta, è facilitata dal livello d'intimità precedente l'offesa e dalle scuse portate dall'offensore. Vivere una relazione soddisfacente, impegnata ed intima fa sì che, da un lato, i responsabili di un'offesa siano più disposti a mostrarsi dispiaciuti per quanto hanno commesso ed a chiedere scusa (Tagney, Miller, Flicker & Barlow, 1996) e, dall'altro, le vittime si sentano più invogliate a mettersi nei loro panni ed a perdonarli. Un secondo risultato rilevante riguarda la *ruminazione*, ossia i pensieri, le immagini ed i sentimenti intrusivi suscitati dall'offesa ricevuta. Coloro che sperimentano alti livelli di *ruminazione* si dimostrano incapaci di eliminare dalle loro menti pensieri ed immagini intrusivi e sono più portati a mettere in atto comportamenti aggressivi e vendicativi contro l'artefice dell'offesa. Da ciò si deduce che la *ruminazione* ricopre un ruolo importante nel perpetuare le difficoltà ed i problemi psicologici seguenti all'offesa (Greenberg, 1995) e nell'ostacolare l'assunzione di un atteggiamento conciliante.

Bibliografia

Baumeister, R., Exline, J. & Sommer, K. (1998). The Victim Role, Grudge Theory, And Two Dimensions Of Forgiveness. In E. Worthington (Ed.) *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 79-104). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.

Berry, J.W., Worthington, E.L., Jr., Parrott, L., III, O'Connor, L.E., & Wade, N.G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the transgression narrative test of forgiveness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277-1290.

Boon, S. & Sulsky, L. (1997). Attribution of blame and forgiveness in romantic relationships: A policy-capturing study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 19-44.

Caprara, G.V. (1986). Indicators of aggression: The Dissipation-Rumination Scale. *Personality and Individual Differences*, 7, 763-769.

Collins, K. & Bell, R. (1997). Personality and aggression: The Dissipation-Rumination Scale. *Personality and Individual Differences*, 22, 751-755.

Darby, B. & Schlenker, B. (1982). Children's reactions to apologies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 742-753.

Enright R.D. & The Human Development Study Group (1991). The moral development of forgiveness. In W. Kurtines & J. Gerwitz (Eds.) *Handbook of moral behavior and development* (Vol. I, pp. 123-152). Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Enright, R. & Coyle, C. (1998). Researching the process model of forgiveness with psychological interventions. In E. Worthington (Ed.) *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 139-161). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.

Fincham, F.D., Paleari G. & Regalia C. (2000). Forgiveness in marriage: the role of relationship quality, attributions and empathy. *Personal Relationships*, 9, 27-37.

- Fincham, F.K. (2000). The Kiss of the porcupines: From attributing responsibility to forgiving. *Personal Relationships*, 7, 1-23.
- Fried E. (1988). *E' quel che è*. Torino: Einaudi.
- Girard, M. & Mullet, E. (1997). Propensity to forgive in adolescents, young adults, older adults, and elderly people. *Journal of Adult Development*, 4, 209-220.
- Godbout J.T. (1998). *Il linguaggio del dono*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Greenberg, M. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262-1296.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wile.
- Hodgins, H., Liebeskind, E. & Schwartz, W. (1996). Getting out of hot water: Facework in social predicaments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 300-314.
- Hope, D. (1987). The healing paradox of forgiveness. *Psychotherapy*, 24, 240-244.
- Ide, P. (1997). *E' possibile perdonare?*. Milano: Ancora Editrice.
- Jankelevitch, V. (1967). *Il Perdono*. Paris: Aubier-Montaigne.
- Kohlberg, L. (1984). Essays on moral development. New York, Harper e Row, vol.II, *The psychology of moral development*.
- McCullough, M.E. & Worthington, E.L. (1995). Promoting forgiveness: A comparison of two brief psycho-educational interventions with a waiting list control. *Counseling and Values*, 40, 55-68.
- McCullough, M., Exline, J. & Baumeister, R. (1997). An annotated bibliography of research on forgiveness and related concepts. In E. Worthington, (Ed.) *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 193-317). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.
- McCullough, M.E., Sandage, S.J. & Worthington, E.L. (1997). *To forgive is human: How to put your past in the past*. Downers Grove: InterVarsity press.
- McCullough, M.E., Worthington, E.L., Rachal, K.C., Sandage, S., Brown, S. & Hight, T. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1586-1603.
- Murphy, J. & Hampton J. (1988). *Forgiveness and Mercy*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e Gruppaltà*. Torino: Boringhieri.
- Nelson, M. (1993). *A new theory of forgiveness*. Unpublished doctoral dissertation, Purdue University, West Lafayette, IN.
- North, J. (1987). Wrongdoing and Forgiveness. *Philosophy*, 62, 499-508.
- Rackley, J. (1993). *The relationships of marital satisfaction, forgiveness, and religiosity*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, VA.
- Rye, M., & Pargament, K. (2002). Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart?. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 419-441.

Scabini, E. & Rossi, G., (2000). *Dono e perdono nelle relazioni familiari*. Milano: Vita e Pensiero.

Scobie, E.D. & Scobie G.E.W. (1998). Damaging events: The perceived need for forgiveness. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 28:4.

Smedes, L. (1984). *Forgive and Forget: Healing the hurts we don't deserve*. New York: Harper and Row.

Smedes, L. (1997). Stations on the journey from forgiveness to hope. In E. Worthington, (Ed.) *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 193-317). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.

Smedes, L. (2000). *Perdonare e dimenticare*. Milano, TEA pratica.

Tangney, J., Miller, R., Flicker, L. & Barlow, D. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotion? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269.

Wallon, D. (1968). *Les ages de l'enfant (0 à 3 ans)*. Paris: Edit. Universitaires.

Worthington, E.L. (1998). *Dimensions of forgiveness: Psychological Research and Theological Perspectives*. Templeton Foundation Press.

Worthington, E.Jr. (1998). An empathy-humility-commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy*, 20, 59-76.

Worthington, E.L. (2001). *Five steps to forgiveness: The art and science of forgiving*. New York: Crown Publishers.

Modalità e rappresentazioni dell'invio del cliente come organizzatori della domanda di aiuto al consulente psicoterapeuta

di Emilio Masina¹

Premessa

Con questo articolo intendo sottolineare l'importanza di esplorare l'area dell'invio del cliente allo psicoterapeuta consulente nella fase istituyente dell'intervento. In quest'area, infatti, si possono rintracciare fantasie e rappresentazioni che organizzano la domanda di aiuto del cliente e che, se evidenziate e decodificate dal consulente, promuovono e facilitano il lavoro di analisi della domanda. Faccio riferimento ad una teoria della tecnica contestualista, piuttosto che individualista. Ciò implica, come è stato già sottolineato su questa rivista, considerare non solo la dimensione intrapsichica presentata dal cliente ma anche quella intersoggettiva. Più precisamente, considerare la dimensione intrapsichica non autonoma ma parte di un processo che si organizza in un ambiente che comprende, ma trascende, l'individuo (Salvatore, 2006).

Nella mia formazione ho imparato ad assumere nei primi colloqui con il cliente un atteggiamento silenzioso e ricettivo nell'attesa che "parli l'inconscio"; cioè, a contare su una proprietà per così dire autoorganizzativa con cui il cliente struttura e trasmette il suo discorso nell'hic et nunc della relazione con me. Cerco di cogliere il senso di ciò che il cliente racconta e del modo in cui racconta e mi baso molto sull'ascolto e l'esplorazione del mio controtransfert. Tuttavia, se questa impostazione mi ha spesso consentito di non saturare di significati l'incontro e di non confondere il campo di osservazione con interventi troppo "cognitivi", attivi e intrusivi, magari orientati dalle difese rispetto all'angoscia che il cliente mi suscita, i risultati che ne derivano non sono sempre soddisfacenti. Mi sembra, cioè, che talvolta vi sia uno scarto tra la profondità dell'osservazione del mondo interno del cliente e delle mie risonanze controtransferali e la difficoltà di convenire con il cliente su alcuni punti critici evidenziati nei suoi discorsi e sugli obiettivi di un eventuale trattamento.

La partecipazione a supervisioni di gruppo e l'ascolto di altrui resoconti mi hanno consentito di osservare che le mie difficoltà sono condivise da altri. I canonici quattro o cinque colloqui introduttivi, cioè, possono esitare nella proposta di effettuare una psicoterapia - spesso impegnativa per il cliente anche sul piano dell'onorario e del tempo da dedicarvi, che può entrare in diretta concorrenza con le altre attività della settimana - che non tiene sufficientemente conto delle motivazioni del cliente, del suo desiderio di capire di più e meglio dove si andrà a parare; in poche parole, della sua domanda. Può accadere, cioè, che lo psicoterapeuta consulente predefinisca e orienti troppo precocemente in direzione di una psicoterapia la domanda del cliente, ragionando prevalentemente in termini di indicazioni e controindicazioni al trattamento. In questi casi, la domanda rimane per certi versi inesplorata, la proposta dello psicoterapeuta rischia di essere del tipo "o mangi questa minestra o salti dalla finestra" ed è spesso seguita da una frettolosa e fortemente emozionata risposta del cliente, che accetta il contratto oppure abbandona la relazione e i problemi che essa ha evocato. Sono stato spesso colpito dalle considerazioni fatte da diversi conoscenti che hanno accettato il contratto di lavoro: "Lo psicoterapeuta mi ha messo con le spalle al muro quando mi ha detto che se non accettavo la sua proposta non se ne faceva niente"; "Ho sentito che non mi lasciava via di scampo", ecc. Ma anche da alcuni colleghi che consigliavano una sorta di trucco per motivare i pazienti: "Si può proporre una terapia monosettimanale in alternativa ad una psicoanalitica ma facendo chiaramente capire che sarà un lavoro meno valido e accurato, di serie B".

Nel considerare queste criticità ho pensato fosse utile individuare alcuni indicatori di come il processo relazionale fra lo psicoterapeuta consulente e il cliente si va organizzando e dotando di senso. Indicatori che possono facilitare l'orientamento del consulente al cliente piuttosto che alla realizzazione di obiettivi autoreferenti. E ho cominciato a riflettere sull'area dell'invio, sia quando è

¹ Specialista in Psicologia Clinica, professore a contratto di Laboratorio sul disagio dell'adolescenza Facoltà Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma, psicoanalista AIPsi e IPA.

effettuato da professionisti della salute (medici, psichiatri, psicologi, ecc.) sia quando avviene per opera di familiari e altre figure di riferimento (insegnanti, allenatori sportivi, sacerdoti, ecc.).

Per quanto mi riguarda, il momento in cui mi viene inviato un cliente è sempre emotivamente rilevante. Non solo perché mi trovo implicato con una persona estranea che sollecita interesse, curiosità, desideri, timori: insomma, una certa dose di trepidazione (come sarà questa persona? come mi utilizzerà? saprò dare un senso ai suoi problemi?). Ma anche perché, insieme al cliente, incontro il suo contesto di relazioni, fra cui, appunto, l'inviante. Una certa dose di soddisfazione per la fiducia che quest'ultimo sembra riporre nel mio operato si può accompagnare al desiderio di essere all'altezza delle sue aspettative; oppure, all'irritazione per le modalità con cui il cliente mi viene segnalato e per le teorie, esplicite o implicite, sul significato dell'intervento e sul suo esito terminale che mi si propone di accettare. Con il tempo, mi sono accorto che queste emozioni, se vengono da me riconosciute ed elaborate, facilitano il lavoro di comprensione e di restituzione al cliente dei suoi problemi; mentre, al contrario, possono esitare in agiti che complicano la gestione dell'intervento.

Nella mia esperienza è raro che nell'invio da parte di professionisti della salute risultino impiegate linee guida o indirizzi formalizzati; forse perché è ancora aperta la questione se interventi psicologici e diverse forme di psicoterapia abbiano indicazioni differenziate a seconda del tipo di cliente o del tipo di disagio. Alcune volte l'invio si esaurisce in una comunicazione di prammatica in cui si esplora la disponibilità dello psicoterapeuta consulente, gli si chiede quando e dove preferisce essere chiamato, gli si fornisce il cognome della persona che dovrà seguire, insieme ad alcune scarse informazioni sul tipo di problema che la riguarda. In questo caso, i criteri per l'invio sembrano rispondere soprattutto ad esigenze concrete (collocare il cliente, creare e mantenere una rete di contatti che favorisca l'invio incrociato, ecc.). Anche quando l'invio avviene in ambito "pubblico" sembra orientato prevalentemente da aspetti organizzativi (disponibilità di specialisti, liste di attesa, ecc). Mentre la questione dei criteri utilizzati per l'invio è solo apparentemente risolta quando viene comunicata al consulente psicoterapeuta una diagnosi. Quest'ultima, infatti, risponde a categorie che descrivono, ma non spiegano, i problemi del cliente. Inoltre, la diagnosi è generalmente informata da una logica "individualista" che propone quesiti "per essenze" ("l'individuo", "la coppia", "la famiglia") piuttosto che "situazionali", che riguardano, cioè, il rapporto fra l'individuo e il suo contesto.

Altre volte, è più facile distinguere nella comunicazione dell'inviante un contenuto manifesto e uno latente, da decodificare. E' il caso, ad esempio, della psicologa che invia un ragazzo perché sa che il collega ha un figlio della stessa età e quindi sarà in grado di capire meglio la situazione.

In tutti i casi, comunque, è possibile cogliere, ad un approfondimento, che l'invio è sostenuto da ipotesi sulla natura dei problemi psicologici da trattare, sul tipo di intervento da effettuare, sulle risorse tecniche necessarie e sull'esito da conseguire. Queste ipotesi sono a volte idiosincratice all'inviante, altre volte condivise fra quest'ultimo e il cliente. Basti pensare al frequente dialogo in cui gli interlocutori si chiedono se sia meglio reperire uno psicoterapeuta uomo oppure donna, che sottende ingenua ipotesi di accoppiamento, perché tratta il terapeuta a cui riferirsi esclusivamente come oggetto concreto, trascurandone la pregnanza simbolica nel transfert. Anche quando l'invio è effettuato da familiari esso consente di cogliere ed evidenziare un "filo rosso" di aspettative che tesse la trama del triangolo committente-cliente-consulente. I membri della famiglia, infatti, si distribuiscono, inconsciamente e collusivamente, la funzione di committente e di cliente dell'intervento, servendosi di meccanismi difensivi di proiezione e dislocamento nell'altro del disagio psichico e/o della motivazione ad affrontarlo. Si tratta allora di cogliere e pazientemente dipanare una vera e propria rete transferale nei confronti dello psicoterapeuta consulente e dell'intervento clinico.

L'invio, in altri termini, mette chiaramente in evidenza che la domanda rivolta allo psicoterapeuta non viene mai da una sola parte ma implica più attori e più fattori e non è espressione solo di difficoltà, di sofferenze (o di risorse positive che entrano finalmente in gioco) ma è, soprattutto, una manifestazione di desiderio (Michelot, 2002). L'intervento psicologico ha quindi, intrinsecamente, una funzione sociale e il lavoro che si intraprende si può qualificare come una co-elaborazione (Michelot, op. cit.). L'invio riguarda uno degli aspetti che il professionista, secondo Dubost (in Michelot, op. cit.) deve esaminare per costruire la richiesta del cliente; aspetto che, per correttezza metodologica, l'autore richiama con alcuni interrogativi: "Sotto la spinta di quali fattori è avanzata la domanda? Quale è la situazione che la precede? Qual è il contesto da cui nasce?".

Questi interrogativi, insieme ad altri proposti dall'autore², invitano a considerare la domanda come un momento della storia di una persona o di una collettività e a tener conto di questa storia.

Tuttavia, le questioni riguardanti l'invio sono piuttosto trascurate dalla letteratura. I resoconti sui casi clinici iniziano, solitamente, dando per implicito il significato della domanda del cliente e la scelta della strategia di intervento e ciò impedisce di riflettere sulla fase istituyente dell'intervento per cogliere se e quando la domanda è stata analizzata entro il contesto relazionale che le conferisce un senso o, piuttosto, agita.

E' stato Freud il primo a rilevare l'importanza dell'invio e ad indicarlo come possibile fonte di problemi, giungendo a considerare alcune forme di invio incompetente come controindicazione alla psicoterapia del cliente. Freud collega le questioni riguardanti l'invio e il contesto in cui matura la decisione di intraprendere una psicoanalisi al problema della motivazione e del transfert. Scrive l'Autore (1904): "La psicoterapia psicoanalitica non è applicabile a persone che non si sentano spinte alla terapia dalle loro sofferenze ma vi si sottopongono solo per ordine superiore dei loro congiunti"; e anche: "Il metodo psicoanalitico viene spesso confuso con il trattamento di suggestione ipnotica. Lo noto per il fatto che relativamente spesso mi vengono inviati malati anche da colleghi di cui non godo di solito la fiducia, malati refrattari, naturalmente, con l'incarico di ipnotizzarli" (Freud, op. cit.). Nel 1913, fra le altre controindicazioni, Freud segnala "le lunghe conversazioni preliminari prima dell'inizio del trattamento analitico, una precedente terapia di altro genere, così come una conoscenza già in atto tra il medico e l'analizzando, che fanno sì che il paziente si ponga di fronte al medico in un atteggiamento di traslazione già definito e impediscono a quest'ultimo di osservare il crescere e il divenire della traslazione fin dal suo inizio; ma anche la richiesta di un rinvio, che nasconde forti resistenze".

Questi passaggi sembrano indicare una specifica attenzione all'incontro tra esseri umani, più che a quel soggetto-oggetto della conoscenza, alla dinamica transfert-controtransfert, e, più in generale, al contesto dell'intervento clinico, che esercita i suoi influssi sia sul cliente sia sul terapeuta. Il contesto a cui fare attenzione non è più solo quello interno al cliente (il contesto psichico dell'idea patogena che la psicoterapia mira ad eliminare, come scriveva Freud, sempre nel 1904) e nemmeno quello che consente alla teoria di essere dimostrata, ma è anche, e contemporaneamente, il contesto in cui la teoria può essere "costruita" e modificata.

Tuttavia, l'idea che il cliente giunga di fronte allo psicoterapeuta consulente senza un atteggiamento di traslazione definito oggi ci sembra una pretesa ingenua³. Anche perché possiamo differenziare fra diversi tipi di transfert. David e Jill Scharff (1991) ad esempio, fanno riferimento sul piano teorico al tema winnicottiano della differenza tra madre ambiente e madre oggetto per delineare una differenza tra quello che chiamano transfert contestuale e focalizzato. Il *contextual transference* sarebbe legato alla responsabilità del paziente all'ambiente terapeutico, cioè agli atteggiamenti riguardo la cornice del trattamento: resistenze inconsce in generale, specifici sentimenti consci e comportamenti verso il terapeuta come un oggetto che offre una situazione di sostegno. Al contrario, il *focused transference* riguarderebbe sentimenti che il paziente trasferisce sul terapeuta come oggetto di una relazione intima. E Carli (1995, 1997, 1998), nota che nell'intervento psicoterapeutico può essere individuato, insieme al transfert storico o personale, che riguarda la riattualizzazione nella relazione con lo psicoterapeuta di rapporti instaurati con gli oggetti arcaici interni, un transfert "invariante". Quest'ultimo, riguarda la riproduzione della

² Quali sono le attività (formazione, diagnosi...) richieste e quale tipo di efficacia è attesa? A chi? Quali sono i criteri che hanno portato alla scelta di un determinato professionista?

³ Più "realista del re" è lo psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana Saraval (1988): "Se il potenziale paziente telefona direttamente è già un buon inizio. Meno positivo è se l'appuntamento viene fissato dal medico curante o da un familiare, perché questo indica che il paziente è 'mandato a fare la psicoanalisi'. In questo caso ci saranno molte probabilità di constatare, già al primo incontro, che il paziente non è sufficientemente motivato all'analisi...Mi verrebbe da dire 'paziente ben motivato già mezzo analizzato'. Se si presentasse un paziente dicendo: 'Ho capito che le mie sofferenze sono causate dalle mie difficoltà psicologiche. Mi sono sforzato di capire che origine possano avere ma arrivo sino ad un certo punto e non oltre, perciò penso di aver bisogno di un'analisi che mi aiuti a conoscermi a fondo e a modificarmi. So che è costosa, lunga e difficile ma sono pronto a fare i sacrifici necessari', beh, se un paziente dicesse queste cose sarebbe un paziente ideale".

dinamica che concerne la relazione tra medico e paziente, al cui interno Carli individua una componente “organizzativa”, fondata sulla contrattualità e regolata da norme sociali conosciute e condivise, e una componente “istituzionale”, fondata sull’elaborazione simbolico-affettiva delle posizioni del curare da un lato, dell’essere curati dall’altro. Nel rapporto fra psicoterapeuta e cliente, alla componente invariante (pur nella variabilità delle dinamiche istituzionali riprodotte) si sovrappone, o si somma, la componente personale del transfert, secondo una relazione molto complessa: “Si può pensare che la storia affettiva del paziente, il mondo interno e gli oggetti arcaici che lo popolano, vengano proiettati sullo psicoterapeuta in quanto questi rappresenta colui che lo libererà dal male, e che gli potrà dare il suo bene. Quindi è la funzione terapeutica che dà l’avvio al processo del transfert, ed è su tale funzione che si struttureranno le trasformazioni personali dei singoli pazienti, fondate sulla loro storia” (Carli, op. cit.).

Possiamo ipotizzare che i diversi specialisti consultati nel tempo dal cliente siano da lui mentalmente collocati lungo una catena associativa in cui il transfert invariante costituisce, per così dire, l’ossatura e il transfert personale le fantasie e gli affetti che ne sono sostenuti.

Ricordo, inoltre, che Glover (1954) ha segnalato la presenza di transfert “spontanei” o “fluttuanti” che sono presenti fin dall’inizio della relazione e riflettono le relazioni oggettuali abituali di un individuo mentre gli Autori inglesi della Tavistock (Boston, M. & Daws, D., 1981; Box, S., Copley, B., Magagna, J. & Moustaky, E., 1985; Copley, B. & Forryan, B., 1989) hanno parlato di pretransfert, o transfert precoci. Questi ultimi si instaurano già in prossimità della prima consultazione o addirittura, prima dell’incontro, quando la telefonata per l’appuntamento, o anche la semplice disposizione all’attesa, mobilitano in entrambi gli interlocutori fantasie sulla consultazione e i suoi esiti. Questi Autori condividono l’assunto che la consultazione debba esplorare piuttosto che le determinanti intrapsichiche del soggetto che presenta un disagio psicologico, tutte quelle valenze interpersonali che, tramite l’identificazione proiettiva, costruiscono un sistema difensivo che impedisce alle emozioni di circolare. Il pretransfert è considerato differente dal transfert infantile sul terapeuta, che si mobilita nella psicoterapia, viene elaborato lentamente nel corso del tempo e favorisce una maggiore regressione, perché viene esplorato e interpretato nel *qui e ora*, e fa appello, in misura maggiore, alle parti più adulte della personalità. Inoltre, le fantasie che si esprimono nei primi colloqui, a differenza che nel transfert vero e proprio, non sono sempre a sfondo duale, ed elaborabili in questi termini ma possono rappresentare relazioni complesse fra uno, alcuni o tutti i membri di un nucleo familiare, lo psicologo e/o l’istituzione in cui quest’ultimo lavora.

In questa impostazione, i sentimenti vissuti dal cliente nella stanza di consultazione nei confronti dello psicoterapeuta consulente, sono utilizzati come esempi concreti della natura dei rapporti del cliente con le figure significative presenti nel suo contesto e consentono di esplorare, insieme con lui, i propri atteggiamenti verso gli altri, nel proprio mondo sia interno che esterno.

Potremmo apparentare il concetto di pretransfert a quella che Grasso e Bianco (2003) chiamano la fantasia relazionale prevalente, che viene agita da un individuo nel momento in cui si rivolge allo psicoterapeuta: “Tale fantasia contiene non solo gli elementi comportamentali caratteristici con cui quella persona tende a manipolare e ad utilizzare gli altri ai propri scopi “patologici” ma anche le aspettative più o meno realistiche che sono state attivate dalla decisione di richiedere un intervento psicologico ad un “espero” e all’istituzione di cui questi fa parte” (Grasso & Bianco op. cit. p.32). Queste aspettative, cioè, non vengono prodotte in un “vuoto sociale”, né sono attivate solo dalle reminiscenze infantili⁴, ma sono costantemente in interazione con i diversi ruoli relazionali presenti nel contesto attuale e con il mandato sociale dello psicoterapeuta che viene, per così dire, inglobato nel transfert.

Anche lo psichiatra francese Gilliéron (1994) è interessato a quelle che definisce le forme di rapporto precoce del cliente con lo psicoterapeuta, e agli effetti della costituzione del setting sul funzionamento psichico di chi vi partecipa. La teoria dell’autore individua come centrale la funzione di oggetto d’appoggio che il cliente richiede allo psicoterapeuta per ripristinare il proprio equilibrio

⁴ Freud (1901, 1912) aveva suddiviso i transfert in vere e proprie “ristampe”, il cui contenuto rimane invariato rispetto al passato, anche se cambia l’oggetto verso cui sono dirette, e in “rifacimenti”, che possono essere “editi” in modo tale da avere una particolare connessione con una relazione attuale. E aveva segnalato che era proprio nel rivivere le antiche emozioni all’interno di una nuova relazione che risiede la possibilità terapeutica di cambiamento e crescita.

precedente, e propone di assumere una modalità di consultazione centrata sull'esplorazione della richiesta al terapeuta e delle attese connesse, che sarebbero corrispondenti ai cambiamenti cercati dal cliente, consciamente o inconsciamente. Secondo l'Autore il fatto che il cliente venga indirizzato da un qualsiasi "terzo" segnala, di primo acchito, un problema che si colloca a livello interpersonale, tra il soggetto e il suo ambiente relazionale: Indirizzare un paziente a un curante specifico implica un doppio movimento: riconoscimento della propria impotenza a trattare il problema e riconoscimento della capacità dell'altro. Si tratta di interessarsi in primo luogo dell'atteggiamento della persona che indirizza il paziente e solo in secondo luogo del contenuto del messaggio. Questo atteggiamento ci fornirà importanti informazioni sulle reazioni provocate dal paziente (controtransfert). Tutto ciò perché le emozioni dello psicoterapeuta saranno già fortemente mobilitate da chi è intervenuto precedentemente, prima che il paziente abbia avuto la minima possibilità di azione (Gilliéron, op. cit.).

L'analisi delle modalità dell'invio e del proprio controtransfert consente talvolta allo psicoterapeuta consulente di ipotizzare che da parte degli inviati è stata adottata una modalità di intervento in due tempi: dapprima una presa in carico collusiva con la proposta del cliente e poi, quando la relazione è entrata in crisi, un invio ad altri specialisti. Quest'ultimo, sottende l'incapacità di affrontare il fallimento della collusione con il cliente e rappresenta il tentativo di allentare la pressione emotiva della relazione chiedendo al collega di farsi carico di alcuni aspetti dell'intervento già definiti e previsti dall'inviante nel loro ultimo esito. L'invio, cioè, può nascondere la pretesa dell'inviante di controllare l'intervento a distanza. Si potrebbe anche dire che mettendo in atto meccanismi di delega, idealizzazione e controllo l'inviante "fa" al collega quello che è stato "fatto" a lui dal cliente. Forse non è un caso che fra gli addetti ai lavori circoli il detto che bisogna guardarsi dai "cattivi" invii!

Naturalmente, sono soprattutto i vissuti e le rappresentazioni del cliente sull'invio e sull'inviante quelli che consentono di cogliere il "sistema cliente". Il cliente che domanda, in altre parole, parla della propria posizione all'interno di un sistema, di un contesto, di un'organizzazione. Le modalità dell'invio, le rappresentazioni che ne vengono fornite dal cliente e le conseguenti rappresentazioni che vengono evocate nello psicoterapeuta consulente possono essere considerati organizzatori della domanda del cliente.

Particolarmente interessante è il caso di clienti che giungono alla consultazione con lo psicoterapeuta dopo essere ricorsi, nel passato remoto o recente, ad altri professionisti della salute. Queste domande e gli interventi che ne sono scaturiti non raramente hanno prodotto un viluppo di agiti collusivi che richiedono di essere pazientemente analizzati, per convocare i clienti ad assumere una funzione committente rispetto all'intervento psicologico, facilitare la presa di consapevolezza e lo sviluppo delle loro risorse mentali. E' infatti proprio l'individuazione e la restituzione al cliente delle aspettative e delle simbolizzazioni affettive sottese alla domanda di aiuto che costituisce lo specifico dell'intervento dell'analisi della domanda (Carli, 1987; Carli & Paniccia, 2003).

In questi casi, l'intervento si presenta particolarmente complesso, per varie ragioni: i clienti, che hanno scisso e disperso le loro risorse, economiche e mentali, in direzioni diverse, sono delusi e insofferenti; in altri termini, esprimono diffidenza e preoccupazione nei confronti dello psicologo clinico⁵, pretendendo una risposta "tutto e subito" che li liberi dall'angoscia. Oppure, esigono un certo tipo di prestazione piuttosto che un altro, prefigurando un esito finale dell'intervento e cercando di controllare, provocare e obbligare lo psicologo perché lo renda possibile.

In secondo luogo, le relazioni con i precedenti specialisti e/o con le più diverse istituzioni di cura, e/o le interazioni con altri interlocutori, come i familiari, non raramente hanno prodotto piuttosto che un allentamento delle difese un loro rafforzamento: teorie psicologiche, diagnosi, ipotesi di cura, tranches di terapia hanno sostenuto e alimentato il circuito collusivo, contribuendo a strutturare una relazione del cliente con il cosiddetto esperto e/o istituzione di cura alla "mordi e fuggi". Gli interventi dell'"esperto", cioè, sono stati usati come una sorta di farmaco da banco, nell'illusione di tamponare i sintomi e curare il deficit del momento. Si sono quindi configurati come una formazione al contrario: ad agire piuttosto che a pensare le emozioni, a dipendere acriticamente dallo specialista, gratificando i propri desideri di appartenenza e contatto, piuttosto che utilizzarlo come sponda per esercitare e sviluppare la propria competenza nell'affrontare i problemi

⁵ Vedi l'albero neoemozionale proposto da Carli & Paniccia (2003, 2005).

psicologici presenti. Quando si chiede ai clienti cosa hanno capito di ciò che è stato loro detto e di ciò che hanno fatto con gli “esperti” consultati la risposta spesso è: “Ben poco!”, oppure “Niente!”, o anche, consiste in affermazioni di principio che non vengono sostanziate⁶. Talvolta, anche i clienti ripetono una diagnosi che è servita solo a dare un nome alle loro ansie, come scriveva Balint (1951), ma non ad analizzarle e a capirne il significato.

L'analisi della domanda consente di evidenziare, in tutti questi casi, un'alta propensione del cliente a seguire “ciecamente” alcune specifiche fantasie riguardo al senso dei propri problemi e/o alle figure del proprio mondo relazionale, così come alla finalità della relazione con lo psicoterapeuta consulente, piuttosto che ad utilizzare quest'ultimo per pensarle insieme. Il ritorno alla consultazione psicologica, in questi casi, non ha il significato di rinnovare una committenza, bensì, prevalentemente, quello di rilanciare una delega per la risoluzione dei problemi allo specialista. Quest'ultimo può venirsi a trovare nella difficile posizione controtransferale di “finanziare” lui il progetto di intervento, rispondendo sia alle attese del cliente che a quelle dell'inviante, implicitamente o esplicitamente interconnesse.

In conclusione, le rappresentazioni che sia il cliente che lo psicoterapeuta consulente si fanno dell'invio e di ciò che lo informa e lo precede - il mandato sociale di modificare i comportamenti disadattivi, una diagnosi, il senso attribuito al disagio psicologico, le indicazioni per uno specifico trattamento, le teorie sull'abbinamento di quel soggetto a quel determinato psicoterapeuta - rappresentano un potente organizzatore delle rappresentazioni di sé, dell'altro e della relazione fra loro. Possono dunque essere esplorati nel lavoro di consulenza per rintracciare e comprendere il fallimento della collusione nel rapporto fra il cliente e il suo inviante, che è un indicatore della crisi nel rapporto fra il cliente e altre figure significative del suo contesto di vita, così come la riproposizione nella domanda di aiuto allo psicoterapeuta consulente delle simbolizzazioni affettive relative all'assetto collusivo fallito. L'invio, vale a dire, è una delle dimensioni che concorre a costruire una specifica relazione fra il cliente e lo psicoterapeuta consulente e che contribuisce a determinare la trattabilità del caso (Masina, 2000).

Le caratteristiche dell'invio, cioè tutto quello che viene detto e fatto dall'inviante, così come i vissuti del cliente e dello psicoterapeuta consulente che le accompagnano, possono rappresentare uno di quegli eventi critici che, come è stato più volte sottolineato (Carli, 1987; Carli & Paniccia, 2003; 2005), favoriscono la ricostruzione della trama della relazione collusiva. Attraverso l'analisi delle fantasie del cliente sul senso della relazione con il suo inviante si può cogliere se da parte del cliente prevale un interesse per il lavoro psicologico al fine di correggere un deficit, oppure, al contrario, se intende utilizzare la relazione soprattutto quale ambito di promozione dello sviluppo.

Il primo obiettivo dell'intervento è, quindi, quello di introdurre e sviluppare nella relazione con il cliente un pensiero sul senso della domanda rivolta allo psicoterapeuta consulente e sul prodotto degli interventi effettuati. In altre parole, si tratta di consentire l'introduzione di un “terzo” nella relazione di consulenza che apra alle dimensioni di estraneità dentro e fuori al cliente.

Un caso⁷

La madre di un ragazzo di sedici anni chiede una consulenza al dottor L. spiegando che il figlio non vuole saperne di studiare: l'anno scorso è stato bocciato alla scuola pubblica e quest'anno è stato espulso dalla scuola privata perché ha picchiato un compagno di classe. Il ragazzo, inoltre, fuma molte “canne” e fa piccolo spaccio, rincasa solo all'alba e partecipa alle risse nella piazza del paese. La signora confessa di non sapere più cosa fare. L'ha spostato alla scuola privata perché, nella pubblica, il figlio aveva trovato due insegnanti pazze, che lo trattavano troppo severamente (spiega che hanno anche subito un'ispezione ministeriale) ma il preside della nuova scuola, dopo l'aggressione, l'ha espulso senza nemmeno cercare di capire i motivi del suo comportamento. Unici dati positivi, secondo la signora: il ragazzo non si nasconde ma parla con lei di tutto – ad

⁶ Ad esempio, una cliente risponde: “Che mio marito non l'ho mai conosciuto”; un altro: “Che ho trattato mio figlio con troppa tolleranza”, ecc.

⁷ Il caso è stato da me seguito in supervisione. Ringrazio il dottor Lorenzo Limiti per avermi consentito la pubblicazione.

esempio, si è lamentato dell'inserimento in una nuova scuola privata, un "esamificio" dove si recuperano gli anni persi, che ha definito scuola per deficienti.

La signora spiega che lei e il marito sono stati seguiti in coppia da uno psicologo (dott. A) che, dopo aver verificato l'indisponibilità del ragazzo a partecipare ad un incontro con lui, ha loro suggerito in un primo tempo di essere molto flessibili con il figlio, e poi, quando questa strategia non ha funzionato, di diventare sempre più rigidi. Anche altri, (la cognata della signora, e un'amica psicoterapeuta) le hanno detto che bisogna essere severi e contenere il figlio: ad esempio, togliergli il motorino quando si comporta male. E' soprattutto il padre che dovrebbe occuparsi di porre dei limiti. La signora spiega che loro genitori ci hanno provato: ma il ragazzo il motorino lo prende lo stesso e, quando rientra a casa, suo marito si arrabbia molto: lei teme che i due vengano alle mani e si facciano male e deve intervenire per separarli. Ma questo irrita suo marito. Così, non sanno più come comportarsi. Il ragazzo sembra un angelo fino a che la madre effettua qualche rilievo critico sul suo comportamento inconcludente e pericoloso, oppure gli nega i soldi che chiede. Allora, diventa una furia: la insulta, fino a sfiorare l'aggressione fisica, oppure si rende irreperibile. Per poi tornare sui suoi passi, promettere nuovamente di comportarsi bene e fare altre richieste di attenzioni e denaro. Il padre, invece, di solito rimane assente tutto il giorno per lavoro.

La crescita degli atteggiamenti provocatori e violenti del ragazzo nei confronti dei genitori e del consumo di sostanze ha indotto il dott. A. a consigliare l'invio del ragazzo presso un centro per tossicodipendenti: il figlio ci è andato una volta ma poi non ha più voluto saperne. Dopo questi tentativi falliti il marito della signora, già scettico riguardo alla psicologia, si è ritirato e il lavoro psicologico di coppia è virato in una psicoterapia psicoanalitica per la signora con lo stesso dott. A. Tuttavia, la signora fa capire che anche questo intervento non la soddisfa: i risultati saranno a lungo termine, mentre quello di cui lei ha bisogno è un aiuto "ora".

Il dott. A. ha inviato la signora al dott. L. con l'obiettivo di organizzare insieme a quest'ultimo una richiesta ai Servizi sociali e al Tribunale dei Minorenni perché dispongano una terapia obbligatoria per il ragazzo; trattamento che si dovrebbe svolgere nel centro per adolescenti, conosciuto e accreditato presso il Tribunale, dove lavora il dott. L. In questo modo si avrebbe la sicurezza che il ragazzo sia seguito da persone competenti.

La signora appare molto pressante nella richiesta di un aiuto concreto e di "ricette" che le siano utili a gestire il figlio. Racconta anche che ha altri due figli, più grandi. Anche loro all'età del fratello spinellavano ma poi hanno avuto uno sviluppo "fantastico": si sono laureati a pieni voti, eccellono negli sports e, uno di loro, di recente, ha vinto una borsa di studio in una prestigiosa università parigina. Fra poco i tre fratelli partiranno per una vacanza insieme, in cui lei confida molto. Ma prima, lei, il figlio e il marito andranno a Parigi per fare visita ad un college, famoso per i suoi buoni risultati educativi, dove il ragazzo potrebbe essere inserito. Spera così di togliere il ragazzo dal cattivo ambiente che frequenta al paese e auspica che il fratello, che vive in quella città, almeno il sabato e la domenica, possa seguirlo un pò. Il figlio, dopo molte resistenze, sembra propenso ad andare.

Nel corso degli incontri i tentativi del dott. L. di effettuare alcuni commenti sulla situazione che si è venuta a creare sono più volte interrotti dalla signora che sconferma veementemente le sue ipotesi, gli chiede un intervento rapido e non solo parole e gli comunica che il dott. A. le ha detto di dirgli che il caso è già seguito; dunque, non c'è tempo da perdere e bisogna procedere con l'intervento del Tribunale. Controtransferalmente, il dott. L. si sente controllato dalla coppia dott. A. - signora che sembra assegnargli un mandato rigido e un copione già definito. Il fastidio del dott. L. è accresciuto dal fatto che l'inviante, dott. A., che egli, peraltro, apprezza e stima, non lo abbia chiamato per parlargli della situazione ma gli abbia mandato un messaggio attraverso la cliente.

Commento

L'invio al dott. L. da parte del dott. A. rappresenta un evento critico che consente di cogliere il fallimento della collusione fra quest'ultimo e i clienti. La domanda di consulenza, infatti, ha orientato il dott. A. prima ad offrire alla coppia indicazioni pedagogiche per la gestione del figlio; poi, a proporre una psicoterapia psicoanalitica per la signora e, infine, a prescrivere una terapia per il ragazzo presso un centro per tossicodipendenti. Sembra, cioè, che dott. A. e clienti abbiano messo in gioco una serie di aspettative ideali che, in seguito, sono state deluse.

In primo luogo, quella che fosse possibile superare le difficoltà della coppia genitoriale di costruire un fronte più idoneo ad affrontare il disagio dell'adolescente attraverso un intervento "forte" del dott. A. (prescrizione di tecniche pedagogiche e di terapia per il giovane); in secondo luogo, quella di superare la demotivazione del padre e l'abbandono della consulenza attraverso un trattamento psicoanalitico individuale, che aiutasse la signora a separarsi dal figlio. Queste strategie, infatti, non sono riuscite ad evitare un aggravamento della situazione del ragazzo e un progressivo scontento dei clienti. Dopo l'abbandono del marito, la signora ha chiesto con più forza soluzioni e rapidi tempi di intervento e il dott. A. ha prescritto tribunale, terapia obbligatoria e visita della signora al dott. L. perché quest'ultimo organizzasse l'intervento previsto.

In altri termini, il "consiglio" del dott. A. sembra collegato con la sua difficoltà di trattare l'ambivalenza della domanda della cliente che, dopo aver evocato un interlocutore competente, ne vuole dimostrare l'inaffidabilità, per non dover mettere in discussione il proprio operato nella coppia, nella famiglia e nella stessa consulenza psicologica.

Infatti, mentre la signora chiede al dott. L. di procedere nell'intervento concordato fra lei e il dottor A. segnala, attraverso i suoi dubbi sugli interventi di quest'ultimo, di averlo già, per così dire, fatto fuori. Il dottor L. sembra essere solo l'ultimo anello di una catena di interlocutori della signora (le professoresse del figlio, il preside, la cugina e l'amica psicologa, il marito) chiamati a svolgere il ruolo di terzo nella relazione fra lei e il figlio adolescente ma subitaneamente esautorati come inefficaci a prestare un aiuto valido. Non a caso, poco dopo la nuova richiesta di aiuto, la signora interrompe la psicoterapia individuale con il dott. A.

Allo stesso tempo, il figlio della signora che sta inviando segnali di essere gravato da un profondo disagio viene ancora aspettato dalla signora nel ruolo di figlio fantasticato che, cambiando ambiente e interlocutore (il fratello, sostituto paterno) avrà un ottimo sviluppo. Potremmo dire che anche in questo caso la signora taglia fuori la parte estranea dell'interlocutore che la costringe a confrontarsi con i limiti della sua rappresentazione di sé, dell'altro e della relazione: cioè, la parte del figlio tesa a svincolarsi dal controllo materno; espressa, ad esempio, dalla considerazione che la scuola privata viene offerta ai ragazzi deficienti.

Il fastidio dello psicologo clinico di fronte alla coppia cliente-inviante, può connettersi alla sensazione del ragazzo e del marito della signora ma, forse, anche del dott. A. - che si preoccupa di controllare la relazione fra il dott. L. e la signora, rivendicando una sorta di prelazione nell'intervento - che quest'ultima faccia il "doppio gioco", appoggiandosi, di volta in volta, ad interlocutori compiacenti. Da una parte la signora sembra, infatti, alleata con lui, promettendogli ascolto e dedizione; dall'altra, è sempre alla ricerca di un diverso oggetto di relazione che la aiuti a far fronte sia alle richieste del ragazzo, che si fanno sempre più pressanti e insostenibili, che alla difficoltà di contrattare con il dott. L. nuovi ruoli e nuove rappresentazioni di sé.

Possiamo ipotizzare che il rifiuto dell'intervento psicologico da parte dell'adolescente sia connesso al significato che i genitori gli hanno attribuito. Quello di correggere un deficit rispetto alle loro aspettative, piuttosto che promuovere una migliore rappresentazione del Sé che aiuti il ragazzo a perseguire i compiti evolutivi caratteristici dell'adolescenza. L'intervento psicologico che viene proposto al figlio sembra infatti sostituire, piuttosto che integrare, sia la competenza dei genitori di collaborare per restituire al ragazzo un'immagine più articolata e integrata di sé, sia quella dello stesso adolescente di cogliere l'incongruità di una situazione in cui cerca di crescere ma, nello stesso tempo, di rimanere bambino, superando l'edipo senza giocare la partita con il padre, per così dire "a tavolino". Aderendo alle richieste della signora il dottor L. si configurerebbe come una sorta di longa manus della madre e sancirebbe l'impossibilità del ragazzo di emanciparsi da lei.

La possibilità di restituire alla signora il senso del suo tentativo di ripristinare con il dottor L. la collusione fallita in precedenza con il marito, con il dottor A. e con lo stesso figlio, mettendone in evidenza il versante difensivo, teso a controllare l'altro e a negarne l'estraneità, fuori e dentro di lei, ha consentito al dottor L. prima di riagganciare il marito, e poi di procedere ad un incontro con l'intera famiglia in cui discutere i problemi emersi negli ultimi anni.

Bibliografia

Balint, M. (1951). *Medico, paziente e malattia*. Trad. it.: Milano: Feltrinelli 1961

- Carli, R. & Paniccia R.M. (1988). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: il Mulino.
- Carli, R. (1987). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè.
- Carli, R. (1995). Il rapporto individuo-contesto, in *Psicologia Clinica*, n. 2, 5-20.
- Carli, R. (1997) (ed). *Formarsi in Psicologia Clinica*. Roma: Kappa.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: il Mulino.
- Carli, R. & Paniccia R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Freud, S. (1904). Psicoterapia, in *Opere*, vol. 4, Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1913). Inizio del trattamento, in Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi, *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri.
- Gilliéron, E. (1994). *Il primo colloquio in psicoterapia* (trad. it.: Borla, Roma, 1995).
- Grasso, M. & Bianco, A. (2003) *Laboratorio di analisi della domanda*. Roma: Kappa.
- Marcelli, D. & e Bracconier, A. (1999). *Adolescenza e psicopatologia*. Masson, Milano, 2001.
- Masina, E. (2000). *Trattabilità in adolescenza. Problemi nella psicoterapia psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli.
- Masina, E. (2006) (ed.) *Laboratorio sul disagio dell'adolescenza*. Roma: Kappa.
- Michelot, C. (2002). Domanda, in *Dizionario di Psicosociologia* (trad. it.: Barus-Michel, J., Enriquez E. & Lévy. Cortina, Milano, 2005).
- Saraval, A. (1988) (ed.) *Trattato di psicoanalisi. Teoria e tecnica*. vol. I, Milano: Cortina.
- Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, n. 2/3 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it
- Scharff, D.E. & Scharff, J.S. (1991). *Object Couple Therapy*. Northvale and London, Aronson.

Oltre il pensare mafioso: sviluppo umano e beni relazionali

di Antonino Giorgi*

1. Premessa

La moderna letteratura scientifica economica ad orientamento relazionale evidenzia il fatto che gli esiti di uno sviluppo economico sostenibile, oltre che ad altre importanti variabili, sono significativamente legati alla qualità delle relazioni interpersonali (Bruni, 2006; Sacco & Zamagni, 2006). Questo significa, tra l'altro, che lo sviluppo economico non può essere più considerato indipendente dallo sviluppo delle persone, dalle loro soggettività e dal loro reciproco riconoscimento. Significa sostenere che la relazione con l'Altro, la qualità relazionale, non è solo indispensabile per la costruzione identitaria o per la cura psicologica (Lo Verso & Lo Coco, 2006), ma è anche importante strumento trasformativo in grado di realizzare cambiamento sociale (Brown & Zinkin, 1996) e influenzare/orientare lo sviluppo economico in un senso piuttosto che in un altro. Da tempo, non solo nei paesi occidentali, lo sviluppo socio-economico ha coinciso sempre più con la categoria di "Homo Economicus" nella sua versione più estrema: quella diretta all'arricchimento a qualunque costo, spinta alla mercificazione dell'Altro e all'individualismo esasperato¹. In Sicilia, in particolare, "Homo Economicus" sembra essere abbastanza facilmente in grado di trovare legami affaristici e di altro genere sia con l'organizzazione criminale Cosa Nostra che con una diffusa e specifica modalità d'intendere la realtà e le relazioni con gli altri, identificabile con il "pensare mafioso" (Fiore, 1997). Alcune statistiche nazionali², infatti, indicano la Sicilia come uno dei più classici modelli negativi per l'intreccio tra criminalità organizzata e ritardo dello sviluppo socio-economico³. Ciò che alimenta e contribuisce significativamente a determinare questo ritardo non è solo il fatto che le categorie di "Homo Economicus", "Homo Mafioso" e "Homo Democristianus"⁴ condividano affari, appalti e soldi, inefficienze storiche e potere, ma anche, da un punto di vista psicologico, il problema della negazione dell'esistenza dell'Altro come soggettività. Questo lavoro vuole essere un contributo a vertice psicodinamico che, ponendo attenzione alla vicinanza tra i moderni tentativi relazionali della teoria economica (Sacco & Zamagni, 2006; Bruni, 2006; Bruni & La Porta, 2006; Bruni & Zamagni, 2004) ed alcuni assunti della gruppoanalisi

* Psicologo, Cultore dell'Insegnamento di Psicoterapia, Università degli Studi di Palermo

¹ "Homo Economicus" non è l'attore perfettamente razionale "inventato" dalla teoria economica classica. Esso è qui inteso come categoria umana che mette il proprio interesse economico al di sopra di ogni cosa, che tende ad adottare condotte egocentriche che ignorano l'altro e che, per ciò stesso, sviluppano la loro propria barbarie causando un terrificante depauperamento delle risorse ambientali, economiche, sociali, culturali, antropologiche e relazionali di intere comunità (Morin, 2006). Oggi, tuttavia, la categoria di "Homo Economicus" non è più così popolare. Infatti, si assiste ad un continuo sviluppo di movimenti (volontariato, ect.), di diverse matrici ideologiche e culturali, che rivendicano stili di vita e di consumo più sobri, più attenti all'ambiente naturale e sociale, esperienze che vanno in direzione contraria all'edonismo contemporaneo.

² Le dimensioni dell'economia mafiosa sono enormi: dall'agricoltura al turismo, dai servizi all'impresa a quelli alla persona, agli appalti, alle forniture pubbliche, la presenza mafiosa aggredisce ogni attività economica, tanto che il suo fatturato è giunto ormai a 75 miliardi di euro, pari ad un colosso imprenditoriale come l'ENI, il doppio di quello della FIAT, dieci volte più grande di quello della TELECOM (9° Rapporto "SOS-Impresa" della Confesercenti).

³ Quello che appare peculiare in Sicilia è la presenza di uno stretto legame tra Cosa Nostra, potere economico e potere politico, a cui fa da cornice un sociale spesso consenziente e silenzioso. Essa, difatti, è posta ai più bassi livelli della qualità della vita, dello sviluppo socio-economico, ed a quelli più elevati circa la presenza di fenomeni criminali di stampo mafioso (ISTAT, 2005), dove il mancato sviluppo ha coinciso con la produzione e condivisione, anche negli ultimi tempi e a tutti i livelli, di politiche assistenzialiste e clientelari, fondate esclusivamente sulla gestione del potere e del consenso elettorale.

⁴ "Homo Democristianus" (Lo Verso, 2004), essendo una specifica categoria psicoantropologica siciliana caratterizzata dal "pensare mafioso" (Fiore, 1997), è trasversale a tutti i partiti politici, ai movimenti, alle organizzazioni sindacali, etc. Essa non è identificabile con il partito della Democrazia Cristiana. Molti democristiani (o ex), infatti, non appartengono affatto a questa categoria e molti che di quel partito non hanno mai fatto parte, invece sì. La Democrazia Cristiana ha infatti espresso uomini rigorosi e di qualità, anche in Sicilia.

soggettuale (Lo Verso, 1994; Pontalti, 1998; Fasolo, 2002; Lo Verso & Lo Coco, 2006;) e restringendo il campo all'analisi di "Homo Mafioso" e "Homo Democristianus", proverà ad elaborare il concetto dei beni relazionali (Brunori, 2004; Lo Verso & Prestano, 2006), esemplificandone l'importanza all'interno di un programma locale di sviluppo umano⁵ in Sicilia.

2. I tentativi relazionali in economia: un excursus storico

Negli ultimi tempi, la parola "relazione" sta entrando sempre più a far parte del lessico delle scienze economiche. Zamagni (2006), sottolineando l'esigenza di superare gli angusti limiti dell'attuale impostazione individualistica della teoria economica, tenta di rivalutare sia il concetto di persona che la dimensione relazionale della realtà economica. In sostanza, l'intenzione è quella di assumere un nuovo paradigma interpretativo, quello relazionale, alternativo a quello individualistico ed olistico. Tuttavia, al fine di non cadere in equivoci di fondo, l'economista precisa:

"non intendo affatto sostenere che l'economia non si sia occupata di studiare le interazioni sociali. Tutto altro. Quel che voglio significare è che un conto sono le interazioni sociali, altro conto sono le relazioni interpersonali: mentre in queste ultime la identità dei soggetti coinvolti è costitutiva della relazione stessa, le interazioni sociali possono essere anonime e impersonali. Inoltre, mentre l'interazione sociale ha natura strumentale (ogni volta che entro in un rapporto di scambio è ovvio che stabiliscono una relazione con qualcuno, ma questi è solamente strumento per il mio fine), la relazione interpersonale guarda alla potenza del tra, come categoria primordiale della realtà umana" (Sacco & Zamagni, 2006, p. 18).

Bruni (2006), nei suoi scritti, parla dell'importanza della relazione nelle dinamiche della vita civile. Egli offre una lettura originale, e in parte controcorrente della relazione di reciprocità, presentata come una realtà plurale e multidimensionale⁶. L'economia, infatti, tradizionalmente, ha trattato solo la socialità di tipo strumentale. Stabilendo che il comportamento economico è determinato dalla somma di comportamenti individuali, ha eliminato la dimensione psico-sociale dall'analisi economica. Tuttavia, è difficile immaginare un'ipotesi più improbabile di quella secondo cui il comportamento economico sia astrabile dalla dimensione sociale.⁷

"Infatti è sempre più un dato condiviso tra gli economisti che non è metodologicamente lecito né descrittivamente corretto assumere che le relazioni economiche si svolgano su un substrato costante: la dimensione interpersonale può essere significativamente determinata e influenzata anche da fattori economici (per esempio lo sviluppo dei mercati che tende ad erodere spazi una volta occupati da beni relazionali che si creavano come sottoprodotti di interazioni non di mercato). D'altra parte la qualità della vita relazionale ha importanti effetti economici: sappiamo sulla base di una evidenza empirica robusta e diffusa, che persone inserite in ambienti di lavoro attenti alla qualità relazionale hanno anche migliori performance lavorative (al lato opposto di questo spettro abbiamo il *mobbing*)" (Bruni, 2006, p. 2).

⁵ L'Indice di Sviluppo Umano, è un indicatore di sviluppo macroeconomico, realizzato dall'economista pakistano Mahbub ul Haq nel 1990. È stato utilizzato, come nuovo strumento di misura dello sviluppo, accanto al PIL (Prodotto Interno Lordo), dalle Nazioni Unite a partire dal 1993, per valutare la qualità della vita nei paesi membri. È un indicatore complesso, che tiene conto non solo del reddito pro-capite, ma anche di numerosi altri elementi che concorrono a determinare le condizioni di vita: l'aspettativa di vita, il quantitativo di calorie alimentari disponibile pro-capite, il tasso di alfabetizzazione e di scolarizzazione, l'accesso ai servizi, la disponibilità di acqua potabile, il grado di libertà politica (www.globalgeografia.com). In questo lavoro, anche come proposta di miglioramento, il suo calcolo dovrebbe essere determinato anche dalla misura del grado di supporto sociale, del grado di felicità e di qualità della vita relazionale (beni relazionali) pro-capite.

⁶ Le forme individuate sono: la reciprocità cauta, la reciprocità-philía e quella incondizionata. Quando si affermano forme di reciprocità meno condizionali, può svilupparsi una società in cui convivono culture diverse, un mondo più creativo e felice.

⁷ La teoria economica è oggi sempre più interessata allo studio di dinamiche relazionali allo scopo di comprendere sia comportamenti fuori dal mercato che comportamenti genuinamente prosociali all'interno delle ordinarie dinamiche di mercato come, ad esempio, la contribuzione volontaria ai beni pubblici.

L'importanza della reciprocità è altresì arricchita dall'analisi sul benessere soggettivo in rapporto a variabili di tipo economico. Le molte ricerche empiriche sul "paradosso della felicità" dimostrano che la qualità della vita relazionale è la dimensione più importante (anche rispetto al livello di reddito) nella valutazione soggettiva del proprio benessere⁸. Infatti, un'importante circostanza

"che è valsa a riammettere nell'universo del discorso economico il principio di reciprocità è il cosiddetto paradosso della felicità [.....]. Fintanto che la teoria economica ha potuto far credere che essere felice fosse la stessa cosa di avere la felicità, essa è riuscita a contrabbandare l'utilità per la felicità e dunque a persuadere che massimizzare l'utilità fosse operazione non solo razionale, ma anche ragionevole, espressione cioè di saggezza. I nodi sono venuti al pettine quando si è scoperto, per via empirica e non deduttiva, che, oltre un certo livello, l'aumento del reddito pro-capite diminuisce il benessere soggettivo". (Bruni & La Porta, 2006, p. 35).

Il paradosso della felicità sembra essere legato al fatto che nelle economie occidentali, malgrado un significativo accrescimento nei consumi tradizionali, al di là di una certa soglia di benessere economico, sia sempre più diffusa la percezione di una riduzione del benessere personale e della qualità della vita. Questo significa che il benessere delle persone e la loro qualità della vita non provengono soltanto dai beni e servizi di utilità che si possono comprare. In sostanza, il denaro serve e conta, ma i cosiddetti beni relazionali sembrano servire e contare ancora di più. Il bene relazionale è una categoria (e un fatto empirico) direttamente connessa alla reciprocità⁹. Essa è stata introdotta nel dibattito scientifico quasi contemporaneamente da quattro autori: la filosofa Nussbaum, il sociologo Donati (1986), gli economisti Gui (1987) e Uhlener (1989), che li definisce come beni che possono essere posseduti solo attraverso intese reciproche che vengono in essere dopo appropriate azioni congiunte intraprese da una persona e da altre non arbitrari. Nussbaum (1986, 1996), a differenza degli altri autori¹⁰, considera i beni relazionali

"quelle esperienze umane dove è il rapporto in sé a essere il bene. L'amicizia, l'amore reciproco e l'impegno civile sono tre tipici beni relazionali nei quali è la relazione stessa ad essere il bene: dunque, i beni relazionali nascono e muoiono con la relazione stessa. Inoltre, i beni relazionali sono particolarmente fragili: queste componenti della vita buona sono destinate a non essere per nulla autosufficienti. Esse saranno invece vulnerabili in maniera particolarmente profonda e pericolosa" (Nussbaum, 1996, p. 624).

Bruni (2006) classifica i beni relazionali come un terzo *genus* rispetto alle tradizionali categorie di bene pubblico e bene privato. Cioè una specifica categoria di beni con le seguenti caratteristiche-base:

"a) *Identità*: l'identità delle persone coinvolte è un ingrediente fondamentale; b) *Reciprocità*: perchè beni fatti di relazioni, essi possono essere goduti solo nella reciprocità; c) *Simultaneità*: a differenza dei normali beni di mercato dove la produzione è tecnicamente distinta dal consumo, i beni relazionali vengono co-prodotti e co-consumati contemporaneamente dalle persone coinvolte; d) *Motivazioni*: nelle relazioni di reciprocità genuine la motivazione che è dietro il comportamento è una componente essenziale. Lo stesso incontro, per esempio una cena, crea anche beni relazionali o soltanto beni standard in base alla motivazione dei soggetti. Se il rapporto non è un fine ma solo un mezzo per qualche altra cosa (fare affari) non è possibile parlare di beni relazionali. Ciò non significa

⁸ Si ricordano, ad esempio, oltre ai citati lavori di matrice economica, gli studi di matrice psicologica di Kahneman (2004).

⁹ La teoria del "*we rationality*" (Tuomela, 1995) e la categoria di bene relazionale sono elaborazioni innovative per trattare la socialità. In questo lavoro limiteremo l'analisi ai beni relazionali rimandando alla bibliografia l'approfondimento degli studi attuali sulla reciprocità in economia.

¹⁰ Per Gui e Uhlener i beni relazionali non coincidono con la relazione stessa ma ne sono una componente. In particolare per Gui il bene relazionale è distinto dalle caratteristiche soggettive. In questo modo tenta di salvaguardare la continuità con la scienza economica che vede il bene come una realtà distinta dall'atto del consumo. Per Donati essi sono effetti emergenti dall'azione, non l'effetto delle scelte dell'attore, né dell'ambiente, ma il prodotto delle relazioni concrete, che possono modificare la volontà stessa degli attori. Proprio a causa di questo feed-back essi non sono riconducibili alla volontà degli attori.

che in un rapporto di affari non si possa creare un autentico bene relazionale; e) *Fatto emergente*: il bene relazionale emerge all'interno di una relazione. La categoria di fatto emergente coglie più della categoria economica della produzione la natura di un bene relazionale. Dire che si tratta di un fatto emergente mette l'accento sul fatto che il bene relazionale è un terzo che eccede i contributi dei soggetti coinvolti, e che in molti casi non era neanche tra le intenzioni iniziali; f) *Gratuità*: nel senso che il bene relazionale è tale se la relazione non è usata per altro. Se è vissuta in quanto bene in sé, se nasce da motivazioni intrinseche. Il bene relazionale è un bene dove la relazione è il bene, cioè una relazione che non è un incontro di interessi ma di gratuità; g) *Bene*: nel senso che esso è un bene e non è una merce, ha cioè un valore (perché soddisfa un bisogno) ma non ha un prezzo (appunto per la gratuità)" (Bruni, 2006, pp.16-17-18).

L'Autore, inoltre, mette il proprio interesse anche sulla natura dinamica dei beni relazionali, tentando di fornire un modello che analizza alcune dimensioni della dinamica della relazionalità condivisa e costruita nel tempo. In questa direzione, sembra che la "storia della relazione" (la qualità relazionale) che si instaura tra le persone sia un elemento molto importante per poter fare emergere il bene relazionale. L'attività di relazione, infatti, è influenzata non solo dallo sforzo corrente che le persone esercitano, ma anche dagli sforzi passati che hanno costituito lo *stock* di beni relazionali dei periodi precedenti (Bruni, Naimzada & Radon, 2006).

I beni relazionali, inoltre, non sono soltanto legati alla comprensione del paradosso della felicità, ma perfino alla esistenza stessa dell'economia. Infatti, se essa diventa esclusivamente scambio strumentale, si entra dentro uno dei suoi paradossi più preoccupanti: la moneta cattiva scaccia la buona¹¹. Questo un meccanismo che ha una portata più vasta, agisce, per esempio, tutte le volte in cui la gratuità (motivazione intrinseca) si confronta con il profitto economico (motivazione estrinseca): la moneta buona è scacciata dalla moneta cattiva. Lo scambio strumentale ed utilitaristico scaccia altre forme di rapporti umani. Se è solo questo, il mercato locale e globale si sviluppa ma allo stesso tempo riduce la condizione del suo stesso esistere, basate sulla fiducia e sulla propensione delle persone a cooperare. Il bene relazionale, invece, una volta emerso, entra nelle strutture di governo in cui si articola la società, comprese quelle delle imprese di profitto, e tende a ridurre, a contrastare, gli effetti negativi del modello economista esasperato. Essi, dunque, hanno un valore non solo sociale ma anche economico. In sostanza, assumono particolare importanza nel favorire l'attività economica quelle relazioni interpersonali che formano dei veri e propri beni relazionali che danno luogo a diffusione di conoscenza, funzioni di regolazione e protezione, e funzioni di coordinamento e sostegno sociale, permettendo così la cooperazione e la reciprocità.

L'analisi storico-descrittiva sulla dimensione relazionale in economia, in sostanza, evidenzia, quanto sia urgente sviluppare una teoria economica dei beni relazionali, teoria oggi non ancora disponibile probabilmente anche per la complessità dell'oggetto di studio, difficilmente "operazionalizzabile" con i soli strumenti del sapere economico. A questa mancanza, non solo è auspicabile che gli economisti provvedano, ma anche che lo facciano in un'ottica interdisciplinare. In altre parole, occorre costruire una teoria complessa e interdisciplinare, che tenga debitamente conto, ma non solo, della più che ventennale produzione scientifica della psicologia ad orientamento relazionale¹², dato che l'elaborazione sui beni relazionali è centrata sul concetto di relazione stessa e sulla soggettività.

In questa direzione, alcuni seminari tenutisi a Venezia nel 2000, dalla "*Group Analytic Society (GAS)*" sul tema "*Il denaro e il suo significato a partire dal gruppo*", sono stati, per certi versi, fondativi. Durante il loro svolgimento, infatti, a cui parteciparono noti gruppoanalisti ed economisti,

¹¹ La legge di Greshman è una delle più remote leggi economiche, probabilmente la prima legge economica applicata allo scambio monetario. (<http://it.wikipedia.org>).

¹² La letteratura scientifica umanistica, non solo quella ad orientamento relazionale, ha spesso goduto di scarsa attenzione. Essa è stata artificiosamente separata dalle spiegazioni dello sviluppo economico a causa, probabilmente, anche del modello epistemologico riduzionista ed ideologico adottato dalle scienze economiche. In realtà, la produzione scientifica umanistica ha sempre avuto a che fare, direttamente e non, anche con "fatti" economici. Negli ultimi tempi, però, gli economisti, arricchiti dal dialogo e dalla fertilizzazione incrociata con altre discipline (psicologia, antropologia, sociologia), hanno cominciato a mostrare un'inedita attenzione per il fenomeno del consumo, delle sue dimensioni comunicative e simboliche.

fu chiaro quanto gli odierni studi economici ad orientamento relazionale siano rivelatori della forte vicinanza tra la teoria economica dello sviluppo sostenibile ed alcuni fondamentali assunti teorici della gruppoanalisi. In particolare, ricorda Luisa Brunori¹³, la categoria di bene relazionale, la relazionalità umana, rivelarono il nesso comunicativo e di connessione interdisciplinare.

“Questo nesso si è reso visibile durante alcune giornate di studio in cui si discuteva di denaro e relazioni gruppali. I contenuti relazionali del gruppo e il processo di acquisizione delle risorse che l'individuo mette in atto mostravano degli elementi di contiguità veramente particolari [...]. In altre parole, ancora nell'approfondimento e nello scambio che ci fu sull'argomento, si fece sempre più chiara una sovrapposizione quasi totale tra le regole del gruppo volte alla ricerca dello sviluppo individuale e l'acquisizione di risorse/capacità economiche [...]. Non stupisce quindi che ci siamo appropriati del concetto di beni relazionali in una forma del tutto specifica legata all'epistemologia psicologica” (Brunori, 2004, p.96).

3. Beni relazionali e modello gruppoanalitico soggettuale

L'analisi della odierna letteratura scientifica dimostra un'evoluzione della psicologia dinamica e clinica da una concezione individualistica della strutturazione della vita psichica ad una concezione che sottolinea l'importanza del campo relazionale nella costruzione dell'identità personale. Molti sono i contributi psicologici (etno-psichiatria, etno-psicoanalisi, etc.) che evidenziano l'importanza assunta nel processo di formazione dell'identità determinati codici e valori culturali trasmessi attraverso i canali di socializzazione e veicolati in seno alla famiglia.

La gruppoanalisi soggettuale (Lo Verso, 1989, 1994; Pontalti, 1998; Fasolo, 2002; Lo Coco & Lo Verso, 2006) si colloca proprio dentro tale cornice di riferimento, anche di tipo epistemologico (Morin, 1982). Si tratta di un modello di matrice psicodinamica (Jervis, 1993) che, muovendosi in un rapporto di sviluppo, ma per certi versi di discontinuità, con la teoria psicoanalitica, focalizza la sua attenzione sulla effettiva centralità della relazione individuo-ambiente nella strutturazione della vita psichica. In sostanza, per la gruppoanalisi soggettuale, la relazione

“è qualcosa in più di un bene. Essa è il cuore della vita stessa. Dalla relazione l'uomo nasce, da essa viene concepito, senza un mondo relazionale egli non diventerebbe umano. I concetti di gruppo interno (Napolitani, 1987), famiglia interna e campo psichico familiare (Pontalti, 1998), transpersonale (Lo Verso, 1994), ci hanno aiutato a cogliere i nessi tra esperienza relazionale ed identità inconscia. La nostra elaborazione sviluppa alcune intuizioni di Foulkes (il gruppo è la matrice della vita mentale) e si può integrare con le elaborazioni inglesi sul rapporto tra sociale ed individuale. In questa prospettiva l'Io è anche l'Altro. I concetti di identificazione e di concepimento familiare integrano questo quadro che comunque punta a realizzare a livello terapeutico lo sviluppo della soggettività e dell'individuazione personale come condizione per convivere con le relazioni dentro e fuori di sé. Inoltre, in gruppoanalisi, l'Altro, le differenze, vengono considerati così importanti ed utili da costituire un fattore terapeutico e trasformativi” (Lo Verso & Prestano, 2006, p. 542).

Inoltre, l'elaborazione gruppoanalitica soggettuale è stata ed è sempre più arricchita con i contributi etnopsicoanalitici sul rapporto tra psiche e cultura, con quelli della scuola italiana di terapia familiare (Cigoli, 2006) e con le ricerche delle neuroscienze (Siegel, 2006).

La gruppoanalisi soggettuale, dunque, si pone come modello teorico-esplicativo, pratica clinico-sociale e psicoterapeutica in grado di offrire, all'interno di un nuovo discorso multi-disciplinare sullo sviluppo umano, importanti contributi conoscitivi e altrettanti modelli di cambiamento psico-sociale. Infatti, la connessione alle teorie economiche non è affatto un compito nuovo per la teoria gruppoanalitica, essendo lo specifico della sua teorizzazione quello di collegare la persona al contesto, ed è perciò impossibile evitarne gli aspetti economici, sia di micro che di macrosistema (Brunori, 2004). In sostanza,

¹³ Ordinario di Psicologia dei Gruppi all'Università degli Studi di Bologna, coordina il “Laboratorio per la Ricerca e lo Sviluppo della Psicoterapia di Gruppo” presso il Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Bologna.

“in epoca di migrazioni, globalizzazione, sviluppi economici straordinari ed insieme terrificanti per le ingiustizie, le violenze, le distruzioni umane e ambientali, la gruppoanalisi può aiutare a far capire il valore positivo, per noi stessi, dell'Altro e della differenza. Essa può anche fornire strumenti potenziali che aiutino il processo di civilizzazione che la nostra specie deve fare nel terzo millennio pena il suo imbarbarimento. L'apprendimento della tolleranza e della relatività delle verità individuali, familiari e culturali richiede, anche una maturazione emotiva e relazionale ed una capacità di de-paranoicizzazione. Siamo d'accordo con l'idea che non vi potrà essere un'ecologia reale se non vi sarà un'ecologia interna e relazionale. Dunque, possiamo gestire la complessità, il cambiamento e la velocissima evoluzione in atto con un apparato psichico di tipo primitivo? In che modo la gruppoanalisi può contribuire a questo sviluppo? Affermando l'importanza dei beni relazionali” (Lo Verso & Prestano, 2006, p.543).

L'odierna riflessione gruppoanalitica sui beni relazionali è fruttuosamente orientata alla ricerca di una univoca e chiara sistematizzazione. In questa precisa direzione, dunque, le riflessioni sui beni relazionali proposte, non hanno alcuna intenzione di assumere carattere definitivo, ma semplicemente vogliono arricchire il dibattito scientifico in atto. Qualora, appunto, non risultasse tutto chiaro e definito, Morin (1983) scrive che “l'unica conoscenza che vale è quella che si alimenta di incertezza, e il solo pensiero che vive è quello che si mantiene alla temperatura della propria distruzione” (p. 32).

Nel concetto di bene relazionale, secondo gli economisti, l'attributo di bene richiama i concetti di funzione di produzione e di *inputs*. Infatti, è possibile immaginare la relazione interpersonale come una particolare funzione di produzione che combina *inputs* materiali ed *inputs* intangibili di natura psico-affettiva, al fine di ottenere sia beni di natura strettamente economica, che beni relazionali.

Per la gruppoanalisi è la relazione stessa ad essere un bene relazionale, la cui natura è dunque, psicodinamica. I beni relazionali sembrano essere quelle relazioni che, attraverso il riconoscimento cognitivo-affettivo dell'Altro come soggettività, favoriscono sia lo sviluppo e il benessere personale, che la capacità di ottimizzare risorse economiche e/o sviluppare/orientare intenzioni imprenditoriali verso modalità sostenibili e solidali, piuttosto che predatorie e depauperanti. In determinate condizioni, infatti, possono emergere beni relazionali tra due o più persone quando queste condividono, in un dato momento e in un dato contesto, anche transitoriamente, sia obiettivi di uguale¹⁴ che di diversa natura¹⁵.

Sempre secondo gli economisti, tra gli *inputs* che subentrano in tale processo produttivo possiamo individuare i cosiddetti “*relational assets*” (o “*stock*”) la cui esistenza e la cui entità dipendono dal numero, dalla qualità, dall'intensità delle precedenti interazioni avvenute tra le persone. Questo significa che, secondo la teoria gruppoanalitica, la possibilità che emergano beni relazionali è intimamente legata alle identità, alle motivazioni soggettive, alle dinamiche relazionali dei gruppi d'appartenenza (presenti e passati, interni ed esterni), alle variabili istituzionali, alle radici storico-antropologiche contestuali.

In economia i beni sono intesi come un qualsiasi oggetto disponibile in quantità limitata, reperibile ed utile, cioè idoneo a soddisfare un bisogno. Essi sono neutri, ma tuttavia, sostiene Douglass (1984), i loro usi sono sociali: possono essere usati come barriere o come ponti. I beni, in realtà, sono dei simboli. Infatti, appena soddisfatti i bisogni primari, le persone non continuano a consumare beni perché interessati ai beni in sé, ma piuttosto perché essi rimandano ad altro. In altre parole, i beni sono un contenitore di relazioni, di rapporti umani, di soggettività.

¹⁴ Si pensi a tutto il mondo del volontariato sociale, della cooperazione e del terzo settore, del microcredito, *etc.*

¹⁵ Bruni (2006) cita l'esempio di quando, durante una normale riunione di lavoro, arriva da casa una telefonata a uno dei convenuti: l'incontro si interrompe, e l'interessato inizia un dialogo sui figli e su aspetti privati, non previsti all'ordine del giorno della riunione. In quei minuti i soggetti possono creare e consumare beni relazionali. Oppure quando, in un gruppo di elaborazione psicologica in una Residenza Socio Assistenziale, i partecipanti, all'improvviso, stabiliscono che a turno, ognuno di loro, con la propria auto, andrà a prendere a casa gli altri. In questi casi, come in molti altri, la relazione interpersonale è in grado di combinare beni intangibili (sostegno, fiducia, conforto, scambio, risonanza, socializzazione, rispecchiamento, altruismo, amicizia, *ect.*) ma anche beni tangibili di natura economica (il *team* lavora meglio, raggiunge gli obiettivi aziendali più facilmente, i familiari ottimizzano il tempo, inquinano meno, risparmiano denaro per il carburante, *etc.*)

Brunori¹⁶, a partire da queste considerazioni, ma non solo, tenta una stimolante quanto coerente elaborazione gruppoanalitica dei beni relazionali. L'Autrice, ponendo accanto ai beni relazionali i cosiddetti beni posizionali¹⁷, sostiene che il loro consumo, e la possibilità di consumarne un tipo piuttosto che l'altro, sottende due diverse modalità relazionali, cioè di funzionamento psico-relazionale delle persone, chiamate, rispettivamente, atteggiamento "tipo beni relazionali" e "tipo beni posizionali", immersi in un *continuum* relazionale umano¹⁸.

I beni posizionali, per definizione, sono quei beni che perdono di valore in seguito alla loro diffusione e alla loro fruizione generalizzata. Implicano, infatti, una ineguale distribuzione tra le persone, azzerandone la possibilità di crescita reciproca. Essi sono caratterizzati dalla verticalità, dalla competitività, dall'antagonismo e dalla rivalità, cioè da una relazione individuo-gruppo, individuo-individuo e gruppo-individuo a "somma zero", dove, necessariamente, qualcuno vince e qualcuno perde (se il mio nuovo telefonino aumenta la mia utilità, l'utilità conferita al mio collega dal suo "vecchio" telefonino diminuisce). Questa modalità relazionale coinciderebbe con le dinamiche psicosociali dell'attuale modello dell'economia di mercato, la cui misura è il Prodotto Interno Lordo. I beni relazionali, al contrario, sono beni che acquistano sempre più valore in seguito alla loro diffusione e alla loro fruizione generalizzata. Essi sono caratterizzati dall'orizzontalità, dalla cooperazione e dalla reciprocità, cioè da una relazione individuo-gruppo, individuo-individuo e gruppo-individuo a somma positiva, dove tutte le persone necessariamente vincono (da un rapporto di amicizia tutti aumentano la loro "utilità" dal "consumo" di quel bene). Questa modalità relazionale coinciderebbe con le dinamiche psicosociali del modello economico della cosiddetta "economia civile", misurabile attraverso l'Indice di Sviluppo Umano.

Nella prospettiva gruppoanalitica, come già descritto, l'identità umana si caratterizza, sin dalle origini, per la sua "culturalità", cioè per l'insediamento, tanto più stabile quanto più precoce, di segmenti relazionali, transpersonali, dell'ambiente in cui l'individuo nasce e si va esprimendo. L'identità si compone, quindi, di relazioni interiorizzate che nel loro complesso costituiscono una gruppaltà interna (Napolitani, 1987; Giannone & Lo Verso, 1994). Da questa identità individuale, in particolare dalla sua capacità o meno e dalla modalità relazionale con la quale riconosce l'esistenza dell'Altro come soggettività, deriverebbe la possibilità di far proprio un atteggiamento, piuttosto che l'altro.

In sostanza, da un vertice gruppoanalitico, la possibilità che emergano beni relazionali e che questi contribuiscano allo sviluppo in Sicilia, è sostanzialmente inibita dal problema della negazione dell'esistenza dell'Altro come soggettività che "Homo Mafioso" "Homo Economicus" e "Homo Democristianus" condividono. Naturalmente, nella loro condivisione esistono delle importanti differenze. Per "Homo Democristianus" l'Altro rientra in poche categorie: cliente, portatore di voti, alleato, rivale. L'Altro, insomma, serve o meno, ed è esclusivamente uno strumento che serve a

¹⁶ Quanto riportato intende essere una sintesi elaborata della relazione che la Prof.ssa Luisa Brunori ha esposto al seminario di studi su "La psicologia mafiosa: una ricerca in Sicilia", all'interno del progetto di rilevante interesse nazionale (PRIN -2004): "Come pensa la mafia. Relazioni, autonomie e dipendenze nella mente degli uomini di Cosa Nostra. Approfondimenti clinico-sociali e modelli per il cambiamento". Complesso Monumentale San Pietro Marsala, Febbraio 2007, a cui, l'autore riconosce un importante debito scientifico. Qualora risultassero inesattezze o altro, l'autore se ne scusa anticipatamente.

¹⁷ Il concetto di bene posizionale, è stato introdotto in economia intorno agli anni settanta da Hirsch. L'utilità di questi beni non è tanto dovuta al loro consumo ma, piuttosto, al fatto che essi rappresentano un'etichetta, un riconoscimento sociale (*status*), della singola persona rispetto alle altre: chi acquista i beni posizionali non è interessato al contenuto del bene ma all'ordine con il quale arriva a possederlo, se ci arriva per primo è soddisfatto e se ci arriva dopo è scontento. In generale, la soddisfazione garantita dai beni posizionali si consuma nel tempo perché comunque primo o poi le posizioni conquistate saranno raggiunte anche da altri e la corsa per mantenere le distanze dal resto della società dovrà riprendere. "Homo Economicus" alimenta una forma di soddisfazione temporanea, che cessa quando gli altri sono arrivati allo stesso livello di consumo o sono andati oltre. O comunque quando la soddisfazione per quei consumi si scioglie nell'abitudine. E allora occorre consumare sempre di più.

¹⁸ È opinione condivisa tra gli economisti e gli psicologi che la competizione posizionale e il sempre più elevato consumo dei beni posizionali avviene a scapito dei beni relazionali. La crescita economica, infatti, avviene soprattutto a danno di beni relazionali, sostituiti con beni posizionali o convenzionali a pagamento. Inoltre, l'estensione progressiva dei beni posizionali sembra associata ad una sempre maggiore desertificazione di tipo relazionale. Quindi, seppur i due atteggiamenti possono coesistere nella stessa persona, quello "tipo beni posizionali", in certe condizioni, tende a "sostituire" del tutto l'altro.

soddisfare l'egoistico familismo. Per "Homo Economicus" e per "Homo Fondamentalista" (tra cui anche "Homo Mafioso"), invece, l'Altro non ha diritto di per sé ad essere pensato come persona: più che esistere come portatore di un'esistenza e di sentimenti propri, è, nel primo caso, visto come un fedele e non pensante esecutore di consumismo, mentre per il secondo serve per affermare contro di lui un qualche supremo "Noi" in cui l'Io si dissolve, si annulla totalmente. Inoltre, la ragione strumentale di "Homo Democristianus" è solo opportunistica: clientelismo, raccomandazione, mentre quella dei vari fondamentalismi psicologici è tragica. Infatti, il concetto che "ciò che è utile è vero" è stato seguito da "Homo Democristianus" come opportunismo e non per edificare purificazioni dal male, come invece è stato per i totalitarismi di ogni specie: politici, etnici, religiosi, economici, etc. (Lo Verso, 2004).

5. Come pensa lo sviluppo "Homo Mafioso"

La letteratura sulla mafia siciliana è storicamente ricca. Moltissimi sono stati i tentativi, più o meno efficaci, di comprensione e superamento di essa¹⁹. Il tentativo di comprensione da un vertice psicologico è invece piuttosto recente²⁰. Dopo studi di carattere psico-sociale e psicoanalitico, un approccio scientifico più empirico e sistematico è stato inaugurato dalla scuola gruppoanalitica palermitana, la quale, da una quindicina d'anni, è andata sempre più interessandosi anche della psicologia mafia cercando di comprenderne gli aspetti psichici relativi ad un certo modo di agire e di essere. In sostanza, attraverso studi e ricerche sul campo, la gruppoanalisi soggettuale ha cercato di indagare approfonditamente quegli elementi psico-antropologici che caratterizzano la specificità sia di Cosa Nostra che della "cultura" mafiosa. Le molte ricerche realizzate e quelle in itinere²¹, basate essenzialmente su dati di prima mano²², hanno permesso di definire il costrutto teorico di "psichismo mafioso" (Lo Verso, 1998, 1999, 2003). Con esso s'intende una matrice inconscia di pensiero che "in-forma" di sé molti aspetti della vita quotidiana. Lo psichismo mafioso si configurerebbe, infatti, come una perfetta organizzazione antro-po-psichica che contribuisce a conferire a Cosa Nostra le sue particolari caratteristiche²³. Nello studio delle ragioni psicologiche che caratterizzano lo "psichismo mafioso", il fondamentalismo psicologico riveste un ruolo di primaria importanza. La sua caratteristica essenziale è la quasi totale sovrapposizione dell'identità "Io" con l'identità "Noi" dell'organizzazione Cosa Nostra, o, in altri casi, dell'etnia, della religione, della patria, del partito, della famiglia, del modello antropologico-culturale di riferimento. In sostanza, il senso d'identità del mafioso acquisisce senso, cioè esiste, per lui e per gli altri, soltanto perchè uomo d'onore della famiglia mafiosa che comanda quel preciso mandamento territoriale siciliano. Ciò che sostiene l'identità del mafioso è un legame simbolico e psichico di tipo fondamentalista con il "Noi-mafioso", per cui o sei un mafioso o non sei nulla, non esisti. La psiche

¹⁹ Esemplicativi sono, ad esempio, il "metodo" Falcone, l'ampia storiografia della mafia in Sicilia, l'introduzione del regime carcerario duro per i colpevoli di reati mafiosi, la legge "La Torre" sulla confisca dei beni ai mafiosi.

²⁰ È solo agli inizi degli anni '80 che si producono i primi studi dotati di una rilevante sensibilità scientifica. La conseguenza è stata quella di aver perso tanto tempo, lasciando che la comprensione della fenomenologia mafiosa fosse spesso ricondotta al solo livello giuridico e normativo, storico e sociologico (studi, comunque, di rilevante importanza e qualità). Questo ha provocato un'indebita semplificazione, le cui conseguenze, tra le altre, sono state sia la difficoltà di comprenderne realmente la portata che di costruire efficaci strumenti di contrasto e di prevenzione psico-sociale.

²¹ Attualmente è in corso di realizzazione il progetto di ricerca di rilevante interesse nazionale (PRIN-2006) "La Mafia dentro: la mente, le autonomie e le dipendenze degli uomini di Cosa Nostra, 'Ndrangheta e Camorra, e nel mondo relazionale di soggetti e gruppi che vivono esperienze emotive contigue alla malavita organizzata. Approfondimenti clinico-sociali e modelli per il cambiamento", il cui responsabile scientifico nazionale è il prof. Girolamo Lo Verso.

²² Interviste cliniche, gruppi di elaborazione psicologica ed altri specifici strumenti, utilizzati con collaboratori di giustizia, giudici, avvocati, amanti di boss, politici, agenti delle forze dell'ordine, gente comune e opinion leaders, parenti di mafiosi, etc.

²³ Cosa Nostra non coincide con la sola organizzazione criminale, ma è anche un fenomeno psicologico, un efficace manipolazione e deformazione dei codici culturali tradizionali siciliani, un esasperazione dei modelli familiari, da quello protettivo a quello punitivo, identificabili rispettivamente nel codice materno e nel codice paterno (Di Maria, 1998).

fondamentalista, infatti, non può essere messa in discussione. Avere una psiche fondamentalista significa non essere una persona, ma essere una sorta di replicante, di fotocopia del “Noi” (quello mafioso) che lo ha concepito²⁴. Il fondamentalismo psicologico sta in una relazione quasi antinomica con la discontinuità e la trasformazione. Quando la psiche fondamentalista può essere ri-pensata, messa in discussione, è come se perdesse gli aspetti definitivi di se stessa. “Homo Mafioso”, come il nazionalismo, il razzismo, il fanatismo religioso, una particolare parte del sistema economico-manipolativo e mass-mediale attuale (“Homo Economicus”), appartiene al mondo dei fondamentalismi. Tutti i fondamentalismi, privilegiando il “Noi” d'appartenenza, hanno in comune un'indifferenza rispetto all'Altro, cioè un rifiuto dell'io soggettivo e dell'identificazione con il diverso da sé. Da un vertice analitico, dunque, è il “Noi” ciò che parla dentro il fondamentalista.

Il mafioso è “fondamentalista”, da un punto di vista antropo-psicologico, poiché pensa, automaticamente, come Cosa Nostra gli dice di fare, prova persino emozioni ed affetti come gli è stato “in-segnato” dalla famiglia, dalla cultura e dall'organizzazione mafiosa poi: egli è incoscientemente pensato per intero da Cosa Nostra. In questa precisa direzione, è importante sottolineare l'idealizzazione che la psiche mafiosa fa di se stessa, nel processo identificativo con il proprio transpersonale²⁵. Infatti, essa è il bene e il giusto, in contrapposizione dicotomica con ogni cosa diversa da sé che invece rappresenta il male, lo sbaglio, il nemico da combattere: cioè ogni sua categoria psicologica non è possibile sottoporla a verifica, a pensiero soggettivo e complesso²⁶. Tuttavia, per non creare ingenui confusioni, occorre sottolineare che esistono anche grandi differenze, ad esempio, “nel sistema di valori che muove i vari fondamentalismi. Non si possono assimilare, infatti, gli obiettivi di Cosa Nostra, sostanzialmente potere e denaro, con obiettivi religiosi, di salvaguardia dell'identità culturale, di dominio etnico, razziale, economico, imperiale, di giustizia sociale, etc. Tutte cose diverse in ogni senso, anche etico, fra di loro” (Lo Verso, 2005, p.35).

Il modello di (non)sviluppo che persegue “Homo Mafioso” è esclusivamente indirizzato all'arricchimento a qualsiasi costo e, soprattutto, al potere, psicologico e reale, su tutto e su tutti. Non a caso, infatti, esso s'identifica con il detto siciliano: “cumannari è mugghiu di futtiri” (comandare è meglio che fare l'amore). Tale modello trova applicazione pratica attraverso la sua imposizione sia con la forza che con la camaleontica capacità d'intessere rapporti di collaborazione con tutto quello che è considerato utile al raggiungimento del proprio scopo. Infatti, la sua forza impositiva, ostacolante e predatoria, sta proprio nella sua capacità

“di controllo del territorio, non solo col pizzo, ma anche creando ‘collusioni’ con la paura, la corruzione, la risoluzione d'interessi privati, e nella sua organizzazione ‘aziendale’ militarmente supportata, come nella sua capacità di imporre la propria ‘cultura’ del silenzio e dell'omertà, negazione della propria esistenza, sostituzione dei valori mafiosi a quelli sociali, deformazione dei tradizionali valori della cultura siciliana ai propri fini, rapporti nazionali ed internazionali con altri poteri e con le delinquenze organizzate a più livelli, etc.” (Lo Verso, 2005, p. 36).

Uno dei punti di forza di Cosa Nostra, dunque, è costituito dalla capacità di ottenere cooperazione esterna, di creare particolari reti di relazioni con il mondo della politica, dell'imprenditorialità, della sanità, con il sociale siciliano e non in genere, di instaurare scambi e incentivare obblighi e favori.

²⁴ Il Noi mafioso non è un falso “Sé”. Il falso “Sé” (Kouth, 1976) implica che esista un vero “Sé” di cui la persona è portatrice. In realtà il “Noi mafioso” è un “non Sé”, una non singolarità, se per “Sé” s'intende la categoria di soggettività: “*Lei dice che sono migliore di lei? No, non sono migliore, io mi rivedo in lei e credo nella nostra causa. Sono cresciuto in questo e così sarò fino alla morte*”. Così risponde il capomafia di Trapani, Matteo Messina Denaro a Bernardo Provenzano, in un *pizzino* trovato nel suo covo di Corleone.

²⁵ Il concetto di transpersonale è inteso da Lo Verso (1994, 1998) come il dato costitutivo, sul versante antropo-psichico, della nascita psichica e quindi della personalità umana. Il transpersonale è un concetto storico-antropologico che si distingue sia da quello di inconscio esposto da Freud, che da quello di inconscio collettivo teorizzato da Jung. Infatti, la caratteristica che condividono riguarda la rilevanza che si attribuisce ai processi inconsci, mentre ciò che fondamentalmente muta è il fatto che l'inconscio stesso non è più visto come un oggetto immutabile, ma, anzi, pieno di storia e di forza a divenire.

²⁶ Il pensiero complesso (Morin, 2006), indica la possibilità di andare oltre la logica del pensiero riduttivo del tipo bianco-nero, infatti i suoi principi sono dialogici, complessi e multidimensionale. Esso offre una reale alternativa all'estremo riduzionismo fondamentalista.

Queste reti di relazioni sono pervasive, depauperanti, falsamente fiduciarie, non reciproche ma univoche, totalmente strumentali. Nei territori in cui Cosa Nostra è fortemente radicata, infatti, il capitale relazionale, personale e collettivo, è inespresso, inibito, il legame fiduciario è inconsistente, e ciò toglie ogni possibilità di attivare adeguati processi di sviluppo²⁷. In sostanza, la relazione “mafiosa” non è assolutamente un bene relazionale, e non è “intenzionata” ad esserlo, proprio perché non riconosce l’Altro come soggettività, ma, piuttosto, esclusivamente in due modi: come replicante del “Noi-mafioso” e/o come una “cosa” che, a seconda degli scopi criminali, può essere utilizzata a proprio piacimento, anche uccisa. Non a caso una persona estranea a Cosa Nostra, ma che collude con essa, è assolutamente sottomessa e sostanzialmente asservita ad essa per sempre, sia che si tratti di gente comune, che di un politico potente, di un ricco imprenditore, di un magistrato, etc.²⁸. Incontrare Cosa Nostra, più o meno clandestinamente inoltre, significa anche averne e provare paura. Cosa succede quando ad un politico locale, ad un dirigente, a gente comune e per bene, bruciano la casa di campagna o la villetta al mare? Cosa accade nel suo “mondo interno”? Ha paura quando ci pensa? Per quanto ci pensa? Quanto la sua probabile sofferenza psichica coinciderà anche con l’impossibilità di continuare o meno (allo stesso modo) la sua attività politica, lavorativa, la vita di sempre?

“Un politico locale, con moglie e tre figli, esplica il suo mandato elettorale in un piccolo centro della provincia di Palermo. E’ una persona per bene, come lo sono moltissimi siciliani. Durante il suo mandato, svolto con coerenza ed impegno, è molto propositivo. Ha buone idee e progetti che in parte riesce a realizzare, mentre altri sono già in cantiere. Una notte di inverno gli bruciano la casa in campagna! Lui è distrutto, non sa cosa fare, cosa pensare, chi è stato e per quale motivo; ma subito pensa alla mafia e non sa perché. Ha pure paura, soprattutto per la sua famiglia. Nel tempo diminuisce le sue presenze pubbliche e si dimette dalla sua carica, si vede in giro molto poco. Dopo qualche tempo incontra un caro amico al quale confida che pensa spesso a quello che gli è accaduto, lo ha pure sognato qualche volta, ha ancora paura. Si sento bloccato, impedito a pensare il proprio futuro, demotivato e senza voglia di fare.”²⁹

Questa esperienza di vita vissuta, come molte altre esperienze simili in Sicilia, dimostrano quanto Cosa Nostra impedisca non solo lo sviluppo economico ma anche quello psicologico. La sua azione è doppiamente criminale nella misura in cui non solo reca ingenti danni economici, ma produce anche violenza psicologica che inibisce la funzione dell’immaginazione, la progettazione del futuro e la meta da raggiungere: la sua azione paralizza ogni forma di sviluppo. In sostanza, lo “psichismo mafioso”, caratterizzato da un fondamentalismo psicologico che satura il campo mentale, concepisce solo relazioni mortifere e distruttive. Dalla prospettiva gruppoanalitica, dunque, esso rappresenta una granitica opposizione all’esistenza dei beni relazionali (si potrebbe parlare di un fondamentalismo psichico di “tipo beni posizionali”), e può essere considerato psicopatologia proprio perchè impedisce lo sviluppo psicologico individuale, l’autonomia soggettiva, la condivisione intima e relazionale di chi ad esso aderisce e, naturalmente, anche di chi lo subisce (Lo Verso, 2005).

6. Beni relazionali e “cultura” mafiosa

²⁷ Naturalmente tutto questo è amplificato e complicato da altri fattori come, ad esempio, l’economia, l’ecologia, la politica. Il controllo del territorio da parte di Cosa Nostra inevitabilmente riduce di molto le opportunità del contesto locale, creando effetti negativi e perversi sullo sviluppo locale.

²⁸ In Sicilia, la libertà delle persone di essere, di realizzare, è fortemente limitata. Si deve pagare il pizzo per l’apertura di qualsiasi attività commerciale, si accontenta l’amico degli “amici” quando chiede di far lavorare determinate persone non certamente scelte per la loro professionalità. Occorre, volontariamente o meno, dell’appalto vinto per la costruzione di un depuratore, di una strada o altro, dare ad ognuno degli “amici” la sua parte in termini di soldi, mezzi, operai.

²⁹ L’esempio riportato è uno dei moltissimi dati di ricerca ottenuti dal PRIN-2004: “Come pensa la mafia. Relazioni, autonomie e dipendenze nell’organizzazione Cosa Nostra. Approfondimenti clinico-sociali e modelli per il cambiamento”.

Il blocco dello sviluppo, psichico ed economico, in Sicilia è accresciuto dalla presenza della cosiddetta "cultura mafiosa". Con essa s'intende qualcosa assai diffusa, legata alla negazione delle regole sociali e amica invece delle regole private e familistiche. Ciò non necessariamente equivale a criminalità e delinquenza e, tuttavia, sembra orientare molti comportamenti personali e collettivi. Cosa Nostra, in questo senso, trova le sue radici nella strumentalizzazione di alcune specifiche dimensioni psico-antropologiche e culturali siciliane che la costruirebbero e la sosterebbero, dotandola di una sua precisa unicità. Occorre chiarire, però, che sono i mafiosi che assomigliano ai siciliani, è la "cultura mafiosa" che ha preso spunto da quella siciliana e non viceversa: Cosa Nostra ha di fatto estremizzato, distorto ed utilizzato per meri scopi criminali i valori tradizionali della cultura siciliana, che di per sé, non sono certo negativi³⁰.

Centrale per la comprensione di questa somiglianza è il "pensare mafioso" (Fiore, 1998), cioè un peculiare modo di pensare che definisce i codici di comportamento sul modo di essere e di rapportarsi con gli altri ed il mondo circostante. Naturalmente, rassomigliare non significa essere uguali e di questa importante differenza si deve tenere conto: non esiste un solo modo di essere siciliani, ce ne sono tanti, e quello mafioso è soltanto uno di questo tra i molti altri. Infatti, va sempre sottolineato che in Sicilia, è sempre esistito anche un robusto e diffuso modo d'essere siciliano antimafioso, sorretto da forti valori etici e morali.

Il "pensare mafioso", in Sicilia, si esprime attraverso comportamenti personali e collettivi, valori, modalità cognitive ed affettive inconsciamente agite nella vita quotidiana. In particolare esso attiva un preciso modo d'interpretare e relazionarsi con il mondo, caratterizzati dalla distorsione del rapporto pubblico-privato: le istituzioni, le organizzazioni pubbliche vengono pensate ed agite esclusivamente come "Noi-familiare". In questo modo, la comunità e i gruppi extra-familiari coincidono proprio con il mondo familiare, rendendo quasi impossibile la costruzione e la presenza del "Noi-sociale".

Il "pensare mafioso", sostanzialmente, è il "modo" di pensare di "Homo Democristianus", il quale, in Sicilia, ha sempre contrapposto al "Noi" dello Stato, del sociale, delle regole, della legalità, un "Io"/"Noi" furbo, parassitario e populista; un "Io" apparentemente tollerante, che tende ad imporsi e non consente l'esistere della diversità altrui, se non come mero strumentalità. L'Altro, se soggetto, se non controllabile, è stato sempre considerato una minaccia. Solo così si spiega il fatto che l'"Io" di "Homo Democristianus" è sempre stato a sua volta un "Noi" di tipo familistico o forse anche tribale (Lo Verso, 2004). Il modello assistenziale e clientelare di "Homo Democristianus", oggi ancora più pervasivo e imperante, può essere dunque ricondotto al prolungarsi nel tempo della cultura materna (Di Maria, 1998) che, infantilizzando all'infinito, impedisce lo sviluppo soggettivo e interpreta la politica esclusivamente come richiesta/offerta di protezione in assenza di responsabilità propria. Accudendo e sottomettendo, infatti, passa l'idea che ai siciliani non occorre lavorare, studiare, impegnarsi ed essere eccellenti, per avere benessere psicologico, sociale ed economico. Anzi che tutto questo è proprio inutile³¹.

"Un povero diavolo serve fedelmente da molti anni l'on. X. Finalmente gli viene trovato un posticino sicuro. A questo punto un amico gli dice: "adesso potrai staccarti dall'on. X", agghiacciante la sua risposta: "già, e mio figlio?". Il figlio ha sette anni. Possiamo condannare la passività del povero diavolo ma dobbiamo tenere conto che viveva (e vive) in una economia e cultura meridionale dove gli era stato insegnato (segnato dentro) che un posto di lavoro si ottiene attraverso questa sottomissione fedele ed assoluta ai potenti. In verità qualcosa d'altro gli viene insegnato come alternativa, ma a nostro parere per molti funziona

³⁰ Questa chiarezza è fondamentale per non lasciarsi confondere dallo stereotipo "tutti i siciliani sono mafiosi" e quindi se "tutto è mafia nulla è mafia", regalando, come diceva Giovanni Falcone, i siciliani alla mafia. In altre parole, ad esempio, il culto dell'abusivismo, comportamento illegittimo e illegale nonché fonte inesauribile di mancato sviluppo, non è certamente equiparabile a determinati comportamenti criminali mafiosi, e non lo deve essere. Il pregiudizio di ritenere tutti i siciliani mafiosi satura, infatti, la complessità siciliana.

³¹ Tuttavia i siciliani emigrati nel mondo sono noti anche come ottimi lavoratori, manager capaci, uomini di successo. Sembra che, essendo talmente abituati ad un mondo paranoico e difficile come quello isolano, andando in un mondo diverso, trovino, quasi stupiti, tutto molto più facile. Da una prospettiva psicologica, questo significa che non si tratta affatto di un dato personologico ma antropologico: le stesse persone sono diverse a secondo dei contesti. Naturalmente, l'antropologia è qui intesa come punto di fondazione della psiche e non come qualcosa che attiene alla cultura astratta.

più come deterrente che come vera alternativa finendo con il rafforzare il servilismo: può infatti emigrare [...]. Uno dei migliori funzionari della regione Sicilia, noto per la sua incorruttibilità e la grande capacità organizzativa e gestionale, viene nominato commissario in un ospedale. La gestione viene considerata "straordinaria", per efficacia, correttezza e funzionalità, da tutti. Al momento della riconferma la stampa, l'opinione pubblica, i sindacati, i medici chiedono pubblicamente la sua riconferma. Un assessore regionale "capo-corrente" di un partito che fa parte della maggioranza governativa si oppone strenuamente. Incontrando un conoscente, l'assessore si sfoga accoratamente dicendo: "il posto è mio! Perché mi fanno questo sgarbo?" L'affermazione e l'interrogativo sono incomprensibili se non si spiega che nella suddivisione cittadina la tradizione assegna alla sua corrente una presidenza U.S.L. La cosa più interessante è che il nostro assessore, ma potremmo dire lo stesso di una certa categoria di uomini politici, è assolutamente convinto di essere nel giusto e vittima di una prepotenza. Come lui la pensano la maggior parte dei dirigenti del suo partito. Quando viene fatta notare loro la qualità del funzionario e l'importanza che funzioni bene un ospedale di riferimento regionale, rispondono con stupore: "che c'entra?", e quindi proseguono: "lui non è della corrente a cui tocca la presidenza" (Spaltro, Sangiorgi & Evangelisti, 1998, pp. 129-130).

In sostanza, per "Homo Democristianus", l'Altro non ha lo statuto di soggettività, ma esclusivamente serve ed è posto al servizio del "Noi-familiare"³², in una condizione di forte dipendenza psichica. Il mondo relazionale di "Homo Democristianus" è centrato appunto sulla dipendenza e può concepire solo relazioni che portano alla dipendenza psicologica dell'Altro nei suoi confronti. Questa modalità relazionale contribuisce notevolmente a costruire e mantenere un sistema relazionale (interno ed esterno) profondamente danneggiato, naturalmente in misura minore e di altra qualità rispetto a quello costruito e mantenuto dallo "psichismo mafioso". In altre parole, la "cultura mafiosa" non può far emergere beni relazionali perché è ingabbiata dentro una modalità di pensiero dove il "Noi-sociale", lo sviluppo della soggettività e della comunità, è un'assenza, un vuoto di pensiero.

In realtà, il "Noi-familiare", se non saturo e saturante, è in grado di far emergere beni relazionali. In Sicilia (ma non solo), infatti, la famiglia è stata ed è ancora, per certi versi, un bene relazionale che ha consentito la sopravvivenza psichica³³ ma anche economica³⁴. L'alternativa alla "cultura mafiosa", ad "Homo Democristianus", infatti, non è la distruzione dei valori mediterranei e sociali (lo stato sociale può essere un'espressione di civiltà se depurato, come spesso in Europa accade, del clientelismo e del parassitismo). Valori come l'amicizia (bene relazionale per eccellenza), la famiglia, l'ospitalità, la convivialità, il dono, la comunità, il rispetto dei più deboli, l'accettazione della differenza, l'amore interpersonale, l'onore, sono cose straordinarie e sono possibilità per uscire, nel terzo millennio, da ogni barbarie e dalla cultura dell'Altro come demonio da fare fuori, o da trattare come se non esistesse, coniugandole magari con il lavoro, la qualità e l'efficacia (Lo Verso, 2004).

³² Il conferimento unidirezionale di potere all'istituzione familiare, accompagnato dall'identificazione inconscia dei suoi membri con lo stesso, crea una particolare struttura intrapsichica chiamata "Io-ipertrofico", che, a sua volta, coincide con la proiezione sulla realtà ambientale del "Noi" onnipotente familiare. È attraverso l'"Io-ipertrofico" grandioso che l'individuo si mette in relazione con la realtà celando, però, la sua insicurezza o anche la debolezza dell'Io totalmente succube del potere familiare. Per evitare il disagio di relazionarsi con un "Noi" sconosciuto e che non riceve lo stesso significato rassicurante del "Noi familiare", l'Io cerca o partecipa alla creazione di culture organizzative che assomigliano a quella familiare (Fiore, 1998).

³³ Da un vertice gruppoanalitico, la famiglia è stata, durante il corso del tempo, l'unico luogo di protezione e rassicurazione. Molto probabilmente questa sua caratteristica è rintracciabile nella storia della Sicilia, che ha dato alla famiglia il compito di farsi carico dei bisogni collettivi primari, diventando nido protettivo e rassicurante a fronte di un sociale mutevole, costantemente sentito come pericoloso, distruttivo e disinteressato. La caratteristica della famiglia siciliana è dunque quella di essersi strutturata sulla difesa/protezione rispetto alla presenza dei molteplici "pensieri transpersonali istituzionali", introdotti dalle continue dominazioni subite. Facendo fronte al bisogno di protezione, essa si è trasformata nell'unica e possibile "organizzazione-istituzione" in grado di rappresentare l'identità siciliana, assicurarle continuità nel tempo (Fiore, 1998).

³⁴ La famiglia, in Sicilia, è un bene relazionale quando interviene, per esempio, affettivamente ed economicamente, a sostegno di uno dei suoi membri che ha perso il lavoro, quando uno dei familiari intende intraprendere un'attività lavorativa, etc.

Il superamento della “cultura mafiosa” non è un processo individuale, ma gruppale in senso allargato. In questo senso, diventa sempre più importante il contesto³⁵ e le modalità relazionali con le quali le persone dentro il contesto s’incontrano, scambiano, comunicano, cioè la qualità del loro stare insieme e di costruire reti sociali. Analogamente, sono altrettanto importanti le reti psicologiche, i processi transpersonali, che sono interni ed esterni contemporaneamente e fondativi delle persone. Essi, infatti, sono il punto aggregativo dei gruppi interni che sono nella mente e a cui la mente si appoggia: è questa una realtà molto profonda che struttura le identità. Infatti, la personalità individuale si costruisce all’interno di matrici, di reti relazionali transpersonali, che attraversano cioè i singoli soggetti, connettendoli in dimensioni collettive, secondo registri che contemporaneamente coinvolgono livelli cognitivi ed emotivi, mentali e corporei, consci e inconsci (Napolitani, 1987).

L’essere umano, come in precedenza scritto, vive costantemente immerso dentro una rete relazionale gruppale. La nascita e lo sviluppo della vita psichica, della sua salute e della sua sofferenza, sono legati all’esperienza relazionale, in primo luogo familiare e poi gruppale in senso lato, e al modo con cui ognuno dentro di sé la fantastica, se la rappresenta, la rielabora. Per la gruppoanalisi³⁶ la relazione è lo strumento per il cambiamento: cioè essa ha valore terapeutico e trasformativo³⁷. Questo significa anche che, per sua natura, il lavoro psicoterapeutico è sostanzialmente anti-fondamentalista³⁸. La relazione sia attuale, comunicativa, che interna al paziente, è il cuore della cura psicoterapeutica che si può anche definire come un processo relazionale che tramite le relazioni del setting clinico interviene sul mondo relazionale interno dei pazienti. La differenza è quindi un valore ed una esperienza che fa crescere e sviluppare la vita psichica ed anche quella culturale (Lo Verso & Prestano, 2006).

In Sicilia, in sostanza, sviluppo della persona e cambiamento della “cultura” economica devono necessariamente coincidere con la sostituzione del “Noi-mafioso” e del “Noi-familiare” saturo e saturante, con un “Noi” che valorizzi la differenza come ricchezza e le sue basi insieme soggettive, emozionali, relazionali e comunitarie (Lo Verso, 2005). Un “Noi” solidale e comunitario che renda possibile riuscire a guardare le persone con i loro bisogni e desideri, che consenta, attraverso la relazione, lo sviluppo della soggettività, dell’autonomia, e faccia condividere, incontrare e sperimentare la differenza come ricchezza: cioè in grado di far emergere beni relazionali.

7. Il gruppo come strumento di sviluppo

L’elaborazione gruppoanalitica ha fornito anche importanti ed innovativi contributi scientifici legati alla pratica clinico-sociale dei gruppi (Di Maria & Lo Verso, 1995). Il gruppo clinico-dinamico, infatti, è diventato, sia nella cura che nell’intervento psicosociale, uno dei principali ed effettivi strumenti di lavoro³⁹ e una delle maggiori potenzialità della psicologia clinica (Di Maria & Lo Verso, 2002). Negli ultimi decenni, inoltre, la ricerca sui gruppi è andata sempre più sviluppandosi affinando le proprie tecniche, per affrontare campi un tempo inavvicinabili con approcci metodologici tradizionali.

Il gruppo, secondo Lo Verso (2004), va considerato e concepito come una rete antropologica identificatoria che ha costitutivamente il carattere della molteplicità e della complessità, e che

³⁵ Il contesto, in senso gruppoanalitico, è inteso come quei mondi relazionali ed emotivi, cognitivo-affettivi, che lo abitano, lo co-influenzano, lo si-gnificano.

³⁶ Il prefisso gruppo del termine gruppoanalisi si riferisce al termine di gruppalità interna che è pertinente al concetto foulkesiano di matrice, questo implica che tale pratica analitica non è vincolata ad un setting gruppale, poiché l’analisi delle gruppalità interne può essere parimenti svolta sia in un contesto di gruppo che in quello duale.

³⁷ Oltre alla gruppoanalisi, naturalmente, molti altri trattamenti psicologici di diverso orientamento “usano” le relazioni e il gruppo, per aiutare le persone a superare il dolore e la sofferenza psichica.

³⁸ Non è un caso che in tutte le dittature, regimi totalitari, false democrazie, i gruppi e tutte le forme di aggregazione umane, erano e sono vietati. Questo ci fa comprendere quanto il gruppo, anche in Sicilia, sia una dimensione sociale che evoca timori di cambiamento e paura di destabilizzazione.

³⁹ Il gruppo, inoltre, è anche uno strumento “sostenibile” nel senso che il costo monetario della terapia di gruppo, altrettanto efficace rispetto alla terapia individuale, è nettamente meno costosa e più produttiva sia per il singolo che per la società.

implica tutta la storia di ogni soggetto, rispetto alle significazioni affettive da ciascuno esperite ed elaborate in rapporto all'ambiente antro-po-relazionale in cui si è cresciuti.

In questa direzione, il gruppo, se scientificamente pensato e fondato, diventa strumento di dialogo, relazione e cura, e di crescita del Sé nel confronto con l'Altro. Esso è, infatti, un luogo dove l'esperienza relazionale può essere sperimentata sino in fondo e con autenticità se l'analista riesce a promuovere questo, visto che i sintomi psicopatologici solitamente lo impediscono. Oggi esiste un numero potenzialmente infinito di formati di gruppo attraverso i quali operare: gruppi piccoli, intermedi ed allargati, gruppi terapeutici classici di durata media o lunga, gruppi brevi o a termine, gruppi monosintomatici, per bambini, gruppi in contesti istituzionali e comunitari (Lo Verso & Prestano, 2006).

L'intervento di gruppo, inoltre, non solo è efficace nel trattamento del disagio di natura psichica (Di Nuovo & Lo Verso, 2005), ma anche in altre aree di applicazione del mondo sociale: educazione, formazione, valutazione, sviluppo di comunità, interventi psico-sociali, intervento organizzativo, etc. (Lo Verso & Raia, 1998; Pezzoli, 2006).

In Sicilia, prendendo spunto dalle recenti esperienze di psicoterapia e/o aiuto psicologico di persone vicine ad ambienti mafiosi⁴⁰ e da molti altri dati empirici di ricerca, l'equipe di ricerca del prof. Girolamo Lo Verso ha cominciato ad utilizzare un particolare formato di gruppo, il gruppo di elaborazione a conduzione psicodinamica, in alcune ricerche-intervento sui vissuti soggettivi rispetto alla fenomenologia mafiosa. In particolare, questo formato di gruppo è stato per la prima volta utilizzato qualche anno addietro, come strumento di ricerca-intervento, nel progetto: "*Oltre il Pensiero Mafioso: cultura, identità, psicologia di un fondamentalismo*", realizzato in un piccolo centro della Sicilia occidentale⁴¹. Da quel momento, attraverso un continuo "pensarci su" (Lo Verso, 2004), è stato sempre più utilizzato nelle successive ricerche-intervento⁴². Il gruppo di elaborazione a conduzione psicodinamica,

⁴⁰ Da pochi anni, inaspettatamente, dai servizi psichiatrici, di salute mentale, dagli studi di psicoterapia, emerge, a conferma della parziale crisi di Cosa Nostra, il nuovissimo rapporto tra psicoterapia e fenomeno mafioso. Recente è, infatti, la presenza di famiglie mafiose (soprattutto mogli e figli, ma non mafiosi) in studi psicoterapeutici privati. La richiesta di psicoterapia è, di per sé, una violazione delle regole mafiose. Essa, infatti, può aprire la persona all'esperienza di una relazione diversa e autentica, in grado di determinare possibilità di sviluppo e di autonomia. Nelle psicoterapie di membri di famiglie di mafia, ancora legati alle loro origini, sostiene Lo Verso (1999), il *setting* è molto particolare e poco definito e il controtransfert talora assume carattere fiabesco e mitologico, dato che terapeuta e paziente possono avere il vissuto persecutorio di essere osservati dalle famiglie mafiose, temendone le possibili reazioni. Cosa Nostra è una presenza reale e condizionante con cui bisogna fare i conti e nei cui meccanismi si rischia di restare invischiati. Altro elemento clinicamente rilevante è la presenza di elementi co-transferali (Lo Verso, 1989, 1994), dato che nel processo terapeutico non ci sono solo le proiezioni del paziente sul terapeuta, ma si trovano co-presenti anche elementi strettamente personali del terapeuta, nato e vissuto in Sicilia, sempre a stretto contatto con lo psichismo mafioso e con la cultura mafiosa, quindi con il suo bagaglio affettivo, simbolico e fantasmatico. Inoltre i codici analitici sembrano "saltare" perché c'è l'interferenza pesante degli elementi di realtà. Il paziente dice che non vede suo padre da un mese e teme che sia stato ucciso: il terapeuta li potrebbe elaborare, erroneamente, come vissuti persecutori e, invece, realmente il padre può essere stato ucciso. Naturalmente, nella clinica, l'interferenza degli elementi di realtà non riguarda solo la mafia, ma qui è sistematicamente presente.

⁴¹ In quella occasione, all'inizio dei gruppi, i partecipanti dicevano spesso che non avevano mai visto direttamente la mafia, mettendo quasi in dubbio anche la sua stessa esistenza. Poi, all'improvviso, dopo qualche incontro, la mafia veniva fuori, diventava visibile: si ricordavano episodi, accadimenti, fatti precisi. In sostanza, i dati di ricerca sembrano indicare che nelle persone risuoni molto forte il tema della "non parlabilità" quando la mafia ha a che fare con la propria storia, con la propria identità, con il proprio mondo interno: l'accesso al Sé appare precluso. Si tratterebbe di un blocco inconscio intrapsichico, iscritto non ai livelli superficiali della struttura psicologica quanto piuttosto ai livelli mentali più primitivi ed arcaici. Riuscire a svincolarsi da questo blocco e dare parola al complicato intreccio di vincoli emotivi e cognitivi che inibisce non è affatto facile.

⁴² Il gruppo di elaborazione a conduzione psicodinamica è stato utilizzato come strumento di ricerca-intervento anche nel progetto PRIN-2004: "*Come pensa la mafia. Relazioni, autonomie e dipendenze nella mente degli uomini di Cosa Nostra. Approfondimenti clinico-sociali e modelli per il cambiamento*". Anche in questo caso, i dati di ricerca, compresi i non pochi rifiuti a partecipare ai gruppi con la conseguente impossibilità di realizzarli nei comuni co-finanziatori, sembrano indicare che le persone comuni e per bene

“permette di osservare la fenomenologia mafiosa non solo su un piano cognitivo ma anche affettivo, consentendo, tramite la conduzione e supervisione di psicoterapeuti, di considerare la dimensione emotiva delle esperienze vissute, favorendo un contatto profondo col pensare mafioso nel quale possono cominciare ad essere distinte le differenze con grande beneficio da parte dei membri del gruppo. È uno strumento d'indagine e già di cambiamento nella sua stessa applicazione. Può diventare, e in parte già lo è, strumento di raccolta d'informazioni e di crescita delle risorse da parte dei partecipanti, di tutti quei siciliani che vogliono guardare dentro alle similitudini con la mafia, riconoscerla dentro se stessi, far luce su quegli aspetti che forse, più restano nascosti più diventano oscuri, con la conseguente crescita di confusione rispetto a cosa appartiene a me in quanto siciliano piuttosto che in quanto portatore di un pensare mafioso, non permettendo quella distinzione che invece è così vitale per la nostra terra, per la nostra cultura, per la nostra identità” (Giunta, 2006, Unpublished manuscript).

In sostanza, il gruppo di elaborazione a conduzione psicodinamica, attraverso la possibilità di guardare le proprie dinamiche psichiche ed affettive, pensare in modo diverso la propria storia, quella degli Altri, si configura come esperienza trasformativa fondamentale per il superamento del “pensare mafioso” in Sicilia. Inoltre, come altre forme di gruppi adeguatamente strutturati e condotti, proprio per il suo alto potenziale trasformativo, il suo essere luogo di reciproca relazionalità, e grazie alle particolari dinamiche psicologico-relazionali che vi si sviluppano, esso è potenzialmente in grado, a lungo termine, di sviluppare e far emergere beni relazionali⁴³ che, per loro natura, incidono profondamente sul funzionamento sociale e influenzano di molto lo sviluppo economico.

In questa precisa direzione, a conferma di quanto sostenuto, l'esperienza clinico-sociale, non solo quella siciliana, dimostra chiaramente quanto i gruppi e la relazione, possono contribuire a quel processo di sviluppo cognitivo, relazionale ed evolutivo che deve necessariamente accompagnare lo sviluppo economico e tecnologico, e quindi creare le condizioni ottimali per un efficace sviluppo delle risorse individuali e gruppalì e dell'intera comunità, qualunque essa sia. Non a caso, infatti, il gruppo e i beni relazionali, sono fondamenti “invariabili” per il buon funzionamento del microcredito⁴⁴, fenomeno ormai di portata mondiale⁴⁵ e sviluppato anche in Italia⁴⁶, il quale

esprimano un disagio psicologico proprio nel momento in cui si confrontano con la mafia nelle sue dimensioni psicologiche, culturali, sociali ed antropologiche.

⁴³ In questa direzione, è importante ricordare che il prof. Rizzolatti (2006) dell'Università degli Studi di Parma, ha scoperto la funzione del neurone *mirror* ossia il fattore genetico alla base della capacità di imitazione, basilare per instaurare la relazione interpersonale. In sostanza, i buoni rapporti, i beni relazionali, scoliscono nuove connessioni cerebrali.

⁴⁴ Il microcredito (Yunus, 2006), è uno strumento di sviluppo del potenziale delle persone socialmente marginali e di recupero delle fasce deboli della popolazione. Attraverso piccoli prestiti concessi sulla fiducia, si dà la possibilità alle persone di recuperare la capacità di provvedere a sé, sia economicamente, che dal punto di vista delle relazioni personali e sociali.

⁴⁵ Grazie a Yunus il microcredito si è diffuso in tutto il mondo, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, sia nell'ambito rurale che urbano. Nel 1976 nasce la “Greener” Bank, quella che oggi è la quinta banca del Bangladesh e che fonda il suo successo su un sistema di credito ai poveri basato unicamente sulla fiducia. Ogni anno la banca raccoglie circa un miliardo di dollari, tre quarti dei quali sono reinvestiti in nuovi progetti. Sono sei milioni i nullatenenti (il 95 per cento donne) dislocati in 38mila villaggi bengalesi che hanno beneficiato dei prestiti, con un tasso di restituzione del 99%. Il 54% dei suoi clienti supera la soglia di povertà entro cinque anni, i restanti entro dieci: risultati eccezionali. Secondo alcuni economisti e non, il modello di Yunus non sarebbe applicabile nei paesi sviluppati: ipotesi subito sconsigliata. In Norvegia, paese ricchissimo economicamente ma con alto tasso di suicidio, oggi il microcredito è molto sviluppato. La Norvegia è molto povera di relazioni, e la relazione è stata ed è l'elemento portante per lo sviluppo del microcredito non solo in Norvegia, ma anche negli altri posti del mondo.

⁴⁶ In Italia, sono parecchie le esperienze di microcredito, alcune delle quali purtroppo fallite probabilmente a causa del mancato utilizzo del gruppo. Tra le esperienze positive, invece, proprio perché utilizza il gruppo come il modello originario di Yunus, c'è quella dell'Associazione per lo sviluppo della microfinanza a Bologna (Micro.Bo), nata all'interno dell'Università “Alma Mater”, nel settembre del 2004 su iniziativa della prof.ssa Luisa Brunori, ordinaria di Psicologia dei gruppi. Micro.Bo, ad oggi, ha contattato 170 potenziali beneficiari, 52 dei quali hanno creato 15 gruppi e sono state finanziate 31 microimprese. La maggior parte delle attività rientrano nei settori del commercio, dell'artigianato e dei servizi. L'ammontare totale dei prestiti è di 279mila euro mentre quello individuale va dai 6mila ai 10mila euro. Il tasso di restituzione è pari al 100%. Oggi,

sottende un'intima interazione tra dimensioni psicologico-relazionali e dimensioni socio-economiche.

Il microcredito, sostanzialmente, è un processo che, attraverso le relazioni gruppali, crea un circolo virtuoso di beni tangibili e intangibili, cioè un processo in cui, a partire da un bene intangibile, la fiducia, si sviluppano beni tangibili che a loro volta creano autostima, altro bene intangibile che sviluppa capacità di assunzione di rischio e che a sua volta crea ulteriori risorse. In questo modo si esce dal circolo vizioso della povertà e si entra in quello virtuoso della produttività. Elemento fondamentale per il successo del microcredito è, dunque, la presenza di un gruppo. Il gruppo, sostiene Brunori (2004), è fondamentale per diverse ragioni: in primo luogo è un elemento di socializzazione per persone che spesso vivono emarginate, in secondo luogo è capace di contenere le ansie che nascono dal tentativo di cambiare il proprio status, in terzo luogo permette la rielaborazione dei contenuti sociali della relazione e la riformulazione della dialettica interna/esterna individuo/gruppo, e infine responsabilizza gli individui perché dal proprio successo dipende quello del gruppo e viceversa.

Il gruppo del microcredito, in sostanza, è caratterizzato dalla cooperazione e dalla reciprocità, cioè da modalità relazionali dalle quali emergono beni relazionali che consentono sia lo sviluppo delle persone che la possibilità concreta di essere protagonista di se stesso, anche economicamente.

8. Conclusioni

Oggi le importanti e ampie conoscenze acquisite sulla fenomenologia mafiosa ci mettono in grado di poter progettare, da un vertice psicologico, concreti strumenti d'intervento e di cambiamento in Sicilia. Ciò nonostante, allo scopo di ottenere risultati migliori e di più ampia portata, occorre che questi strumenti intersechino e collaborino con strumenti di altra natura disciplinare. In sostanza, occorre che le diverse competenze disciplinari trovino una sostanziale e condivisa collaborazione all'interno di un più ampio comune progetto di sviluppo locale⁴⁷. Naturalmente, occorre che almeno una parte del potere politico-economico siciliano lo desideri.

Il paradigma dello sviluppo locale nasce, innanzitutto, dalla necessità di rispondere ai cambiamenti mondiali⁴⁸, di creare adeguati criteri di sostenibilità⁴⁹ degli interventi, di attivare la partecipazione nelle scelte, fin dall'inizio, della comunità coinvolta, e dal fatto che la crescita economica ne rappresenta un obiettivo importante ma non l'unico.

La letteratura sullo sviluppo locale evidenzia sempre più l'importanza del territorio come luogo di rielaborazione delle politiche pensate a livello centrale⁵⁰. L'assunzione del concetto di territorialità nello sviluppo cambia il modo di intendere questo ultimo: i suoi lineamenti non sono più rintracciabili nella logica lineare e nemmeno nei classici principi e metodi economici. Le sue caratteristiche stanno proprio nella specificità dei diversi contesti: norme e consuetudini sociali

dall'esperienza di Micro.Bo, sta prendendo corpo un'iniziativa di microcredito di più ampia portata, attraverso il lavoro della prof.ssa Luisa Brunori, il dott. Marco D'Alema e il dott. Raffaele Barone. In questa precisa direzione, l'Agenzia di Sviluppo Integrato s.p.a. (ASI) del Calatino – Sicilia, ha già attivato nel territorio locale un corso di specializzazione su "Microcredito e Sviluppo" (www.kalat.net).

⁴⁷ La letteratura scientifica sullo sviluppo locale è molto ampia e la sua disamina esula naturalmente dagli scopi di questo lavoro. Qui riportiamo la definizione di Bonomi (1998), secondo cui esso è lo sviluppo complessivo di un sistema territoriale competitivo, nel quale i governi locali giocano un ruolo attivo di propulsione e di regolamentazione, attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi ed il monitoraggio dei risultati.

⁴⁸ Cioè dalla necessità di porre particolare attenzione ai difficili processi g-locali. La definizione "glocale" si riferisce alla combinazione fra il globale e il locale, dove il primo non sottomette, appiattisce e piega il secondo, ma i due elementi si mutano a vicenda, dando origine a un composto nuovo. Il glocalismo è una visione più complessa della globalizzazione, fenomeno che finora è stato considerato soltanto nelle sue dimensioni economiche, lasciando ingiustamente da parte i suoi aspetti sociali e culturali.

⁴⁹ Con sostenibilità s'intende la realizzazione della crescita socio-economica mondiale entro i limiti delle possibilità ecologiche della terra, senza compromettere la sua integrità e la sua capacità di soddisfare i bisogni delle future generazioni.

⁵⁰ A seguito di numerose e radicali riforme istituzionali, le autonomie locali hanno assunto un ruolo strategico e fondamentale circa il proprio sviluppo socio-economico, proprio perché l'accesso ai fondi europei, agli strumenti della Programmazione Negoziata (Patti Territoriali e di Programma, Contratti di Quartiere) richiedono l'adozione di un nuovo modello di governance.

condivise e consolidate, organizzazioni radicate (*no-profit* e *profit*, associazionismo vario, portatori d'interesse, ma anche organizzazioni mafiose), caratteri ambientali, qualità delle istituzioni locali, reti⁵¹, qualità dei tessuti relazionali (beni relazionali), dimensioni antro-po- psichiche, integrazione dei fattori socio-culturali con quelli economici. Queste caratteristiche sono considerate come presupposti fondamentali per il successo di un programma di sviluppo locale (Storper, 1997).

Una comunità che intesse relazioni solidali e sviluppa beni relazionali, che costruisce legami d'appartenenza e fiducia reciproca, un adeguato senso di comunità e un miglioramento della qualità della vita è fondamentalmente fondata sul principio del capitale sociale⁵². Quest'ultimo, inteso come fatto complesso all'interno del quale i beni relazionali sembrano esserne elemento fondamentale, si pone come prerequisito essenziale e contemporaneamente prodotto di un efficace sviluppo locale. I beni relazionali sono, inoltre, in grado di sviluppare qualitativamente e quantitativamente il livello di fiducia nella comunità. La fiducia è una risorsa cruciale per lo sviluppo.

La Sicilia, nella programmazione dei finanziamenti della Unione Europea 2007–2013, è stata caratterizzata nuovamente come Obiettivo 1⁵³. Nel Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, le tematiche della sicurezza e della legalità sono vagliate nell'ambito della Priorità 5: "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale". Dato che tali tematiche appartengono alle politiche ordinarie, la Regione Sicilia dovrebbe avere natura effettivamente aggiuntiva, in modo da rafforzare gli effetti della politica nazionale, attraverso iniziative e pratiche specifiche a chiara finalità territoriale, costruite ed attuate con il più ampio coinvolgimento degli attori sociali del territorio e per questo motivo in grado di realizzare l'integrazione richiesta. Più dettagliatamente, la Priorità 5 stabilisce uno specifico obiettivo delle Regioni per la sicurezza, cioè quello di garantire migliori condizioni di sicurezza ai cittadini e alle imprese, contribuendo alla riqualificazione dei contesti caratterizzati da maggiore pervasività e rilevanza dei fenomeni criminali (Quadro Strategico Nazionale 2007-2013). Nello stesso documento programmatico, visti i risultati non sufficientemente positivi conseguiti nel periodo 2000–2006 nell'ambito del Quadro Comunitario Strategico Obiettivo 1, viene ricordata la necessità di una vigorosa "discontinuità nella impostazione della politica regionale della sicurezza, che si deve tradurre nella capacità di individuare azioni e interventi a forte caratterizzazione territoriale calibrate su specifiche opportunità e processi di sviluppo e in stretto collegamento con le altre priorità del Quadro" (Quadro Strategico Nazionale 2007-2013).

In sostanza, alla Sicilia, in tema di sicurezza, sono delegati gli interventi necessari al miglioramento delle condizioni e delle caratteristiche del contesto locale. Nel Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, infatti, una volta sottolineata la forte presenza della criminalità organizzata nelle regioni Obiettivo 1, si palesa l'importanza strategica, ma anche la necessità, di fare convergere in questi peculiari contesti sia risorse che interventi, suggerendo, inoltre, alcuni precisi indirizzi programmatici esplicitati nel Documento Strategico per il Mezzogiorno.

In questo documento, nel paragrafo "Legalità, sicurezza e contrasto delle attività della criminalità organizzata", si richiamano alcune delle linee guida che dovrebbero indirizzare l'azione dei futuri Programmi Operativi Regionali (POR). Nel documento si legge che "ci sono specifiche azioni da intraprendere in modo condiviso che sono possibili da realizzarsi nelle politiche di sviluppo, sia per la promozione diretta di pratiche di legalità e rispetto delle regole, sia nelle modalità,

⁵¹ Le reti sono il risultato non prevedibile di complesse relazioni tra le persone, tra gruppi di persone e tra la persona e i gruppi. I livelli di interdipendenza riguardano relazioni che hanno una connotazione sia materiale che immateriale.

⁵² Putnam (1993) definisce il capitale sociale come quegli aspetti della vita sociale, reti, norme e fiducia, che abilitano i partecipanti ad agire assieme in maniera più efficace nel perseguimento di obiettivi comuni.

⁵³ L'Unione Europea, attraverso i fondi strutturali, intende promuovere lo sviluppo armonioso, equilibrato e duraturo delle attività economiche, dell'occupazione e delle risorse umane, della legalità, della tutela e del miglioramento dell'ambiente, l'eliminazione delle ineguaglianze e la promozione della parità tra uomini e donne. Il principio generale della coesione economica e sociale è contenuto nel Trattato di Amsterdam e nell'articolo 1 del Regolamento generale sui fondi strutturali. Gli interventi della politica di coesione economica e sociale sono programmati su base pluriennale rispetto a tutte le regioni degli Stati membri, con una focalizzazione su quelle meno avanzate, per favorirne l'adeguamento strutturale. Per la Sicilia non essere più obiettivo 1 significava aver superato molti drammi sociali, storiche carenze infrastrutturali e imprenditoriali.

progressivamente più chiare e trasparenti, con cui condurre il complesso degli interventi” (Documento Strategico per il Mezzogiorno).

In Sicilia, sostanzialmente, un programma di sviluppo locale di durata quinquennale (Quadro Strategico Nazionale 2007–2013), per essere vincente, deve necessariamente andare oltre l'ordinaria amministrazione. Cioè deve esserci un'azione politica in grado di coniugare l'azione repressiva della mafia con altrettanto importanti azioni di sviluppo delle persone e della intera comunità.

In concreto, potrebbe essere utile pensare di realizzare delle vere e proprie “Officine per lo Sviluppo Locale”, mediante le quali costruire realmente, e realizzare seriamente un programma di sviluppo del territorio. Il ciclo seminariale⁵⁴ “Interazioni e Reti Sociali nello Sviluppo Locale Partecipato e Sostenibile”, promosso dall'Agenzia di Sviluppo Integrato del Calatino – Sicilia, probabilmente rappresenta la direzione giusta verso la quale cominciare a pensare come costruire e far funzionare sul territorio queste “Officine di Sviluppo Locale”. Al loro interno, inoltre, un importante contributo, in termini di consulenza scientifica, ricerca e innovazione, potrebbe essere dato da un qualificato “Centro Scientifico Interdisciplinare sullo Sviluppo Locale”, che si configurerebbe come punto d'incontro e d'intersezione di diverse discipline (umanistiche, economiche, scientifiche, *etc.*) ed ambiti di ricerca sullo sviluppo locale.

Naturalmente la realizzazione delle “Officine per lo Sviluppo Locale” è possibile solo attraverso una consapevolezza e un'azione politica regionale e locale profondamente diversa dall'attuale. È, cioè necessario uno sviluppo della politica e uno sviluppo politico.

Una componente importante dello sviluppo politico è il “federalismo antropologico” (Gangemi, 1994), individuato come fattore di successo dello sviluppo del nord-est italiano. Il discorso sul “federalismo antropologico”, che è all'opposto del “federalismo territoriale”, riporta nuovamente all'importanza delle persone e dei beni relazionali per lo sviluppo. Con esso, infatti, s'intende

“quell'atteggiamento mentale che è indispensabile per raggiungere vari obiettivi: a) rendere l'individuo indipendente, autonomo e capace di intraprendere (non come semplice sviluppo della propria personalità individuale separatamente considerata, ma come sviluppo della propria socialità, della propria capacità di produrre fiducia, cioè capitale sociale, e della propria capacità di apprendere interagendo); b) costruire comunità autonome e, di conseguenza, anche rafforzare quella che oggi viene detta società civile e produrre quella che viene chiamata democrazia locale [...] e quella che potrebbe essere chiamata 'democrazia delle reti', cioè quel tipo di rapporti che si sviluppano attraverso interazioni che presuppongono l'uguaglianza delle parti (in questo senso si dice che le reti sono orizzontali) [...] c) considerare secondarie le divisioni conseguenti ai grandi *cleavage*, cioè alle grandi divisioni ideologiche [...] d) considerare sempre che la norma e il comando o qualsiasi altra pratica [...] non sono, da soli, sufficienti a produrre l'obbedienza perché è necessaria una cultura che predisponga all'accettazione della norma o del comando (qualcosa che è prodotto dalla storia, dalla tradizione, dal sentimento pubblico, dalle visioni del mondo, *etc.*)” (Gangemi, 2006, pp.120-121)

Bibliografia

⁵⁴ Sulla scorta della positiva esperienza dell'ASI del Calatino – Sicilia, il ciclo seminariale è stato successivamente promosso anche dal “Laboratorio di Ricerche Antropologiche per l'Analisi del Territorio e delle Potenzialità Locali”, dal “Dipartimento di Sociologia e Comunicazione dell'Università di Roma – La Sapienza”; e dall'Associazione Novagorà di Frascati. Esso è patrocinato dal Ministero della Salute, dal Dipartimento di Sociologia e Comunicazione - Università di Roma La Sapienza, dalla Provincia di Roma, dai comuni di Monteporzio, Frascati, Ariccia, dalla XI Comunità Montana del Lazio, e dalla Direzione Generale AUSL RM/H. I responsabili del corso sono il prof. Paolo Palmeri, Il dott. Marco D'Alema, Il dott. Giuseppe Licari e il dott. Raffaele Barone. Il ciclo di seminari ha come obiettivo sia quello di erogare un flusso d'informazioni e di conoscenze in materia di sviluppo locale partecipato e sostenibile, che creare una rete di *opinion leader* allo scopo di rafforzare le relazioni tra gli attori locali e fra questi ultimi e il contesto operativo nel quale risiedono. Il progetto punta, inoltre, ad una riflessione sullo sviluppo della legalità e sullo Sviluppo dell'impresa attraverso la valorizzazione delle risorse umane locali. Infine, mette l'accento sulla buona prassi nello sviluppo locale e sulla gestione della globalizzazione.

- Barone, R. & al. (Eds) (2006). *Sviluppo locale partecipato e sostenibile. Territorio, interazioni e reti sociali*. Padova: Cleup.
- Brown, D.G. & Zinkin, L.M. (Eds.). (1996). *La psiche e il mondo sociale: La gruppoanalisi come strumento del cambiamento sociale*. Milano: Cortina.
- Bruni, L. (2004). *L'economia la felicità e gli altri*. Roma: Città Nuova.
- Bruni, L. (2006). *Reciprocità*. Torino: Mondadori.
- Bruni, L. & Porta, P.L. (2004). *Felicità ed economia*. Milano: Guerini & Associati.
- Bruni, L. & Zamagni, S. (2004). *Economia civile. Efficienza, equità, felicità pubblica*. Bologna: Il Mulino.
- Bruni, A. & Naimzada, E. (2006). Il bene relazionale. Un modello dinamico. In S. Zamagni, (Ed.), *Teoria economica e relazioni interpersonali*. Bologna: Il Mulino.
- Bruni, L. & Porta, P.L. (Eds.) (2006). *Felicità e libertà*. Milano: Guerini Associati.
- Brunori, L. (Ed.) (2004). *Volontari al fronte. Prepararsi all'emergenza attraverso il gruppo*. Milano: Franco Angeli.
- Cangemi, G. (2006). Sviluppo locale e globalizzato: il caso del nord-est italiano. In R. Barone, & al. (Eds.), *Sviluppo locale partecipato e sostenibile. Territorio, interazioni e reti sociali*. Padova: Cleup.
- Ceruti, M., Lo Verso, G. & al. (1996). *Epistemologia e psicoterapia: itinerari della complessità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cigoli, V. (2006). *L'albero della discendenza*. Milano: FrancoAngeli
- Dato, G. (1996). *Il sindaco taumaturgo e il governo delle città*. Milano: FrancoAngeli.
- De Rita, G. & Bonomi, M. (1998). *Manifesto per lo sviluppo locale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Di Lorenzo, S. (1986). *La grande madre mafia. Psicoanalisi del potere mafioso*. Roma: Pratiche.
- Di Maria, F. (Ed.) (1998). *Il segreto e il dogma, Percorsi per capire la comunità mafiosa*. Milano: Franco Angeli.
- Di Maria, F. & Lo Verso, G. (Eds.) (1995). *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Raffaele Cortina.
- Di Maria, F. & Lo Verso, G. (Eds.) (2002). *Gruppi, metodi e strumenti*. Milano: Raffaele Cortina.
- Di Nuovo, S. & Lo Verso, G. (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: FrancoAngeli.
- Donati, P. (1986). *Introduzione alla sociologia relazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Douglass, M. & Isherwood, B. (1984). *Il mondo delle cose*. Bologna: Il Mulino.
- Falcone G., Padovani M. (1991). *Cose di Cosa Nostra*. Milano: Rizzoli.
- Fasolo, F. (2002). *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Fiore, I. (1997). *Le radici inconsce dello psichismo mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Flocca, F., Giunta, S. & Giorgi A. (in press). Oltre il pensiero mafioso. Cultura, identità, psicologia di un fondamentalismo. In *Narrare il Gruppo. Prospettive cliniche e sociali*, Armando.
- Garofoli, G. (1991). *Modelli locali di sviluppo*. Milano: FrancoAngeli.
- Gilbert, M. (1989). *On Social Facts*. London: Routledge.

- Giorgi, A. & Giunta, S. (2005). *Siti sulle mafie italiane*. Rivista Aggiornamenti Sociali, 56, 674-676.
- Giunta, S., Licari, G. & Lo Verso, G. (2004). La psiche mafiosa: stato dell'arte ed ipotesi per la ricerca. In *Narrare il gruppo. Prospettive cliniche e sociali*. Armando Editore, 1, 21-32.
- Hirsch, F. (2001). *Limiti sociali allo sviluppo*. Milano: Bompiani.
- Jervis, G. (1993). *Fondamenti di psicologia dinamica*. Milano: Feltrinelli.
- Latouche, S. (2005). *Come sopravvivere allo sviluppo. Dalla decolonizzazione dell'immaginario economico alla costruzione di una società alternativa*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Licari, G. (2006). *Antropologia urbana. Il caso dei Contratti di Quartiere*. Padova: Cleup.
- Lo Cascio, G. (1986). *L'immaginario mafioso. La rappresentazione sociale della mafia*. Bari: Dedalo.
- Lo Verso, G. (1989). *Clinica della gruppoanalisi e psicologia*. Torino: Boringhieri.
- Lo Verso, G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lo Verso, G. (Eds.) (1998). *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G. (Eds.) (1999). *Come cambia la mafia. Esperienze giudiziarie e psicoterapeutiche in un paese che cambia*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G. (2004). *H.D. Homo Democristianus*. Campobello di Mazara: Fotocopiando.
- Lo Verso, G. & Raia, T. (1998). *Il lavoro psicodinamico con i gruppi: una rassegna a partire dai testi*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G. & Giannone, F. (1999). *Il self e la polis, il sociale e il mondo interno*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G. & Lo Coco, G. (2003). *La psiche mafiosa. Storie di casi clinici e collaboratori di giustizia*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G. & Prestano, C. (2003). Beni relazionali. Costi ed efficacia. *Group Analysis*, 36, 4, 539-547.
- Lo Verso, G. (2005). L'lo fondamentalista e la psiche mafiosa. *Narrare il gruppo: prospettive cliniche e sociali*. Armando, 3, 87-93.
- Lo Verso, G. & Lo Coco, G. (2006). *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Morin, E. (1982). *Scienza con coscienza*. Milano: Franco Angeli.
- Morin, E. (1983). *Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione*. Milano: Feltrinelli.
- Morin, E. & Pasqualini, C. (2006). *Io, Edgard Morin. Una storia di vita*. Milano: FrancoAngeli.
- Morin, E. (2006). *Culture e barbarie europee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nussbaum, M.C. (1986). *La fragilità del bene. Fortuna ed etica nella tragedia e nella filosofia greca*. Bologna: Il Mulino.
- Pontalti, C., (1998). I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico. In M. Ceruti & G. Lo Verso G. (Eds.), *Epistemologia e psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.

- Rizzolati, G. & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai*. Milano: Raffaele Cortina.
- Sacco, P. & Zamagni, S. (Eds.) (2006). *Teoria economica e relazioni interpersonali*. Bologna: Il Mulino.
- Spaltro, E., Sangiorgi, G. & Evangelisti, A. (Eds.) (1998). *Il soggetto della politica*. Bologna: Patron.
- Storper, M. (1997). Le economie locali come beni relazionali. *Sviluppo locale*, IV, 5, 5-42.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Sugden, R. (2000). Team preferences. *Economics and Psilosophy*. Vol. XVI.
- Pezzoli, F. (2006). *Gruppi di genitori a condizione psicodinamica. Dalla esperienza clinica alla sistematizzazione teorica*. Milano: FrancoAngeli.
- Putman, R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton: Princeton University Press (trad. it.: *La tradizione civica nelle regioni italiane*). Milano: Mondadori).
- Yunus, M. (2006). *Il banchiere dei poveri*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Kahneman, D. (2004). Felicità oggettiva. In L. Bruni & P.L. Porta. *Felicità ed economia*. Milano: Guerini & Associati.
- Tuomela, R. (1995). *The importance of Us*. Stanford University Press. Palo Alto: (Ca.).
- Uhlener, C.J. (1989). Relational goods and participation: incorporating sociability into a theory of rational action. *Public Choice*, 62.
- Veggetti Finzi, S. (1986). *Storia della psicoanalisi*. Milano: Arnoldo Mondadori.

Spettri di Witmer: la domanda di Psicologia Clinica tra continuità e cambiamento

di Roberto Vitelli*

1. Introduzione

Il ricorrere del centenario della pubblicazione della prima rivista di Psicologia Clinica, *Clinical Psychology*, fondata dal Lightener Witmer nel 1907, costituisce l'occasione per un ripensamento dell'attualità e degli orizzonti futuri della disciplina a cui lo stesso Witmer ha dato il nome. Sebbene apparentemente lontano, sia temporalmente che come luogo geografico di produzione, l'articolo introduttivo della rivista in oggetto, a firma dello stesso Witmer, può costituire in tal senso un buon punto di partenza. Articolare un discorso sul tema della "domanda di psicologia clinica tra continuità e cambiamento" presuppone, infatti, necessariamente, una riflessione preliminare sugli *a-priori storici* relativi ai primi due termini che vi compaiono: "domanda" e "psicologia clinica". Se, come scriveva Foucault, "l'uomo non è contemporaneo del proprio essere" (1966, p. 360), occorre infatti interrogarsi all'interno di quali specifiche *pratiche discorsive* venga a declinarsi e ad attualizzarsi la questione della *domanda*, nonché, ovviamente, l'idea stessa di una "*psicologia clinica*". Richiamarsi a Witmer, interrogarne il testo, non ha così tanto il senso di un mero richiamo storiografico, di un richiamo ad una storiografia lineare; si tratta piuttosto di cercare di definire il campo entro cui la questione della *Domanda di Psicologia Clinica* ha trovato e trova oggi la propria concreta possibilità d'enunciazione, i propri limiti, le proprie prospettive. Il parlante, infatti, lungi dall'aver una presa totale sul suo stesso discorso, fa derivare dal campo enunciativo le forme che esso assume: "è la positività del discorso che costituisce l'a-priori storico all'interno del quale si costituiscono tanto gli oggetti quanto i soggetti" (Sorrentino, 2005, p.XXIII). La posta in gioco, in particolare in questo preciso momento storico, non è irrilevante. Ad essere implicato nelle questioni sottostanti la domanda relativa all'attualità ed al futuro della Psicologia Clinica non è soltanto ciò che costituisce lo specifico della disciplina, il suo campo d'azione, ma anche i differenti attori coinvolti: i professionisti e coloro che a questi si rivolgono.

2. Il Metodo Clinico

Come è noto, è su un piano eminentemente pragmatico e soprattutto con uno sguardo rivolto alla Scienza Medica che la Psicologia Clinica ha visto i propri albori come disciplina autonoma. Tracce del profondo legame tra essa e la Medicina sono, infatti, di per sé presenti nella stessa aggettivazione presente nella locuzione, ovverosia nell'uso del termine "clinica", così giustificato da Witmer nel suddetto articolo di apertura:

"[...] parlare di associazione di psicologia clinica e clinica psicologica potrà indurre senza dubbio una serie di contraddizioni di termini relativi ai più disparati argomenti. Mentre il termine "clinico" è stato mutuato dalla medicina, la psicologia clinica non è una psicologia medica. Ho mutuato la parola "clinica" dalla medicina, perché è il miglior termine che ho potuto trovare per indicare la specificità del metodo che suppongo sia necessario per questo lavoro. Le parole raramente conservano il loro significato originale e la medicina clinica non è quello che la parola implica – il lavoro di un medico al letto di un paziente. Il termine "clinico" implica un metodo e non un luogo [...]."

* Professore aggregato di Psicologia Clinica. Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata. Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Non Psicologia Medica, dunque, ovverosia Psicologia applicata ai problemi della Medicina in quanto insieme di conoscenze e abilità pratiche che il medico dovrebbe conoscere ed utilizzare nella propria professione, bensì questioni di metodo. Poco più avanti, infatti, è a Boerhaave, il celebre medico olandese vissuto a cavallo tra il XVII° ed il XVIII° secolo, che precisamente l'autore si richiama. Boerhaave è uno dei padri della moderna medicina, iniziatore di quella che lui stesso definì *Praxis Medica*, ovvero lo studio attento del caso singolo condotto alla luce delle conoscenze disponibili di fisiologia e fisiopatologia. Il richiamo di Witmer, dunque, sembra, da una parte, essere riferito a quello che in epoche successive sarebbe stato definito approccio ideografico, un approccio cioè al caso singolo, da un'altra sottolineare il senso più generale da attribuire alla disciplina nascente: quello di una declinazione eminentemente applicativa della Scienza Psicologica, di una messa al servizio, cioè, della vita concreta, reale, di tutto quanto gli psicologi erano venuti sino ad allora a conoscere ed a formalizzare a partire dai risultati ottenuti all'interno dei laboratori. È noto lo scetticismo, se non addirittura la franca ostilità con cui la Psicologia ufficiale guardò alla nuova declinazione della Psicologia proposta da Witmer: un'applicazione concreta era considerata un'aberrazione, qualcosa che andava ad inquinare la purezza e l'asetticità del laboratorio (Reisman, 1991). Volendo contestualizzare storicamente, ci troviamo agli inizi del Novecento: sono gli anni in cui, da una parte la psichiatria, abbandonate definitivamente le ipotesi pinelliane e esquirolliane, viene sempre più a fondarsi sul pensiero e l'opera di Kraepelin, sulla sua sistematizzazione nosografica delle *malattie mentali* con l'inevitabile corollario di una scomparsa sia del *soggetto conoscente* che del *paziente* con la sua particolarità; dall'altra la psicoanalisi, raccogliendo l'eredità dell'ipnosi e del metodo catartico, reintroduce il soggetto e la sua vicenda particolare, producendo un sapere ed una pratica, comunque, però, da qualche parte, ancora articolati a partire dall'orizzonte psichiatrico. La Psicologia, da poco nata¹, comincia ad estendere i suoi interessi: autori importanti producono, proprio in quegli anni, alcuni dei loro contributi più rilevanti: William James da poco ha pubblicato nel 1890 i suoi "Principles of Psychology", Galton, personaggio eclettico, geniale, ma anche decisamente discutibile, introduce l'uso della statistica in Psicologia, Cattell nello stesso anno di pubblicazione dell'importante lavoro di James pubblica il suo "V.-Mental Tests and Measurements" (Cattell, 1890)². La medicina, su un altro versante, lentamente si avvia sempre più inesorabilmente anch'essa verso quell'oblio del *soggetto* che sempre più l'avrebbe caratterizzata, in nome della obiettività dei dati clinici, dell'importanza dell'attendibilità delle conoscenze acquisite e dell'efficacia reale delle terapie proposte, della fede incondizionata nella strumentazione tecnica. In campo neurologico, in particolare, nonostante i molti avanzamenti realizzati sul piano delle conoscenze³, le possibilità di intervento curativo si rivelano spesso alquanto limitate ed è, in qualche modo, proprio a partire ed in funzione di tale *manca* che

¹ Come è noto la data di nascita della Psicologia generalmente indicata è quella del 1879, anno di fondazione a Lipsia del primo laboratorio di Psicologia Sperimentale ad opera di Wundt. Come data inaugurale della Psicologia Clinica, invece, usualmente si indica il 1896, anno in cui Witmer, peraltro formatosi a Lipsia con lo stesso Wundt, fondò la prima Clinica ed inaugurò il primo insegnamento di Psicologia Clinica all'Università di Pennsylvania.

² Quella qui proposta è ovviamente una ricostruzione storica approssimativa e parziale. Per una più ampia trattazione del panorama storico entro cui la Psicologia Clinica ha visto i propri albori, cfr. Reisman, 1991 e Lombardo & Foschi, 1999.

³ Agli inizi del '900 la neurologia costituisce ormai una disciplina abbastanza consolidata nel proprio corpus di conoscenze. Nel XIX° secolo, infatti, lo studio dell'anatomia e della fisiologia del cervello aveva ricevuto un notevole impulso grazie all'opera di autori come, ad esempio, Franz Joseph Gall, Pierre Flourens, Paul Broca, Karl Wernicke, Gustav Fritsch e Eduard Hitzig, David Ferrier, Jean-Martin Charcot, Theodor Schwann, Theodor Meynert, Camillo Golgi, Charles Sherrington e Santiago Ramón y Cajal (Civita, 1999). Il rapido succedersi delle scoperte in tale campo portò, sul versante limitrofo della nascente Scienza Psichiatrica, Griesinger (1817-1868), a dichiarare che "le malattie mentali sono malattie del cervello" (Wilson, 1993). La stessa correlazione tra l'infezione sifilitica e la paralisi progressiva, la scoperta degli effetti prodotti da alcune specifiche carenze nutrizionali sul funzionamento psichico con anche rilevanti sintomi psichiatrici e danni a livello del sistema nervoso centrale, così come le ricerche di Jacques-Joseph Moreau di Tours sugli effetti dell'hashish, d'altra parte, contribuirono ad ipotizzare un'origine biologica della malattia mentale, facendo da apripista a quelle correnti organicistiche tuttora fortemente presenti ed attive nel pensiero psichiatrico.

la Psicologia Clinica prende le sue prime mosse. Sono note le due storie comunemente riportate in letteratura relativamente alle motivazioni che spinsero Witmer a proporre una declinazione della Psicologia all'interno di un campo definito dal carattere strumentale ed operativo dei processi di conoscenza piegati alle esigenze curative di specifiche problematiche, poste ai limiti dello psichico e del somatico: la prima, raccontata da lui stesso (Witmer, 1907), riconduce l'origine dei suoi interessi alle difficoltà incontrate nei suoi anni di insegnamento presso una scuola preparatoria con uno degli allievi, presentante un ritardo nello sviluppo delle funzioni di linguaggio (scritto, parlato e delle capacità di comprensione), a suo parere non adeguatamente diagnosticato e curato; la seconda raccontata da Robert Brotemarkle (1947), collega ed amico di Witmer, secondo cui quest'ultimo sarebbe stato invitato da una sua conoscente, insegnante in una scuola pubblica, ad utilizzare le conoscenze in suo possesso per promuovere un miglioramento delle abilità fortemente compromesse in uno dei suoi allievi. Deciso ad approfondire il caso, Witmer avrebbe scoperto che in realtà il ragazzo aveva un primario disturbo visivo. Corretto quest'ultimo e presosi cura dello studente, sarebbe quindi riuscito dopo un po' a produrre un franco miglioramento della dislalia per la quale era stato inizialmente consultato. Colpito dal successo ottenuto, avrebbe deciso di approfondire, racconta Brotemarkle, le tematiche relative alla diagnosi ed al trattamento di quelle condizioni per le quali gli era parso che la Medicina non fosse in grado di porre rimedio o, comunque, non possedesse gli strumenti e le conoscenze adeguati per intervenire in maniera efficace.

Ora, come siano andate esattamente le cose poco importa, che cioè si sia trattato sin dall'inizio di un suo allievo o di un allievo di una sua amica non è rilevante: in entrambe le versioni dell'accaduto, ciò che salta agli occhi è che la *mancanza, il buco nel Sapere e nella Tecnica Medica*, ha costituito la matrice originaria a partire da cui la Psicologia Clinica ha dispiegato se stessa.

3. *Psicologia Clinica e Medicina: convergenze e divergenze*

Lungi dal porsi come semplice luogo inaugurale, l'iscrizione all'interno del *campo medico* della Psicologia Clinica sembra segnare nel profondo la sua stessa natura, avendo prodotto nel corso della sua storia una serie di effetti, per lo più implicitamente assunti e difficilmente messi a tema all'interno della letteratura corrente: lo stesso momento *psico-terapeutico*, abbastanza unanimemente riconosciuto come spina dorsale della Disciplina⁴, costituisce un indizio lampante di tale iscrizione. Se la "cura" del disagio psichico, declinata nel senso della *terapia*, è l'aspetto massimamente caratterizzante la Psicologia Clinica, la questione della rivendicazione dei territori e della delimitazione dei confini con la Psichiatria viene in qualche modo da sé. Ma è questa la sola possibilità di incarnazione della Psicologia Clinica? E la *psico-terapia* deve essere esclusivamente intesa nel modo appena indicato? Non è comunque necessaria un'attenta sorveglianza sugli *impliciti* e sulle *strategie discorsive* che fanno da sfondo a tale pratica? Domande complesse a cui cercheremo di dare qualche risposta. Ma prima di fare ciò, è forse necessario provare ad articolare meglio proprio tali impliciti: solo a partire da tale analisi potremo infatti provare a fornire una risposta, sia pur provvisoria, alla domanda relativa al presente ed al futuro della disciplina. Non è una cosa semplice per il fatto stesso che, come

4 Vale la pena qui riportare per intero la definizione degli ambiti di Competenza Disciplinare, così come formulati dal Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane (2003). "La psicologia clinica è un settore della psicologia i cui obiettivi sono la spiegazione, la comprensione, l'interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici. La psicologia clinica è identificabile con le metodiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia o comunque di intervento sulla struttura e organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e nei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici. La psicologia clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere socio-psico-biologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e ambientali. *La psicoterapia nelle sue differenti strategie e metodiche costituisce l'ambito applicativo che più caratterizza la psicologia clinica, come punto di massima convergenza tra domanda, conoscenze psicologiche disponibili, fenomeni indagati e metodi utilizzabili*" [corsivo nostro].

precedentemente detto, la possibilità di produzione di qualsivoglia enunciato, e quindi la stessa concreta possibilità definitoria della professione e dei singoli soggetti in essa implicati, appaiono segnati all'origine da tale iscrizione: tirarsene fuori può fare vacillare il discorso, laddove la logica che lo guida e lo sostiene rischia di inciampare appena ci si trovi a reinterrogarla.

Nello stesso articolo di apertura prima citato, Witmer scrive:

“ [...] lo psicologo clinico, come ricercatore si pone l'obiettivo di scoprire la relazione tra la causa e l'effetto per quanto riguarda i metodi della psicologia clinica, essi sono chiamati in causa ogni qualvolta lo stato della mente di un individuo viene modificato attraverso un intervento svolto mediante l'osservazione, l'esperimento ed il trattamento pedagogico che inducono un cambiamento, cioè lo sviluppo della mente di un tale individuo”.

Se il richiamo al metodo clinico implicava, come abbia poc'anzi detto, il riferimento ad un approccio ideografico, la direzione epistemologica implicata nel programma di pensiero qui enunciato appare più complessa da definire. In particolare, l'indicazione della necessità per la Psicologia Clinica, nel proprio procedere, di una *individuazione dei rapporti tra la causa e l'effetto* sembrerebbe, a prima vista, proporre una sorta di avvicinamento dei metodi conoscitivi propri alle Scienze dello Spirito, (*Geisteswissenschaftten*) fondate sul *verstehen*, sul comprendere, e quelli propri alle Scienze della Natura (*Naturwissenschaftten*) fondati, invece, sull'*erklären*, sullo spiegare; ciò, attraverso l'individuazione di un rapporto particolare e singolare tra determinati fenomeni, al di là di una loro dipendenza da una legge universale. Ad una lettura più attenta, però, nel discorso witmeriano sembra piuttosto potersi rintracciare l'eco di quel darsi in essere della giovane Scienza Psicologica che, rivendicando per sé un posto all'interno delle “scienze forti”, si congedava definitivamente dalla vecchia “psicologia razionale” di stampo filosofico, cercando con ciò una propria legittimazione come disciplina scientifica. La stessa declinazione della pratica psicologica in senso pedagogico, senso anticipatore di quella concettualizzazione degli interventi psicoterapeutici intesi alla stregua di strumenti volti alla correzione di un deficit, piuttosto che alla promozione dello sviluppo all'interno del rapporto tra individuo e contesto (Carli e Paniccia, 2005; Carli, 2007a; 2007b; Pazzagli e Benvenuti, 2006), sembra andare in questa direzione. Non si tratterebbe, allora, tanto di un tentativo di avvicinamento tra i due ambiti formalizzati da Dilthey⁵: l'indicazione di programma sembra piuttosto quello di un abbraccio (mortale?) con le Scienze della Natura.

4. *Questione di nomi*

Se la *psico-terapia* è l'incarnazione più propria della Psicologia Clinica, se cioè l'intervento sul *disagio mentale* ne costituisce l'asse portante, sembra quasi inevitabile l'assunzione di ciò che la psichiatria da più di duecento anni si è preoccupata di descrivere, catalogare e soprattutto reificare: il disagio mentale, appunto. Il senso della *cura* sarà allora quello di correggere i deficit o gli squilibri ora primariamente investenti il campo affettivo ora quello intellettuale, o magari quello di modulare specifici schemi cognitivo-affettivo-comportamentali con l'obiettivo di un miglior adattamento sociale, affettivo, lavorativo, e così via. Se oggi, come diceva qualche anno fa Edgar Morin, “l'aspirazione alla felicità individuale diventa esigenza” (Morin, 1962, p.82), se la produttività e la capacità di stare all'interno del circuito produzione-consumo costituisce l'unico valore assoluto di giudizio del singolo, compito della Psicologia Clinica sarà quello di un pronto recupero alla società del “soggetto”, di un suo reinserimento all'interno di quel circuito “ludico-estetico” così acutamente descritto da Martin

⁵ Come è noto alla fine dell'Ottocento, Wilhelm Dilthey, aveva sistematizzato all'interno della sua *Introduzione alle Scienze dello Spirito* (1883), la differenza tra i procedimenti gnoseologici propri ai due differenti ambiti: da una parte le Scienze della Natura, fondate sull'*erklären*, sulla spiegazione causale deterministica degli eventi, e dall'altra le Scienze dello Spirito (leggi Storiche) fondate sul *verstehen*, sulla comprensione “dal di dentro” dei fatti “umani” realizzata a partire dagli stati interni del soggetto conoscente.

Heidegger nella sua caratterizzazione del *Das Man*, del *Si* anonimo e spersonalizzante⁶. La stessa ricerca in Psicologia Clinica verterà, allora, di volta in volta, sui “disturbo da Attacchi di Panico”, sui “disturbi del Comportamento Alimentare”, e così via, con l’obiettivo ultimo, ovviamente, di potenziare le strategie di “cura”. Ora, la questione non è tanto relativa alla legittimità di tutto ciò: qui non è tanto da mettere in discussione l’esistenza e la portata della “sofferenza” dell’anima e delle forme che questa può assumere, come delle necessarie modalità di lenimento di essa. La questione semmai è quella di un invito alla sorveglianza e, perché no, allo smascheramento dei trucchi, delle strategie e degli effetti che effettivamente, nella realtà dei fatti, possono sostenere una “certa” “cultura terapeutica” (Rovatti, 2006).

Già Emmanuel Kant scriveva: “C’è un genere di medici, i medici della mente, che ogni volta che trovano un nome, pensano di aver conosciuto una malattia” (1764, p. 59). Con tale affermazione il filosofo di Königsberg indicava l’operazione che sostiene l’intero campo del sapere psichiatrico, ovverosia l’azione reificante dell’atto di denominazione, peraltro effetto della specifica posizione da cui esso viene prodotto: il campo della Scienza, appunto. È questa l’operazione che porta a guardare e ad intendere il disagio psichico alla stregua di uno specifico, omogeneo e, pertanto catalogabile, *ente di natura*. Ora, per quanto spesso guardata con sospetto o francamente valutata criticamente, tale operazione sembra sostanzialmente sottendere oggi buona parte dell’intero campo della ricerca, della didattica e della stessa pratica psicologico-clinica⁷.

L’assunzione della nosografia medico-psichiatrica, che pure a taluni potrebbe sembrare inevitabile in virtù della necessità dell’assunzione di un linguaggio condiviso all’interno della “comunità scientifica”, non è, però, un’operazione di per sé *neutra*, un’opzione come altre, e ciò se si considera che l’atto di denominazione prodotto dal Sapere Psichiatrico ha inevitabili effetti sugli stessi processi di *soggettivazione* dati all’interno di un dato contesto storico-sociale: l’atto di denominazione, infatti, si colloca all’interno di quella rete di istituzioni e pratiche da cui il “*folle*” è *preso e definito*: “è l’identità stessa del singolo individuo che viene definita attraverso l’essere malato e quindi bisognoso di cure. Ed è anzi l’individuo stesso che trova nella cultura terapeutica che lo interpella tutti gli elementi discorsivi (con i loro effetti pratici e sociali) per costruire la propria identità di soggetto” (Rovatti, 2006, pp.26-27). Non è soltanto, dunque, che “il sintomo psichico si trasforma, mite e accondiscendente ai cambiamenti sociali” (Lolli, 2005, p.8), è la stessa performatività degli Atti di Parola che produce effetti rilevanti sui processi di soggettivazione attraverso i diversi mediatori di volta in volta dati: la televisione, i giornali, le aule universitarie e così via⁸. È un’attenta sorveglianza, un uso attento e consapevole di quest’insieme tutt’altro che neutrale di strumenti concettuali che occorre evidentemente allora oggi pretendere. O forse, in maniera più radicale, è venuto il tempo di congedarsi dalla psichiatria con un atto deciso e coraggioso, accompagnando i “pazienti”, ovverosia

⁶ Con una mirabile ed acuta interrogazione del tempo attuale, così Heidegger diceva di quella dimensione anonima ed omogeneizzante da lui definita *Das Man*, il *Si*, quale modalità più propria dell’inautenticità: “ce la spassiamo e ci divertiamo come ci si diverte; leggiamo, vediamo e giudichiamo di letteratura e di arte come si vede e si giudica. Ci teniamo lontani dalla “gran massa” come ci si tiene lontani, troviamo “scandaloso” ciò che si trova scandaloso. Il *Si*, che non è un esserci determinato, ma tutti (non però come somma) decreta il modo di essere della quotidianità (Alltäglichkeit)” (Heidegger, 1927, p. 163).

⁷ Ovviamente, rispetto a tale questione vi sono molte voci critiche: valga per tutte la posizione espressa da Alessandro Salvini: “... dalla psicoanalisi al cognitivismo, concetti metaforici come “strutture”, “stadi”, “fasi”, “schemi”, “reti”, “istanze”, “patologie” sono pensati come entità psichiche realmente esistenti, facendogli assumere forza esplicativa, ma perdendo per strada insieme al “come se” la loro ambiguità metonimica, e la loro natura analogica” (Salvini, 2007, p.23).

⁸ In questa direzione ci sembra vada letta l’autentica esplosione di casi di anoressia mentale, come le sempre più numerose domande di riattribuzione chirurgica del sesso in relazione a condizioni di disforia di genere: quanta parte hanno avuto ed hanno ancora oggi le continue riproposizioni mass-mediatiche di tali specifiche declinazioni dell’esistenza nei processi di soggettivazione? Si badi bene, comunque, che quello che qui si propone non è il vecchio brodo riscaldato della semplicistica lettura sociologica della malattia mentale o di un’approssimata lettura foucaultiana del problema; la questione è di guardare a quei confini tra individuo e contesto che indirettamente lo segnano nel profondo, attraverso una complessa articolazione con le vicende intrapsichiche.

coloro che sono portatori di sofferenza”, verso altre direzioni o processi di soggettivazione, in qualche modo posti al di là di quella logica del *Medesimo* e dell'*Altro*, da Foucault posta all'origine del *Sapere-Potere* psichiatrico (Foucault, 1966).

5. Medicina, vuoti e mancanze ...

Al di là dei rapporti peraltro complessi con la psichiatria, c'è un altro versante relativo alla relazione tra Medicina e Psicologia Clinica che, pur assente nel discorso witmeriano, sembra oggi particolarmente rilevante, soprattutto come possibile importante scenario futuro. Con una sorta di nuovo passaggio per i luoghi delle origini, è a partire da una *mancanza* nel *Sapere* e nella *Tecnica* medica che la Psicologia Clinica sembra oggi venire ad essere interpellata. Oramai completamente inascoltato l'appello di Karl Jaspers per un recupero da parte della Medicina delle proprie componenti umanitarie (1986), il posto riservato alla Psicologia Clinica all'interno della *Pratica* propria a tale *Sapere* sembra essere quello relativo a quella casella lasciata vuota dalla Medicina stessa, casella relativa all'ordine del *senso*, del *significato*. A rileggere i testi scritti dal medico/filosofo tedesco tra il 1950 ed il 1955 appare evidente, infatti, come questi non avesse colto fino in fondo l'irreversibilità di un processo che ancor più oggi configura la medicina come una branca del *Sapere* fondata su una pressoché totale tecnicizzazione del proprio operare, su una pressoché radicale esclusione, dunque, dell'orizzonte del *senso*. Se è vero, come ricorda Umberto Galimberti, richiamandosi appunto a Jaspers (1986), che “in occasione di qualsiasi malattia, l'ordine della mia esistenza subisce un profondo capovolgimento, che non è un'implicanza secondaria che si aggiunge alla malattia come sua inevitabile <<conseguenza psicologica>>, ma ne è piuttosto l'essenza” (2005, p.284), di tale capovolgimento non è certo il medico che si potrà occupare, almeno stando allo scenario che ormai è oggi sotto gli occhi di tutti⁹. La direzione che la Medicina sembra aver preso, infatti, nonostante i reiterati appelli ad un ripensamento del proprio operare (ad es., Lown, 1999), pare sostanzialmente come scarsamente modificabile: il riduzionismo biologico, la tecnicizzazione, il ricorso all'ordine dell'*erklären*, il modello meccanico della malattia (Wulff, et al., 1986), la spersonalizzazione del rapporto tra il medico ed il paziente, risultano quasi una sorta di inevitabile corollario dei progressi raggiunti.

Una prima risposta alla questione della *domanda attuale di Psicologia Clinica* può dunque forse ben essere rintracciata nella domanda di *senso*, ma a tale domanda sembra oggi piuttosto voler (poter) rispondere la Filosofia.

6. La Psicologia Clinica tra Scienze Empirico-Positivistiche e Scienze Ermeneutico-filosofiche: senso, significato, orizzonti.

Nella sezione specificamente dedicata ai ringraziamenti, all'interno del proprio ultimo libro “psicopatologia del senso comune”, Giovanni Stanghellini, riferendosi al mondo degli psichiatri, scrive come “non più di qualche anno fa, molti di noi provavano una specie di pudore, qualcuno persino di vergogna, nel rivelare il proprio interesse per un'area ancora poco definita e clandestina come il rapporto tra ‘filosofia e psichiatria’” (Stanghellini, 2006, p.3). In effetti, proprio l'avanzare imperioso

⁹ A tale proposito occorre notare come oggi, in realtà, sia possibile osservare un duplice fenomeno: da una parte, appunto, il Medico sembra aver dimenticato l'antica indicazione ippocratica “iatros philosophos isotheos” (“il medico che si fa filosofo - ovverosia amante della saggezza - è simile ad un Dio”), risultando ad esempio complessivamente insignificante il tempo riservato alla Psicologia nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, dall'altra lo spazio sempre maggiore riservato ad essa nei Corsi di Laurea delle Discipline Sanitarie sembra indicare un nuovo spostamento, con l'attribuzione di specifiche “abilità” psicologiche alle nuove figure professionali emergenti: infermieri, ma anche dietisti, logopedisti, eccetera. Quest'ultima operazione in alcuni casi, tuttavia, per quanto sicuramente importante, sembra portare con sé la necessità di una particolare cautela, in virtù della possibile attribuzione/assunzione immaginaria di un sapere solo fittizio.

delle prospettive biologico-riduttivistiche in psichiatria sembra ad oggi aver prodotto di rimbalzo la necessità per essa di un nuovo, serrato dialogo con le discipline filosofiche¹⁰.

Se è vero, a questo punto, che anche la Psicologia Clinica non ha mai smesso di guardare, magari anch'essa vergognosa e di sottocchi, alla sua antica "cugina", è pur vero che essa sembra oggi piuttosto stretta tra due diverse tendenze: da una parte la forte rivendicazione del proprio carattere "scientifico" e, dunque, l'adozione di una irriducibile *matematizzazione dell'umano*, magari quale necessario argine a pericolose derive "metafisiche" o più semplicemente per una rivendicazione della propria stessa legittimità di esistenza quale "disciplina scientifica", dall'altra l'inquietudine provocata dalla nascita di pratiche in sé alquanto ambigue, genericamente indicate come pratiche filosofiche¹¹. Le due cose, del resto, sembrano rimandarsi specularmente l'immagine l'una dell'altra.

La rivendicazione della scientificità della disciplina, sostanzialmente sostenuta con il richiamo alle leggi dei grandi numeri, all'impiego rigoroso della statistica quale unica possibile via per la produzione di enunciati aventi in sé un sufficiente grado di approssimazione alla "verità delle cose", sembra in effetti sempre più spesso sostanzialmente incapace di fornire risposte adeguate ai bisogni della *clinica*. D'altro canto, sembra proprio che in virtù di tale incapacità la Filosofia stia rivendicando per sé nuovi spazi. Se tutto ciò è vero, a fronte di quella che viene giudicata come una impropria *invasione di campo* della filosofia (cfr. ad es., Grasso, 2006), peraltro effettivamente legittimata da quelle espressioni più estreme delle pratiche filosofiche variamente indicate in letteratura come counseling filosofico o filosofia terapeutica (Neri Pollastri, 2006), più che prodursi in una difesa dei propri confini, in una rivendicazione delle giuste competenze da attribuirsi ai diversi campi del Sapere, sarebbe allora utile piuttosto chiedersi se quanto sta accadendo non vada ricondotto alle originarie scelte di campo, a quell'originario posizionamento, rivendicato con sempre maggiore forza, in seno alle Scienze della Natura. Non sta andando, infatti, forse la filosofia a rispondere ad una specifica domanda sociale a cui la Psicologia Clinica sembra non essere più in grado fino in fondo di rispondere? Non è proprio in risposta ad una *Domanda di Senso* che le pratiche filosofiche, come si dice, si stanno sviluppando (Rovatti, 2006; Brentari, 2006)? Se la "incredulità nelle meta-narrazioni", come scriveva Lyotard (1979), ovvero la messa in crisi dei sistemi tradizionali di valori, regole, racconti, che hanno sostenuto per secoli la scienza, la letteratura e le arti almeno fino all'inizio del XX° secolo, caratterizza la condizione post-moderna, il sentimento di smarrimento può effettivamente costituire il segno dei tempi attuali, magari anche declinato, espresso in senso clinico. Ma se ciò è vero, occorre necessariamente procedere ad un ripensamento delle proprie pratiche, nonché, perché no, a quello dell'orizzonte a cui riferirsi. Se, come si diceva poc'anzi, ad esempio, la Medicina, al di là di una spesso stanca e vana retorica, non è in grado di dar conto sino in fondo del "significato dell'evento malattia", costituendo il paradigma biologico l'unico effettivo punto di ancoraggio del proprio operare, e se è vero che ad occupare la casella lasciata vuota dalla Medicina viene chiamata oggi la Psicologia Clinica, non è forse giunto il tempo di una nuova articolazione del sapere psicologico con quello filosofico, con chi dell'interrogazione intorno al senso, alla temporalità ed alla finitudine dell'esistenza ha fatto la propria stessa ragion d'essere? Si tratta di una scelta coraggiosa e probabilmente inattuale, ma non impossibile in senso assoluto: la psicoanalisi, il pensiero sistemico, gli approcci interattivo-costruttivisti, alcune declinazioni del cognitivismo clinico, nonché ovviamente le correnti umanistico esistenziali, da sempre si nutrono di un dialogo fecondo con l'antica cugina. In particolare, relativamente alla psicoanalisi, come ci ricorda Meletis Meletiadis:

"[...] quando non pretende di essere la nuova religione, cioè una concezione totale sull'uomo e sul mondo, non fa altro che occuparsi della varietà delle Parole, delle problematiche dell'ente vivente, dei passaggi e delle vie senza uscita, delle rabbie e dei dolori, della paralisi della mente e dei labirinti della ragione. Per questo la relazione tra la filosofia e la psicoanalisi è stretta a tal punto che, giustamente, si ritengono o sorelle o nemiche;

¹⁰ In realtà, v'è da dire che in alcune specifiche, fertili regioni del territorio psichiatrico tale dialogo non era mai stato interrotto. Si pensi, infatti, alle correnti fenomenologiche.

¹¹ Lo stesso Rovatti vede in molte delle forme di consulenza filosofica una sostanziale ambiguità che finisce per inserire tali pratiche all'interno del medesimo "circuitto della cura", ambito questo già da tempo occupato da psicologi clinici, counsellors, psicoterapeuti, ecc. (Rovatti, 2006).

tale da attirarsi sino a fondersi, o da odiarsi fino ad escludersi completamente. Entrambe come studio del come e del perché, approfondimento dei modi di vita, con la loro tendenza a risolvere gli irrisolvibili, a portar luce nelle tenebre dell'ignoranza, ortodossia nella distorsione del soggettivismo, ricerca se non produzione di significato per ogni cosa e per tutta l'esistenza, si ritengono giustamente dei luoghi conduttori dell'anima umana; tutt'e due chiedono di condurre l'uomo dal sentiero del non essere a quello dell'essere, della verità; mirano alla sua educazione in un modo, in una pratica della vita, di una presa di posizione di fronte al mondo.... La psicoanalisi è prima di tutto, direttamente o indirettamente, una pratica terapeutica. Il suo scopo non è la ricerca di una situazione indolore e insensibile, di un'infondata felicità, ma la scoperta del senso della vita, nel senso della convivenza con essa, sia questa piena di gioia oppure di dolore e sconvolgenti sensazioni [...]" (Meletiadis, 2006, pp.104-106).

Questioni di etica, questioni di prassi, forse effettivamente terribilmente "inattuali". D'altra parte, probabilmente, con Nietzsche, ciò che oggi ci resta da fare è rispondere ed agire "in modo inattuale – ossia contro il tempo, e in tal modo sul tempo e, speriamolo, a favore di un tempo venturo" (Nietzsche, 1874; p. 5).

Bibliografia

Brentari, C. (2006). La domanda di filosofia nel mondo contemporaneo. In C. Brentari, R. Màdera, S. Natoli & L. Vero Tarca (Eds.), *Pratiche filosofiche e cura di sé* (pp.239-244). Milano: Paravia Bruno Mondadori.

Brotmarkle, R. (1947). Clinical Psychology: 1896-1946. *Journal of Consulting Psychology*, 11, 1-4.

Carli, R. (2007a). Proposte per una definizione degli obiettivi della psicologia clinica: Correggere deficit o promuovere sviluppo. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica: Dialoghi e confronti* (pp.3-20). Milano: Springer-Verlag Italia.

Carli, R. (2007b). Psicoterapie Psicodinamiche. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica: Dialoghi e confronti* (pp.67-75). Milano: Springer-Verlag Italia.

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

Civita, A. (1999). Neuroscienze e malattia mentale. In A. Civita & D. Cosenza (Eds.), *La cura della malattia mentale: storia ed epistemologia* (pp.30-88). Milano: Bruno Mondadori.

Cattell, J. McK. (1890). V.-Mental Tests and Measurements. *Mind*, 15, 373-381. Retrieved September, 24, 2007 from <http://psychclassics.yorku.ca/Cattell/mental.htm>.

Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane (2003). Ambiti di Competenza Disciplinare. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica: Dialoghi e confronti* (pp.315-316). Milano: Springer-Verlag Italia. Retrieved September, 24, 2007 from: http://www.collegiopsiclinicauniv.it/ita_ambiti.htm.

Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard (trad. it. *Le parole e le cose: Un'archeologia delle scienze umane*, Rizzoli, Milano, 1998).

Galimberti, U. (2005). *La casa di psiche: dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*. Milano: Feltrinelli.

Grasso, M. (2006). Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica. *Rivista di psicologia Clinica*, 1, 3-18. Retrieved September, 24, 2007 from: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Grasso.htm>.

Heidegger, M. (1923). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer (trad. it. *Essere e Tempo*. Longanesi & C., Milano, 1976).

- James, W. (1890). *Principles of Psychology* (2 vols.). New York: Henry Holt (Reprinted Bristol: Thoemmes Press, 1999). Retrieved September, 24, 2007 from: <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/index.htm>.
- Jaspers, K. (1986). *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München: Piper (trad. it. *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina, Milano, 1991).
- Kant, I. (1764). Versuch über die Krankheiten des Kopfes. In Werke, Bd. II, S. 301-316.50 (trad. it. Saggio sulle malattie della mente. Ibis, Como-Pavia, 1992).
- Lolli, F. (2005). *L'ombra della vita: psicoanalisi della depressione*. Milano: Bruno Mondadori.
- Lombardo, G.P. & Foschi, R. (1996). *Studi di storia della psicologia*. Roma: Kappa.
- Lown, B. (1996). *The lost art of healing*. New York: Ballantine Books (trad. it. *L'arte perduta di guarire*. Garzanti, Milano, 1997).
- Liotard, J.-F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Minuit (trad. it. *La condizione postmoderna: rapporto sul sapere*. Feltrinelli, Milano, 1985).
- Meletiadis, M. (2006). Aspetti comuni dei luoghi della filosofia, della teologia e degli atti psicoanalitici nella cura di sé. In C. Brentari, R. Màdera, S. Natoli & L. Vero Tarca (Eds.), *Pratiche filosofiche e cura di sé* (pp.104-113). Milano: Paravia Bruno Mondadori.
- Morin, E. (1962). *L'esprit du temps: essai sur la culture de masse*. Paris: Grasset (trad. it. *Lo spirito del tempo*. Meltemi, Roma, 2002).
- Nietzsche, F. (1874). *Unzeitgemasse Betrachtungen. Zweites Stuck Vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben. Gesammelte Werke. 23 voll.* Muenchen: Musarion Verlag. (trad. it. *Considerazioni inattuali: Sull'utilità e il danno della storia per la vita. II*. Adelphi, Milano, 1973).
- Pazzagli, A. & Benvenuti P. (2006). Per una psicologia del patologico. *Rivista di Psicologia Clinica*. 2-3, 2006. Retrieved September, 24, 2007 from: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Pazzagli_Benvenuti.htm.
- Pollastri, N. (2006). La consulenza filosofica come "pura" filosofia. In C. Brentari, R. Màdera, S. Natoli & L. Vero Tarca (Eds.), *Pratiche filosofiche e cura di sé* (pp.168-186). Milano: Paravia Bruno Mondadori.
- Reisman, J.M. (1991). *A history of clinical psychology*. New York: Hemisphere Publishing Corporation. (trad.it. *Storia della Psicologia Clinica*, Raffaello Cortina, Milano, 1999).
- Rovatti, P.A. (2006). *La filosofia può curare?* Milano: Raffaello Cortina.
- Salvini, A. (2007). La reificazione come rischio in psicologia clinica. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti* (pp.21-27). Milano: Sprinter-Verlag Italia.
- Sorrentino, V. (2005). Le ricerche di Michel Foucault. In M. Foucault, *Antologia* (pp. VII-LV). Milano: Feltrinelli.
- Stanghellini, G. (2006). *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wilson, M. (1993). DSM III and the transformation of American psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 399-410.
- Witmer, L. (1907). Clinical Psychology. *Psychological Clinic*, 1, 1-9. Retrieved September, 24, 2007 from <http://psychclassics.yorku.ca/Witmer/clinical.htm>.
- Wulff, H.R., Pedersen, S.A. & Rosenberg R. (1986, 1990), *Philosophy of Medicine*. Oxford-London-Edinburgh: Blackwell Scientific Publication (trad. it. *Filosofia della medicina*. Raffaello Cortina, Milano, 1995).

Disturbo Narcisistico ed Ossessivo-Compulsivo: uno sguardo diverso

di Franco Di Maria¹, Ivan Formica², Fabrizio Scrima³

Premessa

L'attenzione rivolta ai disturbi psicopatologici (sia clinici che di personalità) si è sempre, primariamente, focalizzata nell'individuazione dei cosiddetti sintomi. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (il DSM in tutte le sue edizioni) si è posto come obiettivo principale quello di descrivere minuziosamente quei quadri sintomatologici riconducibili ad un determinato disturbo al fine di potere aiutare il clinico a formulare una diagnosi corretta.

Per fare un esempio, se come psicoterapeuti riscontriamo nel nostro paziente almeno cinque dei seguenti nove sintomi: 1) senso grandioso d'importanza, 2) sensazione di sentirsi speciale e unico, 3) fantasie di virtuoso successo, potere, fascino, bellezza e amore ideale, 4) richieste eccessive di ammirazione, 5) sensazione che tutto gli sia dovuto, 6) tendenza ad approfittare degli altri per raggiungere i propri scopi, 7) mancanza d'empatia, 8) invidia, 9) arroganza e presunzione, possiamo affermare che siamo dinanzi ad un soggetto che presenta un disturbo narcisistico di personalità.

Dal nostro punto di vista, se l'ausilio di qualsiasi tipo di manuale diagnostico (ICD 10, DSM IV, etc.) può essere utile al fine di formulare un'attenta diagnosi, rimane insufficiente nel cogliere le complesse dinamiche psicologiche che stanno all'origine della sofferenza dei nostri pazienti.

In altre parole, il narcisista non è soltanto la sommatoria di cinque sintomi; il narcisista è innanzitutto una persona con una sua storia, con una sua cultura, con una sua sofferenza che lo rendono persona unica e irripetibile.

Operata questa premessa, finalizzata a sostenere l'importanza sia di non fermarsi al sintomo, sia di evitare generalizzazioni che non tengano conto delle specificità di ogni singolo individuo, in questo scritto proveremo ad allargare il campo conoscitivo relativamente a due specifici disturbi di personalità: il disturbo narcisistico e il disturbo ossessivo-compulsivo.

Un breve ripasso

Dal punto di vista teorico, il concetto di narcisismo trova il proprio sviluppo in psicoanalisi per merito dell'importante lavoro di Freud del 1914, *Introduzione al narcisismo*, che detiene il merito di segnare la nascita ufficiale in quest'ambito.

Negli ultimi trent'anni, però, si è assistito ad una radicale revisione del concetto di narcisismo, finalizzata a conferire uno status scientifico e un fondamento empirico ad una condizione clinica ed esistenziale complessa e sfaccettata. Le concettualizzazioni tradizionali, derivanti da contesti euristici diversi, non riescono, infatti, a rispecchiare la complessità e l'eterogeneità della clinica contemporanea.

Lo studio del narcisismo è andato, pertanto, incontro ad un vero e proprio risorgimento dal punto di vista teoretico ed empirico. Questo è accaduto sia nell'ambito della psicologia sociale e della personalità (Emmons, 1987; Raskin & Hall, 1979; Rhodewalt & Morf, 1995), sia in psicologia clinica e in psichiatria (Akhtar & Thompson, 1982; Kernberg, 1975; Kohut, 1977; Masterson, 1988; Westen, 1990).

Il termine narcisismo è considerato uno dei più importanti concetti in psicoanalisi e, paradossalmente, anche uno dei più controversi. La sua storia mostra le difficoltà incontrate dal movimento psicoanalitico per arrivare ad una teorizzazione sobria e coerente in grado di utilizzare le formulazioni metapsicologiche proposte per rendere conto del dato clinico senza cadere in ambiguità o facili astrazioni. Queste difficoltà erano già presenti nel lavoro di Freud il quale, non a

¹ Ordinario di Psicologia Dinamica presso l'Università degli Studi di Palermo. Psicoterapeuta, Gruppoanalista.

² Dottore di Ricerca e Assegnista di Ricerca presso l'Università degli Studi di Palermo. Gruppoanalista in formazione.

³ Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni – Associazione Giovani Europei

caso, più volte si disse insoddisfatto della sua elaborazione teorica del narcisismo non esitando a rivederla.

Per comprendere come mai la personalità narcisistica ha acquisito una tale importanza, sulla scena psichiatrica, al punto da essere inclusa nel 1980 nel DSM-III, dall'*American Psychiatric Association*, occorre conoscere alcuni sviluppi avvenuti anche in campo sociale.

Significativo, a tal riguardo, è il celebre libro del sociologo americano Christopher Lasch, *La cultura del narcisismo* (1979); cultura che caratterizzerebbe l'era del benessere della società occidentale contemporanea dove, in seguito alla crisi dei valori e ad altre complesse trasformazioni sociali, il narcisismo è uscito dai ristretti confini della psiche individuale per assurgere a regola fondamentale che permea tutti i rapporti interpersonali. L'Autore sottolinea, inoltre, come anche i mass media parlino sempre più spesso di "era del narcisismo".

Lo studio del narcisismo, da un punto di vista psicodinamico, ha visto proliferare numerosi contributi, succeduti nel corso del tempo, che hanno permesso la creazione di un bagaglio conoscitivo ricco e robusto.

Il narcisismo è stato, così, oggetto di investigazione di autori quali principalmente Kohut e Kernberg ma anche di W.D. Roland Fairbairn (1941), Heinz Hartmann (1950), Donald W. Winnicott (1960), Herbert Rosenfeld (1964; 1965), Michael Balint (1965; 1968), Margaret Mahler (1975) ed altri ancora.

Per ciò che concerne, invece, il disturbo ossessivo-compulsivo, vi sono alcuni riferimenti e descrizioni del passato che hanno consentito di riconoscere le caratteristiche del disturbo, senza tuttavia che ad esso venisse attribuita una minima connotazione clinica – psicologica, per la quale invece è necessario ricondursi alla scuola francese dell'Ottocento, la quale in misura veramente considerevole, unitamente anche alle scuole tedesca, inglese e italiana, ha contribuito allo studio e all'approfondimento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC).

La prima descrizione viene attribuita a Esquirol che, nel 1838, definì il disturbo come una forma di monomania, un delirio parziale "*delire partiel*", nel quale un'attività involontaria, irresistibile e istintiva spingeva il paziente a compiere azioni che la coscienza respingeva ma che la volontà non riusciva a sopprimere. L'autore giunse alla conclusione che a determinare il disturbo fosse un deficit della volontà (costrutto molto discutibile!) e solo secondariamente un disturbo intellettuale.

Al quel tempo erano tre le teorie che spiegavano la genesi del disturbo ossessivo-compulsivo: quella emotiva, quella volitiva e quella intellettuale, che chiamavano in causa rispettivamente "debolezze" o dell'emotività, o della volontà e del carattere o, infine, della sfera del pensiero.

Tra la seconda metà dell'Ottocento ed i primi del Novecento si assistette dapprima ad un progressivo e netto distacco concettuale del disturbo ossessivo dalle forme deliranti, per giungere ai primi del Novecento alla composizione del quadro delle nevrosi, suddivisa nelle forme di nevrosi, isteria e psicastenia.

Nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP), l'interrogativo e la curiosità sulla possibile relazione tra i sintomi e i tratti ossessivo-compulsivi hanno dato luogo ad una lunga controversia non ancora sopita. Fu Janet nel 1903 che, a seguito dello studio di numerosi casi, descrisse alcuni tratti di personalità ancora oggi accettati e inclusi nel DSM-IV, come il perfezionismo, l'indecisione e l'autoritarismo, e definì le fasi di sviluppo del DOC in tre stadi (stadio psicastenico, agitazione forzata, ossessioni-compulsioni propriamente dette) spiegando inoltre come l'insorgenza del disturbo non fosse altro che una conseguenza della perdita di alcune funzioni della mente.

Andando oltre

Come affermato in premessa, obiettivo del presente lavoro è quello di provare ad allargare il campo conoscitivo rispetto ai disturbi descritti, partendo dall'ipotesi che le personalità narcisistiche ed ossessive-compulsive presentino (oltre ai sintomi riportati dai manuali diagnostici) anche tratti autoritari e dominanti.

Ma cosa intendiamo con questa espressione?

Occuparsi, anche, di tratti autoritari e dominanti implica dover riattraversare quel filone di studi che si iscrive nell'ambito delle "tendenze antidemocratiche" e che fa capo a studiosi quali Adorno, Fromm, Reich ed altri.

Non potendo, per ragioni di brevità, raccontare tutta la lunga storia delle tendenze antidemocratiche, in questo scritto ci limiteremo a riportare i contributi più recenti.

Allo stato attuale, i contributi maggiormente significativi in tema di autoritarismo e dominanza spettano ad Altemeyer, a Sidanius e a Pratto.

Non possiamo, inoltre, non citare Roccato (2003) che gode il merito di avere scritto un testo che costituisce, quanto meno in Italia, il più importante e robusto tentativo di sistematizzazione dei temi di cui sopra.

Altemeyer (uno psicologo canadese) ha il merito di avere elaborato il costrutto di Autoritarismo di Destra - letteralmente *Right-Wing Authoritarianism* (RWA) - mentre gli scandinavi Sidanius e Pratto si sono occupati, specificatamente, di Orientamento alla Dominanza Sociale - *Social Dominance Orientation* (SDO).

Il modello di Bob Altemeyer, insieme a quello di Adorno, è considerato, ad oggi, il più importante riferimento della letteratura sull'autoritarismo.

Nutrendo l'urgenza di ripensare, riconcettualizzare e rifondare teoricamente e metodologicamente gli studi, sino a quel momento avanzati, sulle tendenze antidemocratiche e sui motivi psicologici del fascismo, Altemeyer elabora il costrutto di Autoritarismo di Destra, intendendo con esso un cluster di atteggiamenti che contraddistinguono quei soggetti che tendono a sottomettersi, dogmaticamente, ai dettami imposti dall'autorità.

Gli autoritari, stando alle concettualizzazioni di Altemeyer (1981, 1988, 1996), sono quei soggetti che tendono a compartimentalizzare il pensiero, che detengono una varietà di credenze contraddittorie, che cercano di disconfermare le informazioni che non condividono, che mutano i loro principi per giustificare ciò che vogliono e per sottomettersi all'autorità legittima e che appaiono, infine, legati a valori sessuali tradizionali, risultando dogmatici ed impauriti da un mondo in trasformazione.

In altre parole, gli autoritari si sentono membri di una minoranza di giusti in contrapposizione ad una maggioranza decadente e peccatrice. Le persone autoritarie si caratterizzano per un'alta considerazione di sé, sentono la propria moralità superiore a quella degli altri. Tendono ad approvare, inoltre, le credenze tradizionali circa la superiorità degli uomini e l'inferiorità delle donne e a rigettare, conseguentemente, il femminismo.

A differenza delle concettualizzazioni operate da Altemeyer, attento ad investigare sui seguaci dei potenziali leader (individuando in loro la vera minaccia alla democrazia), la Teoria della Dominanza Sociale concentra, invece, la propria attenzione sui potenziali leader antidemocratici. In particolare, l'Orientamento alla Dominanza Sociale, che costituisce la dimensione più propriamente psicologica della più vasta Teoria della Dominanza Sociale, è intesa come «una variabile individuale che si riferisce al grado in cui gli individui tendono a guardare all'esistenza come ad un gioco a somma zero caratterizzato da un'incessante competizione tra i gruppi sociali, desiderando e supportando la stratificazione sociale ed il dominio dei gruppi "superiori" su quelli "inferiori"» che esprime «il grado in cui uno desidera che il proprio *ingroup* domini e sia superiore agli *outgroup*» (Pratto & al., 1994, p. 742).

L'Orientamento alla Dominanza Sociale è, dunque, inteso dagli Autori come una variabile di personalità che riflette la preferenza che i singoli hanno per relazioni intergruppi gerarchiche vs. non gerarchiche, insieme alla tendenza a fornire supporto al dominio di specifici gruppi su altri. Gli autori postulano che i soggetti maggiormente orientati alla dominanza sociale tendono a favorire politiche volte ad esacerbare le disuguaglianze sociali, mentre coloro che sono meno orientati alla dominanza tendono, al contrario, a favorire politiche che le riducano (Sidanius & al., 2000).

Gli studi su questi temi, sino ad oggi, si sono incentrati sull'analisi della sfera psicosociale tralasciando quella del profondo. Nessuno studio si è, infatti, posto come obiettivo di indagare quali dimensioni psicopatologiche caratterizzano i soggetti autoritari e dominanti.

È a partire da questa assenza che si muove la presente ricerca.

La nostra ipotesi di partenza è che i soggetti narcisisti ed ossessivi-compulsivi si caratterizzino dalla presenza di tratti autoritari e dominanti.

Da dove siamo partiti

Che legame esiste tra il narcisismo e il disturbo ossessivo-compulsivo con l'autoritarismo e la dominanza sociale? Quale *fil rouge* unisce due quadri psicopatologici con due tendenze antidemocratiche? Sono questi i principali interrogativi che hanno avviato le nostre prime riflessioni.

Nonostante l'assenza di studi in letteratura su questi argomenti nel loro insieme, siamo partiti dall'ipotesi che i soggetti narcisisti, dominanti, autoritari e ossessivi-compulsivi dovevano avere qualcosa in comune.

Ma andiamo con ordine.

Il principale *fil rouge* che sembra connettere il narcisismo con l'autoritarismo e la dominanza sociale si chiama *empatia*. L'empatia, ossia la capacità di immedesimarsi transitoriamente nei vissuti dell'Altro, sembra infatti alquanto deficitaria sia nei soggetti narcisisti che in quelle personalità definite autoritarie e dominanti.

Per ciò che concerne le personalità narcisistiche siamo ormai certi come queste si caratterizzino da una bassa empatia. Il narcisista, infatti, troppo centrato sul proprio Ego, non è in grado di sintonizzarsi ampiamente con l'alterità.

D'altro canto, anche le personalità autoritarie e dominanti sembrano caratterizzarsi da un incessante bisogno di pensarsi migliori degli altri; condizione che, inevitabilmente, conduce ad una loro esclusione. Anche gli autoritari e dominanti, pertanto, si contraddistinguono per una scarsa empatia. In particolare, è stato McFarland (2005) a postulare per primo l'esistenza di una correlazione tra la bassa empatia, l'autoritarismo e la dominanza sociale suffragando le sue ipotesi mediante dati empirici.

Sul piano prettamente teorico, questa ipotesi, sembra venire inoltre rafforzata da asserzioni come quella di Grunberger (1993) che descrisse l'antisemitismo come una manifestazione di narcisismo primario, di Rokeach (1947) che considerò l'etnocentrismo come una manifestazione di narcisismo, di Fromm (1941) che distinse tra un grado di narcisismo compatibile con la cooperazione sociale (che l'Autore definisce ottimale) e un narcisismo (definito massimale) caratterizzato dal pregiudizio e dalla distorsione dei giudizi di valore.

E per quanto concerne la relazione tra ossessività-compulsività e autoritarismo e dominanza sociale, qual è il *fil rouge* che li lega? Dal nostro punto di vista, alcune caratteristiche tipiche degli ossessivi-compulsivi (ad esempio: bisogno di controllare ogni cosa, rigidità, testardaggine, scarsa flessibilità cognitiva, obbedienza alle figure genitoriali/autoritarie) sembrano essere dei tratti tipici anche degli autoritari e dominanti. Nessuna verifica empirica si è mossa sino ad ora in questa direzione.

Proveremo a farlo noi.

La ricerca

1. Obiettivi ed ipotesi

Oltre ad indagare le relazioni esistenti tra autoritarismo, dominanza sociale, narcisismo e ossessività-compulsività, ci siamo posti come obiettivo di investigare anche in merito ad ulteriori variabili quali: *genere*, *stato occupazionale* e *orientamento politico*.

Nella fattispecie, abbiamo suddiviso la variabile "genere" in maschile e femminile al fine di analizzare eventuali differenze significative mentre per ciò che concerne la variabile "stato occupazionale", abbiamo operato una differenziazione tra quattro categorie: autonomi, dipendenti, disoccupati ed inoccupati.

A fronte dei risultati ottenuti da Sidanius & Pratto (1999), relativamente ad uno dei tre sistemi di stratificazione sociale di gruppo (quello legato al *genere*), abbiamo avanzato l'ipotesi che i maschi ottengano punteggi più elevati rispetto alle donne in tutte e quattro le scale oggetto dello studio (le scale che misurano il Narcisismo, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, l'Autoritarismo di Destra e l'Orientamento alla Dominanza Sociale).

Allo stesso modo, richiamando, in parte, le intuizioni di Kets de Vries (2001), che vedono l'imprenditore caratterizzato da un basso senso di autostima e di identità, allergico all'autorità, volto a controagire tali sentimenti di inferiorità con iperattività e controllo eccessivo, abbiamo ipotizzato che i punteggi dei lavoratori autonomi, se confrontati con gli altri stati occupazionali (dipendenti,

disoccupati e inoccupati), dovrebbero risultare significativamente più elevati sia nelle misure che indagano i quadri psicopatologici sia nelle scale che misurano le tendenze antidemocratiche.

Coerentemente con i risultati ottenuti da di McFarland (2005), si ipotizza, inoltre, che il narcisismo possa essere un antecedente dell'autoritarismo di destra e dell'orientamento alla dominanza sociale. Crediamo, infatti, che narcisisti, autoritari e dominanti presentino delle caratteristiche accomunanti tra le quali individuiamo sentimenti di onnipotenza e grandiosità, egocentrismo e bisogni di esercitare la leadership.

Ipotizziamo, inoltre, che anche l'ossessività-compulsività possa essere letta come antecedente dell'autoritarismo e della dominanza sociale sulla base dei tratti accomunanti di cui abbiamo scritto sopra.

Infine, relativamente alla parte più sociale della nostra ricerca, avanziamo l'ipotesi che, in linea con la letteratura, i soggetti maggiormente autoritari e dominanti si collochino politicamente verso la parte destra nell'ambito del continuum sinistra-destra.

2. Metodologia

Soggetti

La ricerca è stata condotta con 208 partecipanti di età compresa tra i 19 ed i 66 anni (età media = 32.38; ds = 11.02) ed ugualmente distribuito in base al sesso [Femmine (52%); Maschi (48%)].

Strumenti

Ai soggetti è stata somministrata, oltre ad una scheda anagrafica volta a rilevare l'età, il sesso, e lo stato occupazionale, una batteria di strumenti *self-report* comprendente:

- Narcissistic Personality Inventory (NPI)

La scala proposta da Raskin & Hall (1979) ed adattata in italiano da Montebanocci (2002) è composta da 40 item con modalità di risposta dicotomica. Questa scala permette di ottenere sia un punteggio totale di Narcisismo, sia un punteggio relativo a ciascuna sottodimensione (autorità, esibizionismo, superiorità, sensazione che tutto sia dovuto, sfruttamento interpersonale, autosufficienza e vanità). L'analisi fattoriale, eseguita mediante il metodo delle componenti principali con rotazione Varimax, ha indicato la struttura monofattoriale delle sette sottoscale (Varianza spiegata = 42%; alpha = .81)

- PADUA Inventory (PI)

Per indagare la presenza di tratti ossessivo-compulsivi è stato utilizzato il PADUA Inventory (Sanavio, 1988). Questa scala è costituita da 60 item con modalità di risposta Likert a 5 punti.

Più precisamente, è stata utilizzata la revisione a 5 fattori proposta da Burns, Keortge, Formea & Sternberger L., (1996). Questa versione, infatti, offre la possibilità di ottenere sia un punteggio totale del tratto ossessivo-compulsivo, sia i 5 punteggi delle sottoscale (impulsi, lavaggio, controllo, ruminazione e precisione). Anche in questo caso l'analisi fattoriale delle 5 sottodimensioni indica la presenza di un unico grande fattore (Varianza spiegata = 56,80%; alpha = .89).

- Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA)

I tratti autoritari sono stati indagati dall'adattamento italiano della scala RWA (Altemeyer, 1973) proposta da Giampaglia & Roccato (2002). Lo strumento è costituito da 16 item (i primi due sono considerati di riscaldamento e non concorrono alla formulazione del punteggio totale) con modalità di risposta Likert a 5 punti. L'analisi fattoriale indica una adeguata struttura monofattoriale ed una buona validità di costrutto (Varianza spiegata = 31,20%; alpha = .85).

- Social Dominance Orientation Scale (SDO)

Per indagare l'Orientamento alla Dominanza Sociale è stato somministrato l'adattamento italiano proposto da Di Stefano & Roccato (2005) della scala SDO (Sidanius & Pratto, 1999). Gli Autori propongono una versione breve della scala composta da 8 item con modalità di risposta Likert a 5 punti. Anche in questo caso l'analisi fattoriale indica una buona struttura monofattoriale (Varianza spiegata = 42,50 %; $\alpha = .79$).

- Indice di Orientamento Politico

L'orientamento politico è stato individuato mediante un indice composto da tre misure: un termometro di autocollocazione politica orientato da sinistra a destra, una misura di intenzione di voto ed un indice basato sulla vicinanza ai Partiti. Anche in questo caso è stata effettuata un'analisi fattoriale dei tre indici di orientamento politico, lo *Scree test* di Cattell evidenzia un unico fattore con il 77,57% di varianza spiegata, $\alpha = .88$.

Procedure

La batteria di strumenti è stata somministrata a piccoli gruppi (max 10 persone) all'interno di uno studio privato abbastanza silenzioso, tranquillo e luminoso. Gli strumenti di misura sono stati compilati individualmente ed in modo anonimo e ai soggetti è stato chiesto di compilare una breve scheda anagrafica riguardante il sesso, l'età e il tipo di occupazione svolta. Ai partecipanti è stato riferito che avrebbero collaborato ad una ricerca su alcune tematiche di carattere sociale e personale. Per la compilazione degli strumenti sono stati impiegati mediamente 25 minuti. Prima di iniziare la somministrazione, ogni soggetto veniva invitato a leggere, prestando accurata attenzione alle istruzioni poste nel frontespizio della batteria di test. Nelle istruzioni veniva riportato quanto segue:

«Le chiediamo di leggere attentamente le istruzioni di ciascuna delle prove che seguono e stabilire se esse corrispondono al suo modo di pensare e di valutare. Tenga presente che non esistono risposte "giuste" o "sbagliate": esistono invece modi personali di concepire fatti e persone e noi siamo interessati al fatto che siano proprio questi ultimi ad emergere. Le garantiamo che il questionario è completamente anonimo, che le risposte che fornirà saranno analizzate assieme a quelle di centinaia di altre persone e che i risultati ottenuti saranno impiegati unicamente per finalità di tipo scientifico. La ringraziamo per l'impegno che vorrà mettere nell'eseguire il compito richiesto: segua l'ordine in cui le frasi compaiono, non salti da una parte all'altra del questionario e non ritorni sulle risposte già date».

3. Risultati

L'influenza della variabile «sesso» sui costrutti oggetto dello studio

La differenze tra maschi e femmine per quanto riguarda i punteggi medi ottenuti sia nelle scale NPI, PI, SDO e RWA, che nelle sottoscale NPI e PI è stata indagata mediante analisi della varianza.

Tab. 1 - Analisi della varianza per la variabile «sesso»

Scala	$F_{(1, 204)}$	Sig.
NPI	8,13	.01
PI	1,11	.34
RWA	0,54	.51
SDO	6,87	.02

Come è evidenziato nella tabella 1, esistono differenze significative tra maschi e femmine per i punteggi medi ottenuti nel NPI e nella SDO. Più precisamente, i maschi tendono ad ottenere

punteggi significativamente più alti sia nella scala che misura il narcisismo ($\alpha < .01$) che nella scala che misura l'Orientamento alla Dominanza Sociale ($\alpha < .02$). Inoltre, mediante il medesimo procedimento, sono stati calcolati i valori F relativi ai sottofattori del narcisismo.

Tab. 2 - Analisi della varianza nei sette sottofattori del NPI

Sottofattori del NPI	$F_{(1, 204)}$	Sig.
Autorità	2,23	.19
Esibizionismo	0,46	.55
Superiorità	0,51	.53
Sensazione che tutto sia dovuto	5,22	.045
Sfruttamento interpersonale	14,08	.001
Autosufficienza	10,80	.004
Vanità	0,45	.55

Come si può notare dalla tabella 2, le sottoscale dove risultano coefficienti significativi sono: *sensazione che tutto sia dovuto* ($\alpha = .045$), *sfruttamento interpersonale* ($\alpha = .001$) ed *autosufficienza* ($\alpha = .004$). In altri termini, i maschi tendono ad ottenere, rispetto alle femmine, punteggi più elevati in tutte e tre le sottodimensioni sopraccitate.

L'influenza della variabile «stato occupazionale» sui costrutti oggetto dello studio

Mediante analisi della varianza è stata indagata l'esistenza di possibili differenze tra i punteggi ottenuti tra lavoratori autonomi, dipendenti, disoccupati ed inoccupati per quanto riguarda sia i punteggi medi delle scale NPI, PI, SDO e RWA, sia i punteggi delle sottoscale del NPI e del PI.

Tab. 3 - Analisi della varianza per la variabile «Stato occupazionale»

Scala	$F_{(3, 204)}$	Sig.
NPI	5,74	.005
PI	2,27	.16
RWA	3,63	.043
SDO	1,82	.248

Come è evidenziato nella tabella 3, esistono differenze significative tra i punteggi ottenuti nei differenti stati occupazionali sia per la scala NPI ($\alpha = .005$) che per la scala RWA ($\alpha = .043$). Più precisamente è interessante notare come il lavoratore autonomo ottenga punteggi medi più elevati rispetto alle altre condizioni occupazionali. Il test *post-hoc* indica come significative le differenze che provengono dal confronto tra alcune coppie di condizioni occupazionali. Per quanto concerne la scala NPI, il lavoratore autonomo ottiene punteggi medi significativamente più elevati rispetto ai punteggi ottenuti dal lavoratore dipendente ($\alpha = .05$) e dall'inoccupato ($\alpha = .005$). Per quanto riguarda la scala RWA, il lavoratore autonomo ottiene punteggi significativamente più elevati se confrontati con quelli ottenuti dal disoccupato. Inoltre, mediante il medesimo procedimento, sono stati calcolati i valori F relativi alle sottoscale del NPI.

Tab. 4 - Analisi della varianza nelle sette sottodimensioni del NPI

Sottofattori del NPI	$F_{(3, 204)}$	Sig.
Autorità	7,29	.001
Esibizionismo	0,14	.95

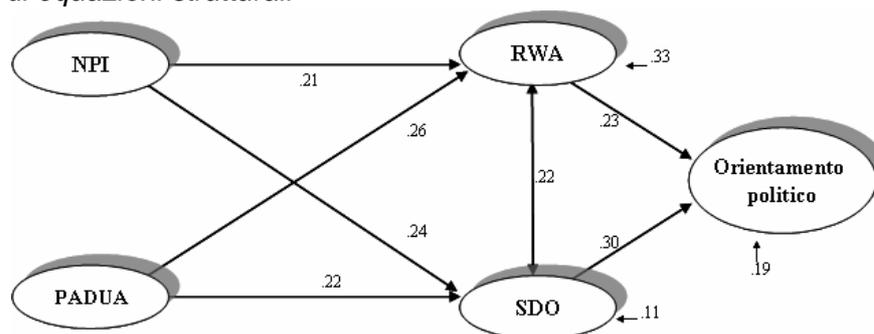
Superiorità	1,34	.38
Sensazione che tutto sia dovuto	1,24	.42
Sfruttamento interpersonale	5,20	.009
Autosufficienza	9,69	.000
Vanità	1,00	.51

Come evidenziato nella tabella 4, differenze significative si presentano nelle sottoscale: *autorità* ($\alpha = .001$), *sfruttamento interpersonale* ($\alpha = .009$), ed *autosufficienza* ($\alpha = .000$). Per quanto riguarda la sottoscala *autorità*, il lavoratore autonomo tende ad ottenere punteggi più elevati rispetto all'inoccupato ($\alpha = .001$). In egual modo, nella sottoscala *sfruttamento*, il lavoratore autonomo tende ad ottenere punteggi più elevati ($\alpha = .01$) se confrontati con i punteggi ottenuti dai lavoratori dipendenti. Infine, per quanto concerne la sottoscala *autosufficienza* il lavoratore autonomo tende ad ottenere punteggi più elevati sia rispetto al lavoratore dipendente ($\alpha = .008$), sia rispetto all'inoccupato ($\alpha = .002$).

Analisi dei rapporti di antecedenza e conseguenza tra i costrutti oggetto dello studio

In seguito viene proposto (Grafico 1) la semplificazione di un modello di equazioni strutturali per variabili latenti e manifeste in grado di delineare i rapporti di causazione tra i costrutti indagati nel presente lavoro.

Graf. 1 - Modello di equazioni strutturali



$\chi^2 = 1259.77$ $df = 658$ $p < .00$

$\chi^2/df = 1.91$ $CFI = .912$ $AGFI = .927$ $SRMR = .040$ $RMSEA = .048$

Il modello, rappresentato in figura 1, mostra tutti i coefficienti strutturali significativi ($\alpha < .05$). In particolare modo, le persone narcisiste, come ipotizzato, tendono ad essere sia dominanti (.24) che autoritarie (.21); in egual modo anche le persone con alti punteggi nella scala di ossessività-compulsività tendono ad essere sia autoritarie (.26) che dominanti (.22). La tendenza autoritaria è correlata (.22) con la tendenza alla dominanza ed insieme predicano ($RWA = .23$) ($SDO = .30$) l'orientamento politico di destra.

In conclusione è stata effettuata, mediante analisi delle regressioni, l'individuazione dei sottofattori del narcisismo e dell'ossessività/compulsività che determinano la tendenza autoritaria e la tendenza dominante.

L'analisi indica che i fattori narcisistici che maggiormente causano la tendenza autoritaria sono: *autorità* ($\beta = -.37$; $\alpha < .000$), *sensazione che tutto sia dovuto* ($\beta = .20$; $\alpha = .012$) e *vanità* ($\beta = .13$; $\alpha = .049$). Per quanto riguarda, invece, i fattori narcisistici che causano, principalmente, la tendenza alla dominanza ritroviamo: *autorità* ($\beta = -.14$; $\alpha = .047$) e *sensazione che tutto sia dovuto* ($\beta = .17$; $\alpha = .040$). Allo stesso modo, i fattori dell'ossessività-compulsività che causano, principalmente, la tendenza autoritaria sono: *lavaggio* ($\beta = .28$; $\alpha = .001$) e *controllo* ($\beta = .20$; $\alpha = .044$). Infine, l'unico fattore dell'ossessività-compulsività che predice la tendenza alla dominanza è *lavaggio* ($\beta = .18$; $\alpha = .049$).

4. Conclusioni

Alla luce dei risultati ottenuti, è possibile asserire, in linea con le nostre ipotesi, che la dimensione psicopatologica ossessività-compulsività, sembra costituirsi quale importante predittore delle tendenze antidemocratiche. Per quanto riguarda la scala del narcisismo, pur mostrando un effetto predittivo delle tendenze antidemocratiche, manifesta nel sottofattore autorità un importante effetto di causazione di segno opposto. Il comportamento di questa scala ci induce, pertanto, a dover approfondire ulteriormente lo studio di tale relazione.

Inoltre, coerentemente con la letteratura, è emerso che elevati punteggi alla *RWA Scale* e alla *SDO Scale* predicono un atteggiamento politico orientato a destra.

Entrando maggiormente nello specifico dei risultati della ricerca, è possibile inoltre formulare altre considerazioni.

Per ciò che concerne la variabile sesso, è emerso come i maschi tendono ad essere maggiormente narcisisti e dominanti rispetto alle femmine. Anche questo dato sembra essere in linea con la letteratura. Ricorderemo, infatti, che tre sono per Sidanius & Pratto i principali sistemi di stratificazione sociale di gruppo: quello basato sull'età (per cui gli adulti hanno più potere sociale rispetto ai bambini ed ai giovani), quello *strutturato sul genere* (per cui i maschi condividono più potere sociale delle femmine) e quelli che definiscono *arbitrary-set system*. Il fatto che i maschi tendano ad occupare ruoli sociali avvantaggiati rispetto alle femmine li porterebbe infatti ad essere tendenzialmente più orientati alla dominanza sociale.

Per quanto attiene lo stato occupazionale, i risultati ottenuti mettono in evidenza che i soggetti autonomi dal punto di vista lavorativo tendono ad essere, in misura maggiore, autoritari e narcisisti rispetto a quei soggetti dipendenti, disoccupati o inoccupati.

Un dato inatteso, che ci ha indotto ad operare alcune riflessioni, è che i soggetti disoccupati presentano punteggi elevati al sottofattore "*sfruttamento interpersonale*". Montebanocci & al., (2002), nel validare il *Narcissistic Personality Inventory*, avevano rilevato che il fattore *sfruttamento interpersonale* correla positivamente con indicatori di sospettosità, ansia e nevroticismo. Questa informazione potrebbe spiegare il nostro dato nella misura in cui è plausibile che i disoccupati possano utilizzare lo *sfruttamento interpersonale* come modalità difensiva per cautelarsi da vissuti di ansia, nevroticismo e senso di frustrazione derivanti dalla loro spiacevole realtà lavorativa.

BIBLIOGRAFIA

Akhtar, S., & Thompson, J.A. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139, 12-20.

Altemeyer, B. (1981). *Right-Wing Authoritarianism*. Winnipeg: University of Manitoba Press.

Altemeyer, B. (1988). *Enemies of Freedom: Understanding Right-Wing Authoritarianism*. San Francisco: Jossey-Bass.

Altemeyer, B. (1996). *The Authoritarian Specter*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (4th ed). (trad. It. DSM-IV, Masson, Milano, 1999).

Balint, M. (1965). *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. (trad. it. L'amore primario, Guaraldi, Rimini, 1973).

Balint, E., & Balint M. (1968). *The basic fault. Thrills and regression*. London: Tavistock, (trad. it. Il difetto fondamentale. In: *La regressione*, Cortina, Milano, 1983).

Burns, G.L., Keortge, S., Formea, G., & Sternberger, L. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive-compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.

- Di Stefano, G., & Roccato, G. (2005). Una banca di item per misurare l'orientamento alla dominanza sociale in Italia. *Testing, Psicometria e Metodologia*, 1, 5-20.
- Emmons, R.A. (1987). Narcissism: Theory and measurement, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 11- 17.
- Fairbairn, W.R.D. (1941). A revised psychopathology of the psychosis and the psychoneuroses. In: Fairbairn W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London. Tavistock, (trad. it. Riesame della psicopatologia delle psicosi e delle psiconevrosi. In: *Studi psicoanalitici della personalità*, Boringhieri, Torino, 1970).
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzissmus. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse* (vol. 6). (trad. it. Introduzione al narcisismo, In: *Opere*, vol. 7. Boringhieri, Torino, 1975).
- Fromm, E. (1941). *Escape from Freedom*. New York: Avon Books, (trad. it. *Fuga dalla libertà*, Mondadori, Milano, 1989).
- Giampaglia, G., & Roccato, M. (2002). La scala di autoritarismo di destra di Altemeyer: un'analisi con il modello di Rasch per la costruzione di una versione italiana. *TPM*, 9(3), 93-111.
- Grunberger, B. (1993). On narcissism, aggressivity and anti-Semitism. *International Forum of Psychoanalysis*, 2, 237-241.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press,. (trad. it. La guarigione del Sé, Bollati Boringhieri, Torino, 1980).
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism*. New York: Norton.
- Masterson, J.F. (1988). *The search for the real self*. New York: Free Press.
- McFarland, S. (2005). *Prejudiced people: Individual differences in explicit prejudice*. Department of Psychology, Western Kentucky University, Kentucky: Bowling Green.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2002). La validazione italiana di uno strumento di misura del narcisismo: il Narcissistic Personality Inventory. in *Ricerche di Psicologia*, (Vol. 25(2), pp. 7-30).
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L.M., & Malle, B.F. (1994). Social dominance orientation: a personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763.
- Raskin, R., & Hall, C.S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Report*, 45, 590.
- Rhodewalt, F., & Morf, C.C. (1995). Self and interpersonal correlates of the narcissistic personality inventory. *Journal of Research in Personality*, 29, 1-23.
- Roccato, M. (2003). *Le tendenze antidemocratiche. Psicologia sociale dell'autoritarismo*. Torino: Einaudi.
- Rokeach, M. (1947). Ethnocentrism and a general mental rigidity factor - a further experiment. *American Psychologist*, 2, 413-414.
- Rosenfeld, H. (1964). On the Psychopathology of Narcissism. A clinical approach. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 332-337.
- Rosenfeld, H. (1965). *Psychotic states: a psychoanalytic approach*. New York: International University Press. (trad. it. Stati psicotici, Armando, Roma, 1965).
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sidanius, J., Levin, S., Liu, H., & Pratto, F. (2000). Social Dominance Orientation, Anti-Egalitarianism and the Political Psychology of Gender: An Extension and Cross-Cultural Replication. *European Journal of Social Psychology*, 30, 41-67.

Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social Dominance*. Cambridge: Cambridge University Press.

Westen, D. (1990). The relations among narcissism, egocentrism, self-concept, and self-esteem: Experimental, clinical, and theoretical considerations. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 13, 183-239.

Winnicott, D.W. (1960). *La distorsione dell'io in rapporto al vero e falso Sè*. (tr.it. in: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1974, pp.177-193).

Valutazione psicologica, psicofisiologica e cortisolo salivare in pazienti con recente infarto del miocardio in trattamento con Alprazolam.

di Carlo Pruneti*, Michele Luisi**

Introduzione

Nell'attuale situazione storico-culturale dell'umanità, allo stress è comunemente riconosciuto un ruolo importante nella genesi ed il mantenimento di disturbi e malattie. Nel linguaggio comune lo stress sta a significare sia l'insieme di forze esterne, potenzialmente nocive, che producono una serie di reazioni biochimiche, somatiche e viscerali nell'organismo, sia l'eventuale risposta (reazione), comportamentale o meno, conseguente o in difesa dello stress medesimo.

Infatti, la parola stress non avrebbe alcun significato se fossero considerate le reazioni dell'organismo a sollecitazioni potenzialmente nocive; pertanto le risposte sono molto individualizzate e coerenti con le singolarità psicobiologiche di ciascuna personalità e il modo in cui un individuo percepisce il significato di un evento è estremamente variabile.

Diversa è la definizione del termine in ambito scientifico: per stress s'intende unicamente la risposta dell'organismo umano ad uno o più eventi (stressor) che ne alterano l'equilibrio omeostatico. Ogni tipo di sollecitazione si presenta come una richiesta di modifica dell'omeostasi che, indipendentemente dalla fonte, sia essa caratterizzata da uno stimolo fisico, chimico o psico-sociale, è sempre associata e mediata da reazioni emotive.

Da questo punto di vista, quindi, è possibile affermare che lo stress è l'espressione di uno sforzo compiuto dall'organismo di fronte ad ogni richiesta di modificare la propria omeostasi. Inoltre lo stress deve essere sempre visto come una risposta psicofisiologica complessa, che riguarda cioè l'intera personalità.

Di per sé il termine "stress" non avrebbe necessariamente un significato negativo o patologico, poiché la sua nocività è legata a diverse variabili quali il tipo di stressor, frequenza, intensità, le condizioni del sistema, la personalità, il contesto etc., tuttavia in psicosomatica, è prevalso l'uso di considerare lo stress come elemento almeno potenzialmente patologico o comunque colorato di una tonalità negativa.

In realtà lo stress, sin dalla sua originaria formulazione (Selye, 1970), fu definito come "risposta aspecifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su quest'ultimo". Per Selye l'intensità dello stress si può misurare solo valutando l'entità della risposta dell'organismo, ed i numerosi cambiamenti prodotti dallo stress costituiscono quella che lui ha chiamato "Sindrome Generale d'Adattamento" (G.A.S.). Con questa risposta l'organismo cerca di adattarsi a diverse condizioni di disequilibrio, cercando di superarle o sopportarle. Le fasi in cui la G.A.S. si svolge sono tre:

- a) reazione d'allarme, la risposta d'attivazione del Sistema Nervoso Vegetativo di Cannon (1932) in cui si manifestano essenzialmente modificazioni di carattere biochimico-ormonale
- b) fase d'adattamento allo stimolo con attivazione del Sistema Nervoso Neuroendocrino e Immunitario in cui l'organismo si organizza in senso difensivo
- c) fase d'esaurimento della risposta in cui si verifica l'incapacità di adattarsi ulteriormente agli stressor.

Lo stress quindi per Selye è da considerarsi adattivo in quanto permette all'organismo, posto di fronte a stressor di varia natura, di mettere in atto risposte fisiologiche che tendono a ristabilire l'equilibrio omeostatico. Selye descrisse successivamente due modelli distinti ed antitetici di stress in base agli effetti che producevano ad ogni livello sull'organismo; egli,

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Parma

** Laboratorio di Fisiopatologia Endocrina del CNR presso la Clinica Ostetrico Ginecologica, Università di Pisa

infatti, definì con la parola "eustress" l'effetto postumo piacevole, desiderabile ed adattivo dello stress, con la parola "distress" l'effetto disadattivo, dannoso, spiacevole (Selye, 1970). Per cui si può parlare di un ruolo positivo dello stress nel senso dell'eustress e di una necessità d'evitamento o di controllo del distress. Da notare che, secondo Cousins (1991), la sperimentazione dell'eustress può addirittura prevenire o bilanciare i negativi effetti del distress.

Ancora Selye, per primo, mise in evidenza che la risposta di stress era essenzialmente caratterizzata dal punto di vista fisiologico, da un'attivazione della corteccia e della midollare del surrene con conseguente produzione di sostanze che lui definì "ormoni dello stress".

Infine, Selye, suggerì la possibilità che la reazione di stress fosse attivata direttamente dagli stimoli emozionali.

Ma la reazione emozionale, a sua volta, non è innescata da qualunque stimolo ma solo da quelli che riescono a penetrare una sorta di filtro, definibile come "valutazione cognitiva" (Biondi, Pancheri & Cotugno, 1987). Ovvio conseguenza di ciò, è che proprio i fattori di tipo cognitivo sono, in ultima analisi, fonte di stress, e questo è vero soprattutto nell'uomo, nel quale ricordi, fantasie, rapporti interpersonali, rappresentano la parte predominante della sua attività psichica.

E' bene a questo punto sottolineare che lo stress, per assumere un ruolo importante nella genesi di alcune malattie, oltre a possedere un'intensità tale da innescare i processi biochimici che sottendono ai vari tipi di risposta, deve essere in grado di produrre, attraverso i meccanismi automatici di controllo dell'organismo, un modello di risposta cronico.

Nell'uomo giocano un ruolo determinante gli stimoli psico-sociali. In qualsiasi tipo di società umana, infatti, ma soprattutto nel modello occidentale, la complessità dei rapporti interpersonali fa sì, a volte, che lo stress da questi causato non sia neutralizzabile. Non solo, in alcuni casi l'agente principalmente responsabile dello stress può non essere così facilmente identificabile, in altri casi ancora, la valutazione cognitiva della situazione può far risultare che la neutralizzazione immediata dello stress, può provocare in un momento successivo, conseguenze ancora più spiacevoli, per cui si può decidere per una dilazione dell'attuazione di schemi comportamentali volti alla riduzione immediata dello stress. Infine, la situazione stressante può essere non esterna ma interna all'individuo. Per quanto riguarda emozioni e sentimenti, va precisato che gli indici fisiologici nell'attivazione emozionale non mutano a seconda che lo stimolo emozionale sia stato positivo o negativo. In altre parole il cuore "batte forte" sia per rabbia che per paura che per amore; in tutti questi casi, infatti, dopo una situazione di iniziale stress acuto, ma, per le emozioni positive si verifica un relativamente rapido recupero, ovvero un ritorno ai valori di base o pre-stress, mentre per le emozioni negative, si rischia una cronicizzazione della risposta disadattiva con conseguente prolungamento dello stato di iperattivazione.

Ne consegue che nell'uomo, specialmente nei paesi occidentali dove tali risposte comportamentali di evitamento o repressione sono quelle prevalenti, il rischio di stress cronico è elevatissimo.

Inoltre, il ruolo dello stress e della relativa attivazione emozionale nell'eziologia di certe malattie è variabile. E' possibile, infatti, che esso rappresenti la causa principale, oppure solo una concausa, o un elemento accessorio o predisponente alla malattia.

La risposta allo stress è infine diversa da persona a persona: stimoli dotati dello stesso potere stressante non provocano necessariamente la stessa reazione in individui diversi, così come condizioni stressanti di varia entità possono indurre la medesima risposta in persone diverse. E' possibile così che uno stress ben tollerato da alcuni individui possa in altri diventare patogeno e provocare disturbi o malattie di vario genere; può verificarsi però anche il contrario, e cioè che l'effetto di uno stimolo di elevato potere stressante per alcuni, possa essere ben tollerato da altri grazie ad una maggiore resistenza "costituzionale" e/o all'acquisizione di adeguate tecniche di autocontrollo (non repressivo).

Ciò significa che l'organismo, pur rispondendo allo stress secondo uno schema biologico predeterminato è in grado di modulare l'entità e il grado della risposta allo stress cui è ripetutamente esposto (Timio, 1980).

L'azione patogena differenziata dello stress, a parità di intensità e durata, è quindi funzione di elementi condizionanti in grado di esaltare o bloccare la risposta allo stress, sia esso rappresentato da fattori interni (costituzione, predisposizione genetica, personalità, età, sesso) che esterni (farmaci, dieta, fumo di tabacco etc.).

La risposta dell'organismo è quindi sempre multimodale, coinvolgendo vari meccanismi sia a livello fisiologico che comportamentale.

La reazione di stress è quindi ora conosciuta come uno dei principali responsabili non solo della malattia cardiovascolare ma anche di numerosi altri disturbi, per cui, riconoscere eventuali segnali precoci quali una sorta di predisposizione naturale o costituzionale ad esibire tale complessa reazione psicofisiologica, diventa sempre più importante per l'opera preventiva, diagnostica e terapeutico-riabilitativa di una larga parte di disturbi e malattie organiche e psichiche.

La letteratura sull'argomento è sempre più concorde nel sostenere che la precoce individuazione di alcuni tipici comportamenti, stili di vita e corrispondenti pattern fisiologici, quali ad esempio modificazioni neurovegetative e neuro-ormonali, sia molto importante per la messa a punto di strategie terapeutiche multidisciplinari.

E' ormai ben noto come alcuni comportamenti, abitudini e stili di vita, così come alcuni tratti di personalità, possano avere un'influenza sullo sviluppo e sul mantenimento di gravi disturbi o malattie, attraverso un particolare pattern di risposta allo stress. Per questo, la precoce individuazione di comportamenti tipici, stili di vita o corrispondenti pattern fisiologici, è molto importante per la messa a punto di strategie terapeutiche multi disciplinari al fine di diminuire il rischio di eventi patologici anche gravi (Selye, 1970; Timio, 1980; Mertens, 1986; Carney et al., 1987). Il modo col quale ciascun individuo controlla le proprie emozioni, sembra quindi giocare uno specifico ruolo nell'eziopatogenesi di molti dei disturbi psicosomatici e delle malattie organiche. Studi prospettici e retrospettivi sinora effettuati, indicano infatti come il grado di espressione o repressione dei propri sentimenti, possa facilitare lo sviluppo di eventi patologici specifici (Rosenman & Friedman, 1977; De Faire & Theorell, 1977; Friedman, 1977; Massing & Angermeyer, 1985). Una particolare attenzione è stata anche rivolta alle risposte fisiologiche elicitate da situazioni stressanti, le quali, al pari di quelle di tipo comportamentale, sembrano indicare la presenza di specifici modelli di risposta fisiologica. Nella letteratura è oggi a disposizione un certo numero di ricerche volte all'identificazione dei profili di risposta psicofisiologica allo stress, nelle quali sono proposte numerose prove ritenute in grado di elicitare significative risposte di attivazione neurovegetativa. Ciò è reso anche possibile dall'utilizzo di sofisticate metodologie di misurazione per la valutazione del pattern di risposta, quali il livello di conduttanza cutanea, la temperatura periferica, la frequenza respiratoria, etc., oppure la variazione, prima e dopo la presentazione di vari stressor, di ormoni quali la Prolattina, il Cortisolo, etc. (Stratton & Halter, 1985; Bohnen, Houx, Nicolson & Jolles, 1990).

Un valido strumento di misurazione delle risposte fisiologiche dell'individuo, che sembra offrire una certa garanzia scientifica, è tutt'oggi rappresentato dal profilo psicofisiologico (Fuller, 1979). Tale metodica permette di rilevare mediante apparecchiature di registrazione fisiologica, interfacciate con personal computer e situate in ambiente controllato, alcuni parametri grazie ai quali i clinici possono acquisire informazioni su vari pattern di reazione e valutare la stabilità o la labilità dell'attività fisiologica a riposo e in condizioni di stress moderato.

Solitamente i parametri fisiologici registrati durante le varie fasi del profilo (riposo, rilassamento, stress, recupero) sono: conduttanza cutanea, attività muscolare, temperatura periferica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e reattività corticale. Si ottiene così, alla fine, una misurazione completa, che ci permetterà non solo di valutare il quadro di autoregolazione fisiologica dell'individuo e quanto quest'ultima sia importante nell'istaurarsi del disturbo ma, anche, qualora emergesse dall'assessment il bisogno di un training mediante Biofeedback, di scegliere quale parametro fisiologico il paziente deve imparare a controllare. La valutazione del profilo psicofisiologico permette quindi di conoscere il livello di

attivazione del soggetto e la sottotipizzazione di diversi pattern di risposta agli stimoli stressanti.

Il profilo psicofisiologico non dovrebbe essere inteso come una procedura utile per una diagnosi descrittiva che, in genere, in campo diagnostico, non presenta grosse difficoltà, quanto piuttosto, uno strumento necessario per meglio interpretare l'attuale equilibrio dinamico dei sistemi di conoscenza del paziente e di elaborazione della informazione, sia a livello tacito (o emozionale), che esplicito (o cognitivo), (Reda, Demontis & Blanco, 1988).

L'attività muscolare viene studiata in psicofisiologia come indice periferico dei processi psicologici che richiedono o si esprimono attraverso contrazioni muscolari: la risposta ad un segnale, l'espressione nei muscoli facciali degli stati emotivi e dei disturbi dovuti a stress, etc. Il complesso di tecniche per la misurazione e registrazione delle variazioni di potenziale elettrico originate dalle contrazioni muscolari si chiama elettromiografia. Il tracciato elettromiografico (elettromiogramma, EMG) rappresenta la registrazione in un dato periodo di tempo dei potenziali di azione muscolari; nelle ricerche di psicofisiologia si usa generalmente una registrazione in superficie, collocando gli elettrodi sull'epidermide (elettromiografia di superficie).

Tali elettrodi, posti a livello dei muscoli frontali in quanto quest'ultimi riflettono la tensione totale del corpo, vengono appositamente situati ad una certa distanza l'uno dall'altro così da registrare le differenze di potenziale elettrico che si producono tra di loro nel tessuto muscolare sottostante e meno vicino. Dunque l'attività EMG della regione frontale è correlata con ansia, tensione ed è stata connessa eziologicamente alla cefalea muscolo tensiva.

I soggetti sofferenti di disturbi tipicamente dovuti allo stress presentano elevati livelli di arousal del sistema nervoso. Ciò implica un aumento della tensione dei muscoli frontali, del ritmo cardiaco, della pressione del sangue, della sudorazione e del raffreddamento delle mani (vasocostrizione), respirazione irregolare ed altre reazioni come un incremento di zuccheri nel sangue.

Oltre che come indice dei livelli di attivazione, l'EMG è stato impiegato come indice di processi cognitivi ed emotivi specifici (Cacioppo & Petty, 1981; Pruneti, Giusti, Boem & Luisi, 2002; Pruneti, 2005).

La tecnica dell'EMG biofeedback è quella che offre al terapeuta la maggior ampiezza di impiego clinico, infatti oltre che nel trattamento dei disturbi psicosomatici, viene utilizzata nelle nevrosi d'ansia, nelle fobie e come tecnica di supporto nella Desensibilizzazione Sistemica.

La conduttanza cutanea, essendo una variabile dell'attività elettrodermica legata al funzionamento delle ghiandole sudoripare innervate dalla branca simpatica del SNA, rappresenta un indice diretto dei processi attentivi ed emotivi, (di attivazione emozionale). La risposta elettrodermica è ormai concordemente riconosciuta come un parametro che fornisce indicazioni significative sullo stato emozionale di un individuo: per cui un suo rapido incremento dal livello basale, che invece fornisce informazioni sullo stato generale di vigilanza, rappresenterebbe un indice attendibile di una risposta d'ansia.

Nelle ricerche psicofisiologiche le misure più comuni delle modificazioni delle caratteristiche della pelle sono la resistenza elettrica cutanea e il suo reciproco la conduttività cutanea; un'aggiunta recente è il potenziale cutaneo.

Le prime due misure vengono ottenute applicando a due punti della cute del soggetto una corrente elettrica continua di debole intensità e misurando le variazioni di voltaggio che si verificano in seguito a varie stimolazioni. La resistenza varia con l'attività delle ghiandole sudoripare: tanto è maggiore la sudorazione, tanto minore sarà la resistenza e viceversa. E' possibile prendere due misure della resistenza elettrica della cute. La prima è la resistenza di base, o livello della resistenza cutanea, la seconda è la risposta della resistenza cutanea, nota anche come risposta galvanica cutanea (GSR). Un secondo metodo di valutazione dell'attività neurovegetativa cutanea è costituito dalla misura delle variazioni di potenziale elettrico che si manifestano periodicamente e spontaneamente tra la cute e l'interno del corpo. Questa misura, denominata SPR (Skin Potential Response), è più fisiologica della precedente in quanto non dipende da una corrente applicata dall'esterno, ma pone problemi

tecniche maggiori per cui è complessivamente meno usata della GSR. Come nel caso della resistenza cutanea, è possibile ottenere due misure: il numero di risposte di potenziale cutaneo e una misura del livello di base.

Sembra infatti utile distinguere tra un'attività di base (componente tonica) ed una di risposta a stimoli discreti (componente basica). Per l'attività tonica si usano le espressioni: livello di conduttanza cutanea o livello di potenziale cutaneo a seconda che la registrazione sia esogena o endogena. Per riferirsi all'attività fasica, si usano le espressioni: risposta di conduttanza cutanea e risposta di potenziale cutaneo.

La conduttanza, reciproco della resistenza, viene espressa in mho, l'inverso grafico dell'unità di misura della resistenza, l'ohm.

Uno dei parametri più studiati tra le risposte vegetative cardiocircolatorie è la frequenza cardiaca, sia per la relativa semplicità delle tecniche di misurazione, ma soprattutto per le importanti implicazioni di natura psicofisiologica e psicosomatica ad essa associate. Già da tempo è risultata essere un sensibile indicatore delle relazioni tra sistema cerebrospinale e SNV e quindi dei rapporti tra comportamento, reazioni vegetative e stimoli dell'ambiente esterno.

Un aumento del diametro dei vasi sanguigni che servono un determinato organo (vasodilatazione) produce un aumento del flusso sanguigno all'interno dell'organo stesso, mentre, una diminuzione del diametro dei vasi (vasocostrizione) riduce la quantità di sangue disponibile per l'organo. La vasocostrizione e la vasodilatazione producono anche modificazioni della temperatura cutanea, la prima con una diminuzione, la seconda con un aumento (Plutchick, 1956).

La frequenza cardiaca è il risultato di una serie di meccanismi fisiologici legati all'attività del Sistema Simpatico (attivatore) e Parasimpatico (inibitore) e pertanto è notevolmente influenzata dallo stress, dall'attività fisica o dalla tensione muscolare, dalla struttura della personalità, dalla motivazione, dallo stato emozionale oltre che dalla grande varietà di patologie organiche.

Elevati livelli di attivazione fisiologica, di ansia anticipatoria e tensione muscolare sono intimamente legati all'aumento della attività e della frequenza cardiaca.

Le modificazioni della frequenza cardiaca vengono generalmente registrate per mezzo di un elettrocardiografo (ECG), che fornisce una traccia dell'attività elettrica della muscolatura cardiaca. Le fasi del ciclo cardiaco visibili ad un tracciato elettrocardiografico sono cinque, indicate rispettivamente con le lettere P, Q, R, S, T, ciascuna delle quali rappresenta una deviazione positiva o negativa dalla linea di base e l'onda R rappresenta la contrazione cardiaca. Sebbene la frequenza respiratoria non costituisca una misura cardiovascolare, quando si registra la frequenza cardiaca si prende anche nota delle variazioni respiratorie; ciò è dovuto al fatto che in alcuni casi le variazioni della frequenza cardiaca possono essere dovute alle modificazioni respiratorie legate all'inspirazione e all'espirazione.

La temperatura cutanea risponde alle modificazioni della temperatura ambientale attraverso un meccanismo di termoregolazione caratterizzato da una dilatazione o contrazione della muscolatura liscia dei vasi sanguigni periferici. L'aumento dell'attività simpatica dei vasi periferici, determina una vasocostrizione che a sua volta produce un abbassamento della temperatura in quei distretti, una riduzione del flusso ematico o una riduzione della pressione periferica.

Nei soggetti normali i valori dell'EMG e GSR, sia al base-line che al training sono correlati positivamente. Ciò significa che ad una diminuzione della tensione muscolare corrisponde una diminuzione della conduttanza cutanea, considerata come indice dell'Arousal autonomo. Infatti la risposta elettrodermica è ormai concordemente riconosciuta come parametro che fornisce indicazioni significative sullo stato emozionale di un individuo: per cui un suo rapido incremento dal livello basale, che invece fornisce informazioni sullo stato generale di vigilanza, rappresenterebbe un indice attendibile di una risposta d'ansia. Sempre nel gruppo dei normali, ad una risposta di rilassamento, si ha un aumento della temperatura (EMG-TEMP correlati negativamente) e ad una diminuzione dell'attività elettrodermica un aumento di temperatura (GSR-TEMP correlati inversamente). Infatti ad una diminuzione del

tono muscolare corrisponde abbassamento dell'attività elettrodermica per una maggiore vasodilatazione si ha un aumento della temperatura periferica.

Durante tutte le fasi che compongono il P.P.F. vengono continuamente registrati i valori dei parametri fisiologici.

Si avrà così una misurazione completa che permetterà di valutare quanto le capacità di autoregolazione fisiologica siano compromesse.

Metodo

I pazienti che avevano avuto un primo episodio di infarto del miocardio venivano assegnati casualmente a due gruppi: trattati e non trattati. In realtà, contrariamente a quanto riportato in letteratura riguardo alla ovvia diversità intersoggettiva relativa ai livelli e fluttuazioni dei parametri psicofisiologici, non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi conseguentemente al calcolo del t di Student.

Il gruppo trattato era composto da 26 soggetti (F=6 e M=20) di età compresa tra i 39 e i 66 anni (età media $54,3 \pm 6,4$).

Tutti i soggetti venivano consecutivamente esaminati presso il centro di Psicologia Clinica del dipartimento di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Universitario Santa Chiara a Pisa. Gli stessi soggetti, dimessi dal reparto di Medicina Cardiovascolare nel quale erano stati ricoverati per un periodo che durava dai sette ai 16 giorni stavano effettuando, in questa sede, i controlli di routine.

Tutti i pazienti venivano consigliati riguardo la necessità di valutare gli aspetti psicosociali dello stress e di testare i fattori di rischio individuale nei confronti della patologia ischemica.

Consequentemente, ogni soggetto veniva incoraggiato a porre quesiti circa il comportamento da adottare e, in generale, particolare relativamente alla vita sociale, alla reintegrazione in ambito professionale e familiare, agli effetti dell'invecchiamento, diete, etc. tutti aspetti che gli infartuati devono fronteggiare.

Uno Psicologo e un Cardiologo conducevano il colloquio insieme. La terapia basata sulle Benzodiazepine venne quindi proposta solo al gruppo trattato al quale si specificò che, quest'ultimo, non era che un aspetto supplementare al trattamento base.

Tutti i pazienti ricevettero dei diari che avrebbero dovuto compilare quotidianamente, inoltre, essi vennero incoraggiati a contattare il centro di Medicina Cardiovascolare o quello di Psicologia Clinica ogni volta che lo ritenessero necessario.

Poiché i soggetti dovevano ripetere gli esami di controllo cardiovascolare dopo circa 30 giorni, fu scelto che il periodo di somministrazione del farmaco avesse la medesima durata temporale.

La Benzodiazepina fu somministrata ad ogni paziente due volte al giorno con un dosaggio di 0,5mg.

Il gruppo di controllo (Soggetti non trattati) si componeva di 26 pazienti (F=9 e M=17) aventi le stesse caratteristiche del gruppo sperimentale, di età tra i 44 e i 65 anni (età media $55,6 \pm 4,6$).

Tutti i soggetti presenti nel campione di controllo effettuavano gli stessi esami Psicologici e Cardiologici a cui si sottoponeva il campione sperimentale.

Criteri di Inclusione ed Esclusione. I soggetti che ricevevano terapie ormonali e anti-ipertensive erano esclusi da entrambi i campioni.

Inoltre, nessuno dei soggetti doveva riportare segni di ipo o iperattivazione (malattia di Addison o Cushing), di ipertiroidismo, obesità o fossero in trattamento per sindromi depressive.

Valutazione Psicologica Dello Stato Attuale. Fu somministrato il Crown and Crisp Experiential index (CCEI) dopo il primo colloquio e in occasione dell'ultima visita. Il punteggio

ottenuto risulta suddiviso in sei scale (ansia libera fluttuante, ansia fobica, comportamenti ossessivi, sintomi somatici, depressione, discontrollo emotivo) più un punteggio totale, che è solitamente considerato un buon indice di nevroticismo generale.

Valutazione Psicofisiologica. I profili Psicofisiologici sono stato registrati pre e post trattamento ed effettuati alle quattro del pomeriggio attraverso la seguente procedura: fase di adattamento (5-7 minuti), riposo (8 min), presentazione dello stress (8 min), recupero (6 min) Adattamento: dopo aver spiegato la procedura e posizionato tutti gli elettrodi, l'operatore attende che i valori fisiologici si stabilizzino (5-7 min). Durante questo periodo di tempo i valori sono monitorati ma non registrati.

Linea di base: monitoraggio di tutti i parametri psicofisiologici a riposo (8min)

Presentazione dello stress: presentazione dell'MST (8 min)

Recupero: durante questa fase si attende che i valori di tutti i parametri misurati, ritornino ai livelli di Base-line; i pattern risultanti sono quindi monitorati e registrati (6 min).

La registrazione Psicofisiologica è stata effettuata usando un macchinario a otto canali di uscita il Biolab 104 C,PT 711 (Prodotto dalla SATEM, ROMA), interfacciato con un PC IBM compatibile.

I seguenti parametri sono stati continuamente monitorati:

- Conduttanza cutanea (CC): misurata sulla mano dominante tramite l'utilizzo di elettrodi placcati in oro con una superficie di 1 cmq posti su indice e anulare.
- Elettromiografia del muscolo frontale (EMG): rilevata da tre elettrodi di 14 mm di diametro fatti di metallo inalterabile. Gli elettrodi vanno piazzati a 4,5 cm di distanza uno dall'altro, quello che rappresenta la massa va posto tra i due sensori attivi, al centro della fronte del paziente.
- La temperatura periferica (TP) è stata rilevata grazie all'utilizzo di un circuito integrato e di un elettrodo posto appena sopra l'eminanza tenar della mano dominante per il monitoraggio delle variazioni di temperatura in un range di 0,01 gradi centigradi
- Frequenza cardiaca (FC): per la cui misurazione è stato utilizzato un optoriflettore posto sulla superficie della pelle ed in grado di rilevare le variazioni del flusso sfingico.
- La frequenza respiratoria (FR): rilevata con l'utilizzo di un laccio sottile, correttamente piazzato attorno all'addome o al bacino del Paziente.

Tutti i pazienti sono stati esaminati in posizione semi-reclinata, la registrazione avveniva in una stanza con una temperatura tra i 18 e i 22 gradi centigradi ed un'umidità non superiore al 50%.

Test di stress mentale: è stata usata una versione computerizzata del CPM47. In questa versione è stato stabilito un limite di tempo equivalente a 30s per la presentazione di ciascuna figura ed è stata introdotta una serie di stimoli visivi ed acustici con funzione distraente.

Questa particolare procedura, richiedendo un livello di concentrazione maggiore, è stata effettuata allo scopo di aumentare la difficoltà della prova, infatti, i soggetti dovevano prestare attenzione a sei stimoli contemporaneamente.

Misurazione del cortisolo: per ottenere una misura giornaliera della secrezione di cortisolo, il campione di saliva per rilevare tale ormone veniva prelevato alle 8.00 del mattino, alla 4.00 del pomeriggio (tre campioni di saliva in 3 fasi: linea di base, presentazione dello stress, recupero) e, da ultimo, alle 11.00 di sera.

Prima di essere analizzati i campioni di saliva sono stati conservati ad una temperatura di - 20 gradi centigradi.

Sono state rispettate le procedure riportate sulle istruzioni del Kit per la rilevazione: 25 ml dei 7 standard (contenenti 0, 10, 50, 100, 200, 500, 800 mg/l di cortisolo), 25 ml per il controllo standard di qualità e 100 ml dell'ormone venivano miscelati all'interno di una fiala contenente un liquido di contrasto per il cortisolo.

Successivamente è stato aggiunto un ml di cortisolo a ciascuna provetta e, dopo averlo mescolato, è stato lasciato in una stanza con temperatura adeguata per 90 min.

Il liquido è stato infine aspirato mentre la porzione di cortisolo rimasta sul fondo della provetta insieme all'anticorpo è stata depositata per un minuto in un apposito contenitore.

Per minimizzare il rischio di variabilità dei risultati, tutti i campioni per ciascun soggetto sono stati analizzati in un'unica volta.

Il dosaggio radioimmunologico designato per determinare la quantità di cortisolo nell'uomo è stato usato per la valutazione del Cortisolo salivare.

Dopo circa 5 settimane (una media di 36.2, in un range di 33-42 giorni) tutti i pazienti sono stati sottoposti alla stessa procedura di valutazione, è stato nuovamente somministrato il Crown Crisp Exsperiential Index (CCEI), hanno effettuato una registrazione psicofisiologica ed una valutazione del cortisolo salivare.

Analisi Statistica: l'analisi delle Statistiche descrittive (valori medi e Deviazioni Standard) per tutti i punteggi ottenuti ai vari test è presentata in tabella 1.

L'analisi della varianza (ANOVA) è servita a rilevare differenze significative tra il gruppo di pazienti trattati e non trattati relativamente ai parametri considerati.

Questa procedura di analisi è servita a confrontare i valori misurati prima e dopo il trattamento con Alprazolam per tutte le variabili misurate ed anche per comparare il gruppo sperimentale (trattati) con quello di controllo (non trattati).

Risultati

Crown and Crisp Exsperiential Index: in tabella 1 sono visibili i valori medi e le relative Deviazioni Standard ottenuti ai punteggi del CCEI prima e dopo il trattamento con Alprazolam.

Nel gruppo sperimentale i punteggi ottenuti dopo il trattamento (valori medi e Deviazioni Standard) sono considerevolmente più bassi rispetto a quelli ottenuti prima del trattamento.

Quest'ultima considerazione può essere interpretata come un generale spostamento verso l'omogeneità dei punteggi ottenuti dopo la somministrazione del farmaco (riduzione della variabilità interindividuale) specialmente per quanto attiene ai punteggi relativi ad ansia e sintomi correlati alla Depressione.

L'analisi della varianza ha confermato che i punteggi relativi a 4 delle sei scale appartenenti al CCEI insieme al punteggio totale decrescono significativamente dopo il trattamento e, inoltre è possibile notare una diminuzione molto significativa ($p < 0.001$) dei valori riportati alle scale Ansia e Depressione nel medesimo test.

Nel gruppo di controllo, invece, si nota un abbassamento significativo ($p < 0.05$) solo per quanto riguarda il punteggio dell'Ansia mentre a tutte le altre scale i valori rimangono comunque troppo elevati.

L'effetto dovuto al trattamento è visibile in figura 1. Il grafico mostra chiaramente che i pazienti facenti parte del gruppo sperimentale, dopo il trattamento farmacologico, hanno riportato valori relativi ad Ansia, Depressione, Fobia e Sintomi Somatici tipici di una popolazione normale a cui è stato somministrato lo stesso reattivo psicodiagnostico.

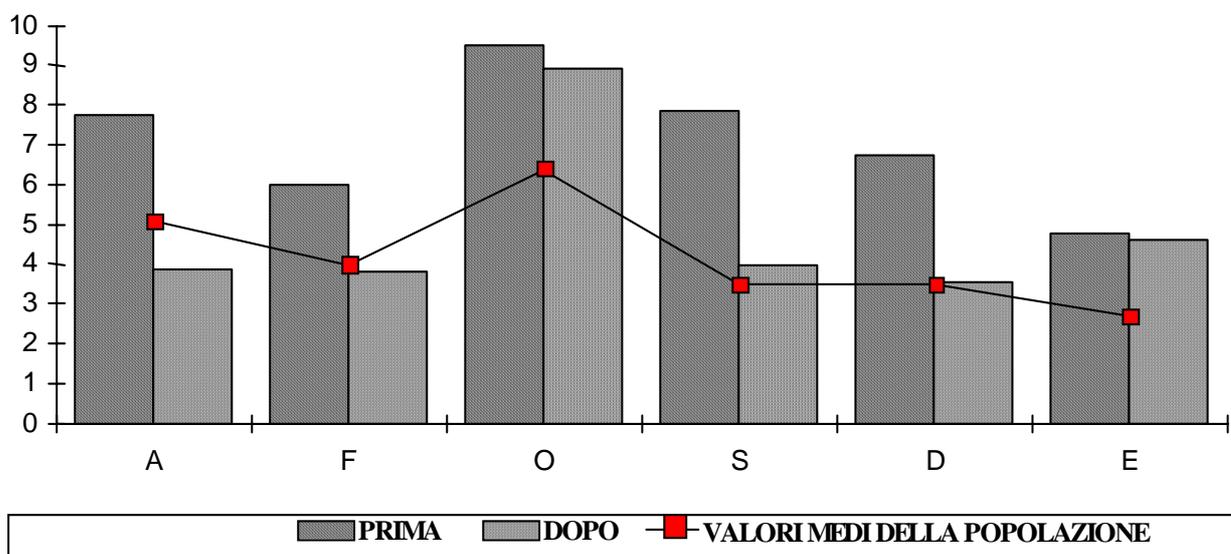
In altre parole: "Punteggi Normali."

Tabella 1: Crown and Crisp Experiential Index : Valori Medi (Deviazioni standard) e ANOVA (between conditions) prima e dopo il trattamento

	Trattato			Non Trattato		
	Prima	Dopo	F	Prima	Dopo	F
A	7.78 (±3.29)	3.89 (±1.72)	20.91***	8.18 (±3.14)	5.77 (±2.13)	7.23*
F	6.62 (±2.24)	3.84 (±2.16)	8.35**	5.3 (±2.7)	4.9 (±1.75)	4.02
O	9.52 (±2.03)	6.94 (±2.41)	6.57*	9.78 (±3.4)	9.89 (±2.5)	1.97
S	7.84 (±3.46)	3.97 (±2.18)	8.40 *	8.1 (±2.9)	8.8 (±2.1)	4.66
D	6.78 (±2.52)	3.57 (±1.26)	24.51**	7.96 (±3.01)	6.8 (±2.2)	2.33
E	5.1 (±2.49)	4.63 (±2.06)	1.73	4.41 (±1.83)	5.78 (±2.01)	2.87
TOT	42.88 (±10.84)	29.63 (±6.52)	6.38*	43.52 (±7.94)	41.37 (±6.6)	3.37

Legenda: A = Ansia Libera Fluttuante; F = Ansia Fobica; O = Ossessività
 S = Sintomi Somatici; D = Depressione; E = Emotività Espresa; TOT = Punteggio Totale
 *p<.05 ** p<.01 ***p<.001

Fig.1, Crown and Crisp Experiential Index, confronto prima - dopo trattamento



Legenda: A=Ansia Libera Fluttuante; F=Fobia; O=Ossessività; S=Sintomi Somatici; D=Depressione; E=Emotività (discontrollo).

Profilo Psicofisiologico. La tabella 2 mostra i dati riguardanti il gruppo di soggetti trattati che, durante il Baseline, presentano un decremento significativo nella conduttanza cutanea (F=30.67, p<0.01), con una tendenza analoga, anche se più blanda, nella tensione del muscolo frontale e nella frequenza respiratoria, mentre, sia la temperatura periferica che il battito cardiaco subiscono un lieve incremento. Inoltre, relativamente ai valori registrati durante la fase di presentazione dello stress, si nota una diminuzione significativa,

confrontando i valori pre- e post- trattamento, nella conduttanza cutanea ($F=24.19$, $p<0.01$), nell'elettromiografia del muscolo frontale ($F=8.66$, $p<0.01$) e nelle frequenza cardiaca ($F=7.62$, $p<0.01$). Questo potrebbe suggerire che l'intervento con il farmaco favorisce il decremento dei suddetti parametri. La frequenza respiratoria si mantiene sostanzialmente stabile, mentre il valor medio della temperatura periferica aumenta in maniera significativa ($F=6.79$, $p<0.05$).

La tabella 3 presenta i dati riguardanti il gruppo dei soggetti non-trattati. Come è facilmente osservabile, nessuno dei parametri del Baseline ha subito un'alterazione sostanziale tra il pre e il post trattamento. Come ci si aspettava i valori tendono ad incrementare nella fase di stress, l'unico parametro che, invece, subisce un decremento è la temperatura periferica.

Nel gruppo di controllo non sono state riscontrate differenze significative né per quanto riguarda la fase di riposo, né per quanto attiene alla fase di stress.

Al confronto tra gruppi non si sono rintracciate differenze significative nella fase di recupero.

Tabella 2: Profilo Psicofisiologico durante baseline: Valori Medi (Deviazioni standard) e ANOVA (beetwen conditions) Prima e Dopo 30 giorni di trattamento.

	Gruppo Trattato			Gruppo Non Trattato		
	Media (\pm DS)			Media (\pm DS)		
	Prima	Dopo	F	Prima	Dopo	F
SCR	13,12 (\pm 6.48)	7.18 (\pm 3.01)	30.67**	12.23 (\pm 5.64)	11.48 (\pm 6.59)	.207
EMG	5.11 (\pm 1.76)	4.18 (\pm 1.20)	2.89	4.57 (\pm 1.73)	4.14 (\pm 2.61)	1.67
PT	32.2 (\pm .86)	33.05 (\pm .55)	1.8	32.15 (\pm .92)	32.57 (\pm .99)	.219
HR	67.31 (\pm 6.56)	68.47 (\pm 3.74)	4.36	66.84 (\pm 4.91)	62.5 (\pm 9.03)	.430
RR	1.75 (\pm .45)	1.65 (\pm .28)	4.08	1.96 (\pm 1.96)	1.74 (\pm .73)	1.135

Legenda: SCR = Risposta della Conduttanza Cutanea; EMG = Tensione Muscolare; PT= Temperatura Cutanea Periferica; HR = Frequenza Cardiaca; RR = Frequenza Respiratoria
* $p<.05$ ** $p<.01$

Tabella 3: Profilo Psicofisiologico durante la Presentazione dello Stress: Valori Medi (Deviazioni standard) e ANOVA (beetwen conditions) Prima e Dopo 30 giorni di trattamento.

	Gruppo Trattato			Gruppo Non Trattato		
	Media (\pm DS)			Media (\pm DS)		
	Prima	Dopo	F	Prima	Dopo	F
SCR	19.33 (\pm 6.83)	13.45 (\pm 3.77)	24.19**	18.48 (\pm 2.12)	18.08 (\pm 5.84)	.187
EMG	8.99 (\pm 2.31)	7.18 (\pm 2.43)	8.66**	7.14 (\pm 1.74)	6.84 (\pm 2.76)	.812
PT	30.70 (\pm .81)	31.88 (\pm .67)	6.79*	30.57 (\pm 1.08)	30.19 (\pm .84)	2.989
HR	86.15 (\pm 10.72)	80.12 (\pm 6.14)	7.62*	82.57 (\pm 6.27)	84.57 (\pm 8.6)	1.368
RR	2.58 (\pm .53)	2.20 (\pm .39)	3.18	2.72 (\pm 0.91)	2.66 (\pm 2.32)	.578

Legenda: SCR = Risposta della Conduttanza Cutanea; EMG = Tensione Muscolare; PT= Temperatura Cutanea Periferica; HR = Frequenza Cardiaca; RR = Frequenza Respiratoria
* $p<.05$ ** $p<.01$

Cortisolo salivare. La valutazione dei risultati ottenuti appare molto complessa a causa della grossa variabilità interindividuale dei risultati osservati. I dati in tabella 4 mostrano un abbassamento statisticamente significativo di cortisolo durante la fase di recupero, rilevata dal PPF relativamente al gruppo trattato. Questo risultato, così netto ed importante, sarà chiarito e commentato nelle Discussioni.

Tabella 4: Cortisolo salivare (g/l) – Valori Medi (Deviazioni Standard) e ANOVA (between conditions) Prima e Dopo il trattamento.

	Gruppo Trattato			Gruppo Non Trattato		
	Media (\pm DS)		F	Media (\pm DS)		F
	Prima	Dopo		Prima	Dopo	
<i>Zenit</i>	9.34 (\pm 6.52)	8.11 (\pm 4.89)	2.65	10.66 (\pm 6.91)	10.38 (\pm 4.66)	11.97
<i>Adattamento</i>	4.59 (\pm 5.42)	4.67 (\pm 4.4)	9.21	5.32 (\pm 4.46)	4.86 (\pm 4.59)	7.39
<i>Baseline</i>	4.24 (\pm 5.64)	3.4 (\pm 2.72)	4.32	4.91 (\pm 5.01)	4.2 (\pm 3.57)	3.55
<i>Stress</i>	7.6 (\pm 5.71)	6.18 (\pm 2.87)	6.82	8.18 (\pm 4.84)	6.93 (\pm 2.79)	.57
<i>Recupero</i>	7.54 (\pm 7.57)	5.03 (\pm 2.23)	16.37**	6.59 (\pm 3.96)	6.05 (\pm 2.79)	7.44
<i>Nadir</i>	3.51 (\pm 6.09)	2.62 (\pm 3.87)	6.57	2.5 (\pm 3.77)	2.94 (\pm 1.98)	2.17
**p<.01						

Discussione

Il presente studio ha cercato di valutare il comportamento, i parametri psicofisiologici, le risposte endocrine correlate allo stress in un gruppo di soggetti recentemente colpiti da infarto miocardico. Tali variabili sono state valutate analizzando molteplici parametri prima e dopo il trattamento con benzodiazepine, allo scopo di monitorare l'impatto del farmaco sugli stessi. Per ottenere dati maggiormente attendibili è stato introdotto un gruppo di controllo da confrontare con il gruppo trattato. I pazienti del gruppo sperimentale sono stati sottoposti a trattamento con benzodiazepine per 30 giorni. In questi soggetti si è notato un abbassamento significativo dei parametri psicofisiologici tra la fase pre- e post-trattamento, ciò a conferma del benefico effetto della terapia a base di benzodiazepine.

Per quanto attiene i dati comportamentali, i risultati nel gruppo trattato mostrano chiaramente una diminuzione notevole negli indici ansioso-depressivi e nei sintomi somatici. Per quanto concerne il PPF, la conduttanza cutanea è risultata essere il parametro fisiologico più sensibile per la valutazione degli effetti del trattamento ($F=30.67$, $p<0.01$). Considerando che la conduttanza cutanea è correlata con i livelli di vasocostrizione periferica, esso rappresenta uno dei più chiari indici di iperattività adrenergica.

Questi dati consentono di concludere, quindi, che è stato raggiunto dopo il trattamento un livello inferiore di arousal autonomico, e quindi segnali di stress cronico.

Comunque non si deve sottovalutare l'importanza della diminuzione della frequenza cardiaca e della tensione del muscolo frontale durante la fase di Stress, anche se sembra difficile interpretare esclusivamente questo dato come un effetto secondario della tensione, dello sforzo e dello stress mentre si esegue il compito. D'altra parte, anche il lieve incremento nella temperatura periferica, insieme al trend della conduttanza cutanea, può essere interpretato come di un indice di un livello più basso di vasocostrizione periferica.

Come si è già detto, i dati relativi alla cortisolemia sono di difficile interpretazione a causa dell'ampio *range* dei valori rilevati ed è precisamente per questa ragione che il relativo decremento è così interessante. È infatti noto che in ogni funzione fisiologica un ritorno ai

valori di riposo insufficiente o addirittura assente possa essere considerato come uno dei segni maggiormente indicatori di stress cronico; una diminuzione significativa nell'ormone dello stress, proprio durante la fase di recupero, potrebbe essere interpretato come un ulteriore indice di una minore attivazione adrenergica. Uno dei fattori cruciali della valutazione tramite profilo psicofisiologico è la rilevazione delle differenze nel livello di ciascun parametro relativamente alle tre fasi (Baseline-Stress-Recupero). Ciò potrebbe essere misurato non solo grazie a variabili autonome ma anche attraverso il monitoraggio di tutti quei processi controllati e mediati dall'asse adeno-ipotalamico così come da un incremento dei livelli di cortisolo. È assolutamente importante notare come i soggetti trattati mostrino una significativa inibizione della secrezione di cortisolo durante la fase di recupero del PPF. Questi risultati, specialmente in relazione all'estrema variabilità interindividuale dei livelli di cortisolo sierico, accentuano l'influenza positiva che ha la terapia a base di benzodiazepine sulla gestione dello stress cronico. Il presente studio mostra che le benzodiazepine aiutano a ridurre significativamente a ridurre alcuni comportamenti, alcuni segnali di stress psicofisiologico e ormonale, sia nella fase di Baseline sia durante il MST in un gruppo di soggetti che hanno recentemente accusato un infarto miocardico. Questi risultati mostrano un generale decremento dei livelli di stress per quei soggetti così come un generale abbassamento dell'attivazione adrenergica. Comunque nonostante il presente studio non sia stato condotto in doppio cieco esso presenta alcuni limiti da tenere in considerazione: innanzitutto non sono disponibili i dati concernenti un possibile effetto placebo dovuto sia al farmaco stesso sia a un setting psicologicamente confortevole e rassicurante, secondariamente un campione così ristretto di soggetti non può garantire la generalizzabilità dei risultati ottenuti nel presente studio. Nonostante ciò, poiché l'effetto inibente delle benzodiazepine sui livelli di attivazione adrenergica è già stato dimostrato in precedenti studi, questo è un importante risultato proprio perché ottenuto entro un setting sperimentale e clinico che dovrebbe incoraggiare ulteriori ricerche che includano studi di follow up al fine di confermare questi risultati in maniera longitudinale.

Bibliografia

Avis, N.E., McKinlay, J.B. & Smith, K. W. (1990). Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behavior?. *American Journal of Preventive Medicine*; 6: suppl., 3:137-144.

Biondi, M., Pancheri, P. & Cotugno, A. (1987). Personalità e coping styles nella risposta immunitaria dei linfociti T in condizioni di stress emozionale. *Rivista di Psichiatria*, 22 (1), 1-10.

Bohnen, N., Houx, P., Nicolson, N. & Jolles, J. (1990). Cortisol reactivity and cognitive performance in a continuous mental task paradigm. *Biological Psychology* 31, 107-116.

Brambilla, F., Bellodi, L., Perna, G. & Garberi, A. (1993). Psychoneuroendocrine aspects of panic disorder, a stress - like disease. *Journal Of Endocrinological Investigation* ; 16, Suppl. 1: 52- 67.

Cacioppo, J.T. & Petty, R.E. (1981). Electromyograms as measures of extent and affectivity of information processing, *American Psychologist*, 36(5), 441-456.

Carney, R. M., Rich, M. W., Tevelde, A., Saini, J., Klark, K., Jaffe, A. S. (1987). Major depressive disorder in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 60,1273 -1275.

Cousins, N. (1991). Anatomy of an illness (as perceived by the patient). In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds), *Stress and coping: An anthology (3rd ed.)* (pp. 48-61). New York, NY, US: Columbia University Press.

Crisp, A.H., Priest, R.G. (1971). Psychoneurotic profiles in middle age. *Brit. J. Psychiat.*. 21: 119-128.

- Crown, S. & Crisp, A.H. (1970). *Manual of the Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)*. Psychological Test Publications; Barnstaple, Devon, 67-91.
- Crown, S., Duncan, K.P. & Howell, R.W. (1970). Further evaluation of the Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ). *Brit. J. Psychiat.*, 31, 116-118.
- Crown, S., Lucas, C.J. & Supramaniam, S. (1973). Delineation and measurement of study difficulty in students. *Brit. J. Psychiat.*, 33, 123-129.
- De Faire, U. & Theorell, T. (1977). Life changes and myocardial infarction. *Preventive Medicine*, 6, 302-311.
- Delle Chiaie, R., Carmenini, G., Seripa, S., et al. (1992). Stress psicologico e modificazioni di pressione arteriosa, frequenza cardiaca ed elettrocardiografiche in un gruppo di cardio-pazienti funzionali: uno studio controllato. *Medicina Psicosomatica*, 27, 29-49.
- Fisher, L. A. (1989). Corticotropin-releasing factor: endocrine and autonomic integration of responses to stress. *Tips*, 10, 189-194.
- Frank, C. & Smith, S. (1990). Stress and the heart: biobehavioral aspects of sudden cardiac death. *Psychosomatics*, 31(3), 255-263.
- Friedman, M. (1977). Some pathophysiologic phenomena observed in subjects exhibiting type A behaviour. In: T. Mason (Ed.), *Advancemrnt Heart disease* (111-143), New York: Grune & Stratton.
- Fuller, G.D. (1979). *Biofeedback methods and procedures in clinical practice*. San Francisco: Biofeedback Press.
- Galeazzi, A., Castelli, G. & Saccomani, M. V. (1979). Contributo alla taratura italiana delle PM 47 per soggetti in età dai 4 agli 11 anni (forma ad incastro e forma a quaderno). *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 152, 79-81.
- Hubert, W. Jong & Meyer, R. (1990). Autonomic, neuroendocrine, and subjective responses to emotion-inducing film stimuli. *International Journal Of Psychophysiology*, 11, 131-140.
- Hubert, W., Jong & Meyer, R. (1992). Saliva cortisol responses to unpleasant film stimuli differ between high and low trait anxious subjects. *Neuropsychobiology*, 25, 115-120.
- Kirschbaum, C., Steyer, R., Eid, M., Patalla, U., Schwenkmezger, P., & Hellhammer, D. H. (1990). Cortisol and behavior: 2. application of a latent state - trait model to salivary cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 15(4), 297-307.
- Kirschbaum, C., Strasburger, C. J., Jammers, W. & Hellhammer, D. H. (1989). Cortisol and behavior: adaptation of a radioimmunoassay kit for reliable and inexpensive salivary cortisol determination. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*, 34, 747-751.
- Lehnert, H., Beyer, J., Walger, P., Murison, R., Kirschbaum, C. & Hellhammer, D. H. (1989). Salivary cortisol in normal men: the effects of corticotropin-releasing factor and different psychological stimuli. In H. Weiner, I. Florin, *Frontiers Of Stress Research*.
- Lehnert, H., Rohrer, T., Richthofen, V., Shulz, C., & Beyer, J. (1993). Effects of the triazolo-benzodiazepine alprazolam on the stress and crh induced activation of the pituitary-adrenal axis. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 16: Suppl. 1. 8, 22: 100-111.
- Manhem, K., Jern, C., Pilhall, M., Shanks, G. & Jern, S. (1991). Haemodynamic responses to psychosocial stress during the menstrual cycle. *Clinical Science*, 81, 17-22.
- Massing, W. & Angermeyer, M. C. (1985). Myocardial infarction on various days of the week. *Psychological Medicine*, 15, 851-857.

- McLeod, D.R., Hoehn-Saric, R., Porges, S.W. & Zimmerli, W.D. (1992). Effects of alprazolam and imipramine on parasympathetic cardiac control in patients with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology*, 107, 535-540.
- Mertens, C. (1986). Psychological etiology in cardiovascular disorders. Basic findings and new trends. *Acta Psychiatrica Belgica*, 86, 5-21.
- Nardella, R. (1979). *Un questionario di personalità a scale cliniche: il Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.)*. Firenze: O.S. pp. 26-29.
- Pruneti C. A., Giusti M., Boem A. & Luisi M., (2002). Behavioral, psycho-physiological and salivary cortisol modifications after short-term alprazolam treatment in patients with recent myocardial infarction, *Italian heart journal: official journal of the Italian Federation of Cardiology*, 3(1), 53-9.
- Pruneti C.A., L'Abbate A. & Steptoe A. (1993). Personality and Behavioral changes, in patients after myocardial infarction. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 18, 37-51.
- Pruneti, C. (2005). *Manuale di Diagnostica e Clinica Psicologica*. Parma, Ed. Santa Croce.
- Pruneti, C. A., Vogele, C. & Steptoe, A. (1991). Stress e disturbi cardiovascolari. Problemi metodologici nell' utilizzo della tecnica dello stress mentale (Mental Stress Test). *Medicina Psicosomatica*, 36, 343-356.
- Pruneti, C.A. (1985). Dati normativi del test PM 47 coloured su un campione di bambini italiani. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 176, 27-35.
- Pruneti, C.A. (1994). Presentazione e valutazione psicofisiologica di una nuova versione computerizzata del test PM 47 Coloured di Raven. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 210, 41-48.
- Pruneti, C.A. (1995). Psychophysiological response in healthy subjects and in patients after myocardial infarction elicited by a new computerized version of the Raven Coloured PM 47 as mental stress test. *Functional Neurology*, X, 4-5: 195-201.
- Pruneti, C.A., Mazzei, M.G., L' Abbate, A. & Baracchini-Muratorio, G. (1988). Aspetti psicopatologici nel paziente cardiovascolare: possibile ruolo prognostico di alcune caratteristiche della personalità. *Annali di Neurologia e Psichiatria*, 82, 1-17.
- Raven, J. C. (1940). Matrix test. *Mental Health*, 1, 27-34.
- Raven, J. C. (1956). *Guide to using the coloured progressive matrices, sets A, Ab and B*. London: H. K. Lewis Publisher; 45-62.
- Reda M.A., Demontis D., Blanco S. (1988, October). *Profili psicofisiologici e organizzazioni cognitive*. Paper presented at 5° Congresso Nazionale A.I.A.M.C.: Salute e stile di vita, Treviso.
- Rosenman, R. H. & Friedman, M. (1977). Modifying type A behaviour pattern. *Journal of Psychosomatics Research*, 21, 323-233.
- Ruddel, H., Langewitz, W., Schachinger, H., Schmieder, R. & Schulte, W. (1988). Hemodynamic response patterns to mental stress: diagnostic and therapeutic implications. *American Heart Journal*, 116(2), 617-627.
- Sbandi, M. (1958). Taratura delle progressive matrices 1947 di J. C. Raven. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 25-30, 185-198.
- Selye, H. (1970). The evaluation of stress concept. Stress and cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 26, 289- 299.

- Step toe, A. & Vo gele, C. (1991). Mental stress test is an effective inducer of vasospastic angina pectoris: comparison with cold pressor, hyperventilation and master two-step exercise test. *International Journal of Cardiology*, 70(2),155-163.
- Step toe, A. & Wardle, J. (1988). Emotional fainting and the psychophysiological response to blood and injury: autonomic mechanisms and coping strategies. *Psychosomatic Medicine*, 50, 402-417.
- Stratton, J. R. & Halter, J. B. (1985). Effect of a benzodiazepine (alprazolam) on plasma epinephrine and norepinephrine levels during exercise stress. *American Journal Of Cardiology*, 56, 136-139.
- Stupnicki, R. & Obminski, Z. (1992). Glucocorticoid response to exercise as measured by serum and salivary cortisol. *European Journal Of Applied Physiology*. 65, 546-549.
- Suarez, E. C. & Willians, R. B. Jr. (1989). Situational determinants of cardiovascular and emotional reactivity in high and low hostile men. *Psychosomatic Medicine*. 51, 404-418.
- Tavazzi, L., Mazzuero, G., Giordano, A., Zotti, A.M. & Bertolotti, G. (1984). Hemodynamic characterization of different mental stress tests. Breakdown in human adaptation to stress. Nijoff Publishers, Commission Of European Comunity, Bruxelles: pp.923-934.
- Taylor, C. B., Hayward, C., King, R., et al (1990). Cardiovascular and symptomatic reduction effects of alprazolam and imipramine in patients with panic disorders results of a double - blind placebo controlled trial. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*, 10,112-118.
- Timio, M. (1980). *Stress e cardiopatie*. Roma: Lombardo Editore.
- Widgren, B.R., Wikstrand, J., Berglund, G. & Andersson, O.K., (1992). Increased response to physical and mental stress in men with hypertensive parents. *Hypertension*, 205, 606-611.
- Wittling, W. & Pfluger, M. (1990). Neuroendocrine hemisphere asymmetries: salivary cortisol secretion during lateralized viewing of emotion - related and neutral films. *Brain And Cognition*, 14, 243-265.
- Zotti, A.M., Bettinardi, O., Soffiantino,F., Tavazzi, L. & Steptoe, A. (1991). Psychophysiological stress testing in postinfarction patients. psychological correlates of cardiovascular arousal and abnormal cardiac responses. *Circulation*, 83, Supplement II 4, 25-35.

Simbolizzazioni affettive dell'incontro tra psicologo e persona transessuale: l'analisi testuale dei resoconti tra prassi clinica e contesto dell'intervento.

di Valentina Boursier*

«Una traccia fisica che è più che deposizione alla memoria. Piuttosto una sorta di "reperti fotografici" di panorami psichici, ma anche ologrammi di esperienze, emozioni, e persistenza dei pensieri suscitati: piccole reti atte a mantenere il potere della memoria evocativa, compreso tutti i riferimenti elaborativi e teorici che dalle parole ascoltate si diramano. Non proprio registrazioni e non ancora narrazioni, eppure in grado di riprodurre ad ogni rilettura quella "unicità pregnante" di forma e di senso che si era imposta alla mente, all'ascoltare».

(La trascrizione clinica: sul prendere appunti. Vigneri, 2002).

1. Premessa.

In psicologia clinica l'attività del resocontare è spesso parte indissociabile e costitutiva dell'operare clinico, ad esso strettamente interconnessa, come pensiero e riflessione sulla prassi (Lancia, 1990), che orienta l'intervento e motiva il cambiamento. Nella misura in cui la sospensione dell'azione ed il sostare in uno spazio di potenziale significazione consente il pensiero su gli eventi, l'attività del resocontare diviene strumento di esplorazione, veicolo di conoscenza e com-prensione di sé, dell'altro e della relazione (e del contesto istituyente la relazione) tra sé e l'altro. Ma il reso-contare (dal combinarsi di rendere e contare) sembra accogliere in sé sfumature diverse di significato, a seconda che la bilancia penda maggiormente sul primo o sul secondo fattore. Dal latino rendere, un tempo rēddere, trasformatosi sotto l'influsso di vendere e prendere (cfr. Cortelazzo & Zolli, 1999), significa "dare di nuovo", ma anche "rappresentare, esprimere, descrivere, tradurre". Sicché, se da un lato appare implicito il rimando ad una dimensione di relazione che si realizza attraverso uno scambio, un dare e avere e, allo stesso tempo, una restituzione -di "conti", ovvero di una stima, un risultato, sia esso in termini di oneri sia di vantaggi¹-, dall'altro implicita è l'idea di un'espressività in divenire, che è raffigurazione, traduzione, dispiegamento. D'altro canto, ponderando il peso del "contare", quel che sovviene arricchisce l'idea di una comunicazione che, nella sua trasmissibilità, si fa storia, racconto.

In quanto "narrazione particolareggiata", nell'intento di render conto (restituire, tradurre, raccontare) a qualcuno di qualcosa, il resoconto tiene quindi in sé emittente e destinatario, oggetto e finalità, testo e contesto.

* Dottore di ricerca in Studi di genere, Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli Federico II. Psicologa, allieva del Corso di Psicoterapia Psicoanalitica del Bambino, dell'Adolescente e della Coppia (ASNE-SIPsIA).

¹ Il *resoconto* (in quanto sinonimo di *rendiconto*), nell'antica accezione riguardante l'atto del "rendere i conti" (Cortelazzo & Zolli, 1999), indicherebbe una *restituzione* di "conti", risultati, valutazioni; laddove *conto* sta per "partita di dare e avere, valutazione, stima, vantaggio", sebbene, derivando da *contare* "dire, raccontare", implichi anche l'idea di una comunicazione e non soltanto una stima. Nel complesso -e nel suo abituale significato- il *rendere conto* esprime l'idea del "dare ragione, spiegare".

C'è da chiedersi, dunque, cosa si scrive in un resoconto clinico? Chi lo scrive, per chi lo scrive e, soprattutto, perché? Le risposte a queste domande sembrano combinarsi ed articolarsi nella qualificazione di un contesto, che è scenario e dispositivo di strutturazione e significazione del resoconto, nonché dell'incontro psicologico.

A seconda che l'ambito sia personale, formativo, comparativo o divulgativo e che il resoconto si rivolga o meno, quindi, ad un pubblico, sia esso di superiori (supervisione), di pari (intervisione) o alla comunità scientifica, chi scrive narra della storia dell'altro e dell'incontro e, più o meno esplicitamente, di sé; scrive per sé o per condividere insieme ad altri o, ancora, per comprendere per mezzo degli altri qualcosa di sé, dell'altro e della relazione, così da soddisfare la propria sete di conoscenza, arricchire il proprio iter formativo e orientare l'intervento clinico. Psicologo "operante" e psicologo "scrivente" si fondono, dunque, incarnando un ruolo rispetto al compito e al contesto che, per dirlo con Freda (2004), è simbolicamente ed affettivamente connotato; sicché la stesura del resoconto clinico, in quanto costruzione soggettiva di significati, veicola un'intenzionalità che "confronta lo psicologo clinico con dimensioni di appartenenza e di pro-getto" (Lancia, 1990), da cui non si può prescindere. La trascrizione del materiale clinico e la comunicazione ad altri della propria esperienza, esprime infatti non soltanto una riproduzione storico-letteraria di quanto accaduto, bensì una ri-costruzione significativa di contenuti ed eventi secondo un proprio stile personale; in sé, dunque, già una prima forma d'elaborazione, psichica e soggettiva, dei propri vissuti, che presenta e traduce la realtà esterna nei termini della realtà interna².

Attingendo ai molteplici significati sopra accennati, il resoconto clinico è, dunque, restituzione di un risultato che, il più delle volte, lo psicologo presenta ad un pubblico diverso da colui che, nella relazione clinica, costituisce l'altro polo dello scambio (il paziente o, se si preferisce, il cliente) e che solo indirettamente ad esso ritorna, come restituzione, spesso proprio in virtù di questo primo passaggio. E' raffigurazione per mezzo di segni, traduzione in parole di un'esperienza vissuta, di impalpabili e confuse tracce sensoriali e mnestiche che, prendendo forma, contribuiscono al dispiegarsi di quanto accaduto ed agito, da sé e dall'altro, entro lo spazio clinico. E' narrazione che, a seconda delle finalità e del contesto, si rivolge a chi è lì per accoglierla.

2. Il contesto della ricerca: problematica transessuale e domanda di intervento.

Il transessualismo pone un'ardua sfida agli psicologi clinici, sia per la dimensione perturbante (Freud, 1919) che evoca sul piano personale -psichico e corporeo- sia per complesse questioni che incidono sul piano professionale. In primo luogo, va fatto cenno alla classificazione nosografica della psicopatologia transessuale (disturbo o disordine dell'identità di genere G.I.D.)³, che sembra non tenere sufficientemente conto della

² Ciò, d'altra parte, è quanto ha reso e rende prezioso, nella tradizione psicoanalitica, l'impiego della *trascrizione* di sedute cliniche, come mezzo di diffusione della teoria della tecnica e come oggetto/mezzo di analisi nei contesti di supervisione. E' soprattutto all'interno dei training formativi, infatti, che il resoconto (di sedute come di osservazioni della relazione madre-bambino) acquisisce un notevole significato: in quanto elaborazione soggettiva di fatti, fantasie e sensazioni, consente di analizzare i fenomeni di transfert e controtransfert, rappresentando così uno strumento fondamentale di riflessione su di sé e sul proprio operato. Eppure ciò rappresenta anche quanto, nell'ambito dell'attuale dibattito sulle possibilità di ricerca in ambito clinico e psicoterapeutico, si presenta come il limite di questa disciplina; sicché alla "trascrizione a memoria" sempre più si preferisce la più "pura" "trascrizione *verbatim*", frutto di un'*oggettiva* registrazione meccanica (cfr. Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006).

³ Data la complessità del fenomeno, una chiara definizione del transessualismo in quanto sindrome ed una sua precisa collocazione nella nosografia psichiatrica sopraggiungono lentamente. Solo agli inizi degli anni Sessanta, infatti, il crescente numero di persone che richiedevano la riconversione chirurgica dei caratteri sessuali (RCS), sembra aver posto la comunità psichiatrica internazionale e la giurisprudenza dei vari paesi dinanzi alla necessità di affrontare il problema in maniera più specifica

complessa articolazione tra sessuazione, sessualità e genere nello sviluppo identitario, nonché dell'ampiezza (ovvero dell'ambiguità) del genere in quanto dimensione di significato (complessa e polivalente) e che induce, dunque, a riflettere sull'uso di questa categoria in ambito clinico⁴. In secondo luogo, è importante considerare la richiesta che, come vedremo più specificatamente, ricade sulla valutazione psicodiagnostica all'interno dell'iter legale e chirurgico di riassegnazione del sesso.

Occorre dunque premettere, seppur brevemente, quale sia lo scenario entro cui ci si muove. Il transessualismo configura una profonda sofferenza identitaria (Nunziante Cesàro & Chiodi, 2006), in cui il proprio corpo sessuato viene rifiutato in virtù di una dichiarata appartenenza interiore al genere opposto. Sicché, "imprigionato" in un corpo sbagliato, estraneo al proprio sentire, il transessuale pone una domanda di "rettifica" dell'esteriorità, in funzione di un "riconoscimento" -sostanzialmente sociale e legale- di quanto attiene, però, all'essere e al sentire; ovvero ad un "impalpabile", per quanto "reale", vissuto/mondo interno. Nell'energica rivendicazione di un "femminile" o di un "maschile" che, inevitabilmente svincolati dalla sensorialità corporea e dalle vicissitudini fantasmatiche connesse alla sessuazione, diventano piuttosto "ciò che appare descrivibile, quindi visibile, riconoscibile culturalmente come tale" (Galiani, 2005), troverebbe alimento il forte bisogno del transessuale di riconoscibilità all'esterno. Accanto a ciò, uno scivolamento dello psichico nel sessuale e del sessuale nel culturale -sostenuto dall'ormai nota distinzione tra "sesso e genere" (Stoller, 1968)⁵- legittimerebbe sia l'esteriorizzazione della sensibilità interiore (Galiani, 2005), riflessa nel desiderio transessuale di essere ed operare come membri del sesso opposto (Benjamin, 1966), sia la significazione di un dramma esistenziale altrimenti senza nome, sia, infine, la realizzazione di una rimozione fisica⁶ per mezzo di una soluzione-trasformazione chirurgica.

(cfr. Valerio & Zito, 2006). Dal 1994 il *DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)* presenta una sezione per i "Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere", in cui un capitolo è dedicato ai "Disturbi dell'identità di genere" con i relativi criteri diagnostici. Di seguito se ne riportano, a titolo esemplificativo, i principali: A. *Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto)*; B. *Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso*; C. *L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale*; D. *L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento.*

⁴ Una riflessione che, per quanto rilevante nell'approccio al transessualismo, riveste un ruolo tangenziale rispetto al discorso che qui si vuole affrontare; per cui ci si limita a farvi accenno, rimandando ad altri contributi (Chiland, 1997; Reiche, 2004; Boursier & De Rosa, 2006).

⁵ R. Stoller (1968) lega alla nozione di sesso i termini *maschio* e *femmina* in riferimento alla dimensione biologica del corpo; mentre fa uso del termine *genere* in una versione più intrapsichica, vicina alla dimensione culturale, che mostra la "quantità" di *mascolinità* o *femminilità* presenti, in mescolanza e in diverse proporzioni, in ciascun individuo. Alla definizione del *nucleo dell'identità di genere*, che si struttura per entrambi i sessi nella relazione pre-edipica con l'oggetto materno, corrisponde la consapevolezza conscia e inconscia di appartenere ad un sesso piuttosto che ad un altro. Tale appartenenza di genere, intorno a cui si coagulano gli attributi della mascolinità e della femminilità, rappresenta il frutto della commistione di molteplici fattori, che attingono alle componenti biologico-ormonali, al dato corporeo – ovvero alle caratteristiche anatomiche dei genitali esterni, sulla base delle quali avviene l'assegnazione del sesso alla nascita – e alle componenti relazionali più o meno consciamente agite dall'adulto nel rapporto con il neonato di diverso sesso. Riprendendo Money (1955), inoltre, Stoller evidenzia come l'esperienza complementare e per così dire "pubblica" dell'*identità di genere*, invece più personale e "privata", sia rappresentata dal *ruolo di genere* che, legato agli aspetti definiti dal ruolo sociale, si esprime nei comportamenti maschili e femminili agiti nelle relazioni interpersonali.

⁶ A rinforzo, forse, del *rinnegamento* di una realtà percepita. Questo aspetto è stato approfondito in un altro lavoro (Boursier, 2007).

Il fallimento della corrispondenza di sesso e genere, che nell'eziologia del transessualismo chiama in causa un fallimento della relazione primaria⁷, giunge ad essere, così, inevitabilmente perpetuato e legalmente ratificato. Infatti, solo il raggiungimento di una sorta di visibile conformità dei caratteri sessuali all'identità sessuale, sentita e reclamata, è ciò che consente una legale rettifica del sesso e dei dati anagrafici; cosicché il "rimedio chirurgico" non soltanto renderebbe possibile un adeguamento altrimenti impossibile, ma, nei fatti, legittimerebbe la stessa domanda di cambiamento di sesso, provvedendo a dare un senso, un'attestazione sociale e legale, nonché una soluzione all'intensa dissonanza interiore. Ciò rappresenta la fitta trama entro cui viene avanzata la richiesta di un intervento psicologico.

Entrando più nello specifico, nelle maglie del complesso iter di riconversione chirurgica del sesso anatomico (R.C.S.) e di rettifica anagrafica, allo psichiatra o allo psicologo clinico viene "assegnato" un ruolo che definiremmo "scomodo" e, in qualche modo, vincolato e vincolante. La domanda di intervento, che con estrema rarità è posta, in prima istanza, da un individuo intenzionato a riflettere sulla propria condizione esistenziale, generalmente proviene dall'ambito legale, con la finalità di produrre una certificazione che, come recita la legge⁸, "accerti le condizioni psico-sessuali del soggetto" e dichiarare l'esistenza di un disagio (appunto un G.I.D.) in assenza, dunque, di patologie di natura psichiatrica (che compromettano la capacità di intendere e di volere), per le quali l'intero iter potrebbe essere, eventualmente, sospeso⁹.

Eppure, la discrezionalità della richiesta, da parte del giudice, di una consulenza finalizzata a produrre accertamenti (opzione sempre più spesso considerata) e la scarsa trasparenza riguardo alla figura professionale della cui specifica competenza ci si dovrebbe avvalere, inducono a riflettere sulla posizione che, in questo contesto, psichiatri e psicologi sono costretti ad assumere. Infatti, la presentazione di due ambiti differenziati (quello "psico", generalmente confluyente nel "mentale" e quello "sessuale", generalmente confluyente nel "corporeo") se da un lato alimenta il contrasto tra lo psichico ed il biologico, dall'altro comporta che sia possibile incaricare per l'accertamento un tecnico specialista in uno solo dei due diversi settori di approfondimento (Galiani, 2005) e che, pertanto, talvolta sia il medico (chirurgo, endocrinologo) a richiedere, per il proprio assistito, una consulenza in ambito psicologico e/o psichiatrico¹⁰.

⁷ Nel legame con le vicissitudini del processo di *sessuazione* cui attinge il percorso di acquisizione della propria identità *sessuata*, *sessuale* e di *genere*. Esponenti della psicoanalisi europea e d'oltreoceano (Oppenheimer, 1992/2001; Chiland, 1997; Lothstein, 1983, per citarne solo alcuni) concentrerebbero le loro riflessioni attorno ad una profonda fragilità narcisistica e ad un deficitario rispecchiamento dell'identità sessuata che, caratterizzanti la psicopatologia transessuale, spiegherebbero anche la forte spinta a ricercare una nuova identità, innanzitutto corporea, attraverso cui trovare nell'*Altro* il riconoscimento e l'attestazione di sé mancati in passato; ponendo, così, in evidenza il peso che il riconoscimento dell'*altro sociale* assume nella cosiddetta "scelta transessuale".

⁸ Legge n. 164 del 14 aprile 1982 (art. 2).

⁹ E' complesso esplicitare con esaustività quanto attiene all'intera questione che, investendo ambiti di diversa natura disciplinare (medico, legale, psicologico-psichiatrico), si riferisce al profondo disagio vissuto dall'individuo transessuale, alla diagnosi del disturbo (non esiste una visione unanime in proposito; si continua a discutere, infatti, di un'origine più o meno francamente psicotica del disturbo in oggetto) e alla risposta chirurgica, che in Italia non soltanto è legalmente ratificata, ma necessariamente richiesta per procedere con la modifica dei dati anagrafici. Pertanto, se in alcuni casi si riflette sulla paradossalità di una risposta di adeguamento corporeo (Chiland 1997), in altri si considera l'opportunità che, soprattutto in alcune situazioni (transessualismo primario), si intervenga chirurgicamente. Stoller, ad esempio, riteneva utile procedere col "cambiamento di sesso" nel caso di uomini estremamente "femminili", per i quali constatava l'inutilità di trattamenti psicoanalitici o esortazioni morali (cfr. Vitelli, 2001).

Per un approfondimento si rimanda, comunque, per citarne solo alcuni, ai volumi di Valerio, Bottone, Galiani & Vitelli (a cura di) 2001; Galiani, 2005; Nunziante Cesàro & Valerio (a cura di), 2006.

¹⁰ Ciò, probabilmente insieme alle cause giuridiche intentate a danno di quei chirurghi che avevano mancato di appurare le condizioni psichiche del soggetto transessuale prima di operare, rappresenta

In sintesi, se ad un polo v'è la richiesta, opzionale ed ambigua, di un'indagine psicodiagnostica che, per sua natura, vincola ed orienta l'intervento, finalizzandolo al difficile accertamento di qualcosa che, a qualche livello, risuona come una sorta di paradosso¹¹; all'altro v'è la complessità di questa profonda sofferenza identitaria che, traducendosi nel corpo ed agendo col corpo, costringe l'ambito "psi" (che stenta a trovarle una precisa collocazione) a confrontarvisi e a confrontarsi con una richiesta chirurgica¹², urgente ed indiscutibile, che mette in scacco le possibilità del pensiero e della rappresentabilità.

In questo senso l'operatore si trova a vivere "un profondo sentimento di frustrazione accentuato dai vissuti di castrazione che sente di dover subire di fronte al compito assegnato. Anche la sua identità è, infatti, messa in crisi. Qual è il ruolo che sta svolgendo: impotente smistatore di clienti per un chirurgo, o psicoterapeuta che non può far nulla per aiutare la persona che gli è davanti, ma deve solo accettare la soluzione da lui prescelta?" (Valerio & al., 2000).

3. Modelli di simbolizzazione affettiva: l'analisi testuale dei resoconti clinici.

Muovendosi in una prospettiva di matrice ed orientamento psicodinamico, il presupposto di partenza sostiene che, per quanto di difficile collocazione nosografica, la richiesta di cambiamento di sesso potrebbe rappresentare una sorta di *agito corporeo* che, nell'*errato riconoscimento* o nel *rifiuto-rinnegamento* della propria realtà (anatomica, ma non va dimenticato che con essa si rifiuta anche parte della propria identità e del proprio passato), risponde al bisogno di annullare l'intollerabile pregresso, realizzando una realtà diversa (se non completamente nuova)¹³; in primis una realtà corporea che, costruita artificialmente, pur presentandosi inevitabilmente incompleta, consentirà però di *sentirsi ed apparire completi*. Inoltre, se la richiesta che proviene dal più ampio ambito medico o legale ricade sull'intervento psicologico veicolando, come descritto, elementi di forte ambiguità, accompagnandosi all'urgenza di un *agito corporeo* (di cui l'individuo transessuale è diretto portatore nella consultazione clinica) - in un sistema che, alla sofferenza psichica, sembra rispondere con un *contro-agito corporeo* - tale domanda (sia per la natura della patologia, sia per la complessità della richiesta) sembra in qualche modo costringere e vincolare la dimensione "psi" dell'intervento (ancor più, forse, se la lettura del disagio si ancora ad una prospettiva psicodinamica). Ciò detto, è anche all'interno della stessa prospettiva psicodinamica che si riflettere sull'eventualità che il rimedio chirurgico possa effettivamente rappresentare una soluzione, seppur discutibile, non escludendola aprioristicamente¹⁴.

ciò che ha portato alla sempre più frequente collaborazione tra chirurghi, endocrinologi e consulenti psicologi/psichiatri (Hausman, 1995, in Galiani, 2005).

¹¹ Infatti, se in alcuni casi si discute della natura non psicotica del disturbo: per Stoller (1975) l'*illusione transessuale* sarebbe frutto di "un errore di interpretazione" della realtà del proprio sesso anatomico, ovvero di un errato riconoscimento e non di una sua ricostruzione; in altri se ne evidenzia la più probabile vicinanza: Oppenheimer (1992) considera, ad esempio, che nell'"acting out permanente" (il cambiamento di sesso) si evidenzia il bisogno di costruzione di una *neo-realtà* o *neo-identità*, sicché, per quanto la psicosi non sia propriamente accertata, nella patologia transessuale è possibile cogliere i due tempi caratteristici dei processi psicotici, ovvero il ritiro dalla realtà e la creazione di una neo-realtà, che in questo caso si concentrerebbe soprattutto sul corpo e sul sesso anatomico.

¹² Espressione, secondo la Chiland (1997), di un desiderio-pretesa *folle* a cui la medicina sembra rispondere "con un'offerta folle".

¹³ Non a caso si è scelto di far ricorso al termine *agito corporeo*, dal momento che -come già esplicitato altrove (Boursier, 2007)- nel transessualismo il conflitto interno non sembra tanto trovare espressione sintomatica *nel* corpo, quanto piuttosto in un'azione drastica che lo coinvolge e che, *per mezzo* del corpo, si *concretizza* in un *atto di non-pensiero* (Etchegoyen, 1986), un *acting out* che, frutto di una coartazione del pensiero, ne satura lo spazio.

¹⁴ Studi di *follow-up* effettuati su persone transessuali operate registrano, accanto alla presenza di pochi casi di suicidio, un buon livello di soddisfazione in riferimento all'aspetto esteriore, soprattutto nei casi di transessualismo in età adolescenziale; tuttavia i criteri metodologici adottati sembrerebbero

Alla luce di ciò, attingendo alla lunga e ricca esperienza maturata dal gruppo di lavoro sui disordini dell'identità di genere dell'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata (Università di Napoli "Federico II")¹⁵, ci si è proposti di riflettere sull'intervento psicologico inserito nel percorso di conversione medico-legale del sesso, individuando quali dimensioni emozionali sottendano l'*incontro* tra lo psicologo e la persona transessuale, nella cornice istituzionale in cui ha luogo.

In altri termini, ci si è proposti di analizzare la *dinamica collusiva* (Carli & Paniccia, 2002) propria al contesto e cosa venga in essa agito; sicché, ponendosi in una prospettiva di riflessione sulla "posizione emozionale" degli operatori, ci si è chiesti in che modo *simbolizzino affettivamente* (Fornari, 1979) il proprio intervento (la domanda, il compito e la relazione), nella dinamica individuo-gruppo-contesto di cui, come vedremo, sono parte. A tal fine, ci si è avvalsi dell'analisi testuale dei resoconti clinici, redatti a seguito dei colloqui con soggetti transessuali, secondo una prospettiva teorica ed interpretativa che, tenendo conto della *duplice referenza* -lessicale e simbolica-¹⁶ implicitamente connessa all'atto linguistico (Fornari, 1979), è orientata a cogliere le dimensioni emozionali che *attraversano* il testo, al di là della sua strutturazione intenzionale (Carli & Paniccia 2002).

Nello specifico contesto di lavoro a cui si è fatto riferimento, prevalentemente orientato ad un approccio psicodinamico, il resoconto clinico rappresenta un indispensabile oggetto e strumento di riflessione, condivisione e formazione (personale e professionale), sia in quanto *restituzione* al gruppo di pari e di supervisor del lavoro svolto (e, indirettamente, alla committenza istituzionale), sia in quanto *traduzione, dispiegamento e narrazione* di ciò che ha avuto luogo *dentro* e *fuori* lo spazio clinico. Una sorta di "canovaccio" ben articolato che la riflessione *di* gruppo ed *in* gruppo contribuisce ad arricchire di ulteriori possibili significati. In quanto costruzione personale di un soggetto partecipe di esperienze connotate emotivamente (il colloquio clinico, la successiva stesura del resoconto e l'appartenenza a *quel* contesto di lavoro), il resoconto esprime una costruzione di senso di quanto accaduto, che -come specificato- ha carattere fortemente *referenziale*, sia perché si rivolge a *qualcuno*, sia perché si riferisce contemporaneamente al "mondo interno" e al "mondo esterno" (Fornari, 1979). Su di essa, inoltre, convergono sia significati intenzionali, pertinenti alla logica dividente del pensiero cosciente, sia significati emozionali, estrinsecazione del sistema inconscio (Matte Blanco, 1975), che sono legati all'oggetto dell'esperienza, agli individui che vi sono coinvolti e allo scrivente che, in prima persona, vive e narra contenuti ed impressioni. Di conseguenza, la possibilità di significazione del resoconto clinico risiede nel "campo semantico", nell'*intreccio* relazionale e contestuale, denso di emozionalità e mediato da processi semiotici (Freda, 2004), entro cui tutto ha origine.

D'altronde, in una prospettiva che lega un approccio psicodinamico ad uno costruttivista ed interazionista, se il processo clinico è espressione di una *negoziante e co-costruzione di*

limitare la riuscita dell'intervento alla valutazione del grado di soddisfazione rispetto al fattore estetico. Si confermerebbe, inoltre, la necessità di offrire un sostegno psicologico e sociale post-operatorio. Per una disamina più approfondita si rimanda a Landi, Napolitano & Zurolo (in Galiani, 2005).

¹⁵ Sono molto grata al Prof. Paolo Valerio (Responsabile dell'Unità e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica che ha sede presso il Policlinico Universitario) e alla sua équipe di collaboratori, che da anni lavora, sul piano della ricerca e della clinica, in questo complesso settore. Il gruppo di ricerca e di intervento clinico sui disturbi dell'identità di genere si avvale della collaborazione di psicoterapeuti e psichiatri di formazione psicodinamica, nonché di psicologi in formazione specialistica. Parte del lavoro clinico e di ricerca in questo contesto, si avvale della resocontazione e discussione in gruppo del materiale clinico, con finalità sia di intervizione, sia di supervisione.

¹⁶ Con *duplice referenza* Fornari (1979) intende differenziare tra una *referenza lessicale* che, corrispondendo al significato letterale delle singole parole, ha a che fare con la condivisione dei significati veicolati dalla cultura di appartenenza ed una *referenza coinemica* che, rimandando invece al significato traslato, avrebbe una valenza forse più interna e soggettiva; in questo caso, infatti, la percezione della realtà avverrebbe attraverso la proiezione, nell'oggetto esterno, dell'oggetto interno che, in questo modo, sarebbe significato dal significante (oggetto esterno).

significati (Gill, 1994), la dimensione contestuale entro cui si realizza intreccia (*contextère*) ed informa la relazione tra i soggetti, *istituendola* e *significandola* sul piano intenzionale, come sul piano della simbolizzazione inconscia ed emozionale. In questo senso il *contesto*, lungi dall'essere semplice sfondo o cornice, si presenta come una *costruzione simbolico-affettiva* della relazione (Carli & Paniccchia, 2002, 2005), un "prodotto della semiosi inconscia" (Salvatore, 2004) determinante nella negoziazione dei significati, nella misura in cui gli attori di una relazione producono e condividono *simbolizzazioni affettive* (inconsce) delle situazioni di cui sono partecipi (Carli & Paniccchia, 2002; Salvatore & al., 2003).

Il processo di interpretazione della realtà è, dunque, riconducibile alle categorie affettive costruite e condivise dagli individui che sono parte di uno stesso contesto e, nella prospettiva entro cui ci muoviamo, va ricondotto sia alla reciproca interazione tra lo psicologo e la persona transessuale nello spazio clinico, sia alla condivisione tra colleghi del medesimo contesto di lavoro, di compiti ed obiettivi, *specifici* eppure *comuni*. Il resoconto clinico rappresenterebbe, pertanto, un possibile anello di congiunzione tra due piani/momenti dell'intervento, interagenti e mutualmente influenzantisi, ovvero tra il lavoro "a quattro mani" nella stanza del colloquio ed il lavoro "a più mani" nella stanza della supervisione/intervisione; tra le simbolizzazioni affettive generate nel contesto della consultazione clinica e le simbolizzazioni affettive che, a qualche livello, sono "espressione del lavoro semiotico del gruppo" (Salvatore, 2004, p. 134). In quanto elemento *risultante* dall'incontro del primo e del secondo aspetto/momento del lavoro clinico, dunque, il resoconto che *scaturisce* dal colloquio psicologico, *predispone* alla condivisione in gruppo.

In questo senso, si tratta di considerare il funzionamento psichico (ed emozionale) implicito (e complementare al registro intenzionale) nella costruzione del testo clinico, da una prospettiva che tiene conto dei processi relazionali in esso implicati e che, entro lo specifico contesto di cui ci andiamo occupando, lega il funzionamento inconscio individuale anche a processi relazionali ed istituzionali (Carli & Paniccchia, 2002, 2003; Salvatore & al., 2003).

Per tale ragione si è inteso riflettere sulle dimensioni emozionali dell'*incontro* tra psicologo e persona transessuale, volendo più ampiamente comprendere con esso le dinamiche aventi luogo dentro e fuori la stanza del colloquio, nel contesto istituzionale di cui si è partecipi. In quest'ottica, infatti, l'analisi testuale dei resoconti consente di *ri-costruire* quali simbolizzazioni affettive -emozionali ed inconsce- siano *prodotte da* e *producano* l'incontro; laddove è proprio attraverso la connessione di queste alle dimensioni del contesto che le ha generate (Freda, 2004) che si rende possibile una riflessione sul lavoro psicologico, *tra prassi clinica e contesto dell'intervento*.

Ai fini dello studio sono stati presi in esame i resoconti clinici redatti dagli operatori del Servizio, a seguito dei primi 4 colloqui¹⁷ avuti con 25 persone transessuali in attesa di R.C.S. Il materiale, composto da 93 testi (99175 occorrenze, di cui 9891 forme distinte e 5197 hapax), è stato codificato attraverso alcune variabili illustrative (Tab. 1); tra queste prenderemo qui in considerazione la dimensione del *genere nella relazione*, la *formazione* (in itinere o conclusa) *dell'operatore* e le variabili che definiscono le *modalità dell'intervento psicologico*, sia per come esso è stato concordato al principio (un "contratto" che prevede la consegna della certificazione diagnostica dopo un breve counselling psicologico o a seguito di un periodo di riflessione più prolungato); sia per come la relazione si è poi conclusa (con la

¹⁷ La scelta dei primi 4 colloqui è dovuta al fatto che la modalità di lavoro prevalente presso la Struttura è rappresentata dal counselling psicologico ad orientamento psicodinamico che, com'è noto, rappresenta una precisa modalità di intervento in ambito clinico. Improntata ad un lavoro di *assessment* con finalità diagnostiche e di monitoraggio degli assetti difensivi della persona impegnata nel colloquio (cfr. Valerio, 2001), costituisce, infatti, una modalità di lavoro compiuta che può o meno aprirsi ad ulteriori possibilità di approfondimento, attraverso la successiva prosecuzione in un lavoro psicologico di riflessione su di sé. Nei primi 4 colloqui, dunque, "si gioca" l'intervento o lo si rende eventualmente possibile, si elabora una diagnosi e si definiscono, eventualmente, le coordinate "contrattuali" di un lavoro di approfondimento o di un percorso psicoterapeutico.

consegna della certificazione diagnostica, oppure con una precoce interruzione da parte del soggetto transessuale)¹⁸.

Tab.1 - VARIABILI	
RELAZIONE DI GENERE*	
Rel. M-M	Indica una relazione tra un operatore di sesso maschile ed un individuo transessuale (MtoF) che ha un sesso d'origine maschile, ma sente di appartenere al genere femminile
Rel. M-F	Indica una relazione tra un operatore di sesso maschile ed un individuo transessuale (FtoM) che ha un sesso d'origine femminile, ma sente di appartenere al genere maschile
Rel. F-F	Indica una relazione tra un operatore di sesso femminile ed un individuo transessuale (FtoM) che ha un sesso d'origine femminile, ma sente di appartenere al genere maschile
Rel. F-M	Indica una relazione tra un operatore di sesso femminile ed un individuo transessuale (MtoF) che ha un sesso d'origine maschile, ma sente di appartenere al genere femminile
FORMAZIONE DELL'OPERATORE	
Op. SPEC	Psicologo specializzando, ovvero con formazione in itinere
Op. STRUT	Psicoterapeuta strutturato, ovvero che ha concluso la propria formazione specialistica.
MODALITA' DELL'INTERVENTO	
Mod. BC	Contratto breve (B), di counselling psicodinamico, conclusosi con la consegna della certificazione diagnostica (C)
Mod. BI	Contratto breve (B), di counselling psicodinamico, conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
Mod. LC	Contratto di lunga durata (L), conclusosi con la consegna della certificazione diagnostica (C)
Mod. LI	Contratto di lunga durata (L), conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
Mod. LTC	Contratto di lunga durata (L), con somministrazione test da parte di un altro operatore (T), conclusosi la consegna della certificazione diagnostica (C)
Mod. LTI	Contratto di lunga durata (L), con somministrazione test da parte di un altro operatore (T), conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
Mod. CLI	Contratto di lunga durata (L), preceduto dalla consegna della certificazione diagnostica

¹⁸ In particolare, come si comprenderà meglio, se le prime due variabili contribuiscono ad arricchire la lettura delle diverse isotopie in questione (dal momento che risultano essere significativamente associate ai lemmi costitutivi dei cluster oggetto d'analisi), l'ultima, definendo le coordinate dei colloqui clinici ed *organizzando* le modalità dell'intervento psicologico nel percorso istituzionale, è stata oggetto e strumento di una più approfondita riflessione. La scelta di questa variabile, declinata nelle sue diverse e molteplici forme (si veda tab. 1), riflette il modo in cui, nei diversi anni, il gruppo di lavoro ha approcciato all'urgenza della domanda posta dalla persona transessuale e dal contesto istituzionale. Un'urgenza che, oltretutto connaturata alla stessa patologia, per una serie di fattori istituzionali contingenti, al principio si presentava *indilazionabile*, inducendo così a rispondervi con urgenza (la modalità CLI va in questa direzione, opta cioè per una più rapida risposta attraverso la consegna del certificato, ma propone un più lungo percorso "di accompagnamento" entro cui riflettere); ma che è stata poi affrontata e gestita tentando una mediazione tra diverse, complesse istanze (la proposta di un contratto di più lunga durata, LC, LI, ad esempio, con o senza l'ausilio di test, LTC, LTI, si configura come possibilità di riflessione in un percorso di approfondimento che, a qualche livello, può restare vincolato alla consegna della certificazione prevista al termine del lavoro psicologico). La modalità d'intervento breve (BC, BI) è rappresentativa del lavoro di counselling a cui si è già fatto riferimento. Una sintesi, per quanto eccessivamente semplificatrice, consente una più agevole lettura dei risultati, infatti è possibile raggruppare queste diverse declinazioni della variabile *modalità d'intervento* sostanzialmente in due grandi categorie: modalità brevi (B) e lunghe (L) di lavoro psicologico; relazioni che hanno portato alla consegna della certificazione diagnostica (C) e relazioni precocemente interrotte (I).

	(C) e poi conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
* La prima lettera indica il sesso dell'operatore; la seconda indica il sesso biologico della persona transessuale: dunque M (maschio), F (femmina). La tensione verso l'appartenenza al genere opposto nel transessuale viene solitamente indicata con i termini MtoF, quando un individuo di sesso biologico maschile sente e desidera appartenere ed operare come membro dell'altro sesso, ovvero femminile. Viceversa, FtoM, quando un individuo di sesso biologico femminile tende verso il maschile.	

Il corpus è stato trattato con un software specifico per l'analisi testuale *T-Lab PRO 4.1* (Lancia, 2004) che ha, tra le sue funzioni, quella di frammentare il testo, privandolo dei nessi logici che legano le parole nel discorso intenzionale e di individuare relazioni *isotopiche* tra lemmi, ovvero una ricorrenza di parole con tratti semantici comuni all'interno di unità sintagmatiche¹⁹.

Sottoponendo il corpus testuale ad una procedura di clusterizzazione (*cluster analysis*), si sono evidenziate cinque *isotopie semantiche* (insiemi di parole raggruppati in base ad un principio di massima omogeneità semantica che, caratterizzando il singolo cluster, lo differenzia dagli altri), ovvero cinque diverse modalità di simbolizzare la relazione con la persona transessuale e con il contesto dell'intervento. Il passaggio successivo, ossia la proiezione dei cluster nello spazio fattoriale organizzato dalle variabili relative alle modalità d'incontro (fig. 1), ha permesso di connettere tra loro le isotopie semantiche (leggendone relazioni ed opposizioni) e di contestualizzarle, ovvero di cogliere i rapporti tra i diversi modelli di simbolizzazione della relazione entro questo specifico contesto, individuando così quali dimensioni emozionali dell'incontro sottendano, orientino e significhino la relazione psicologica nel contesto dell'intervento.

Per la *ri-costruzione emozionale* del testo (destrutturato dalla procedura di analisi), si è tratto spunto da alcuni principi interpretativi introdotti da Carli e Paniccia (2002) nella prospettiva dell'*Analisi Emozionale del Testo*, che com'è noto fonda i suoi presupposti teorici sulla categorizzazione emozionale della realtà (Matte Blanco, 1975) e sulla doppia referenza del linguaggio (Fornari, 1979), proponendosi, sul piano metodologico, come strumento di indagine e conoscenza dei *processi collusivi* (ovvero della dinamica simbolico-affettiva che organizza le relazioni) all'interno di specifici contesti condivisi. Così si è proceduto con l'interpretazione dei nessi associativi (evidentemente non più intenzionali) che, per *effetto del contesto*, tengono insieme i lemmi all'interno di ciascun cluster, proponendo la costruzione di un percorso semantico per il quale ci si è avvalsi anche della derivazione etimologica, che consente di cogliere la struttura emozionale, primitiva ed inconscia, su cui si fondano l'uso ed il significato della parola (Carli & Paniccia, 2002).

Nel percorso seguito all'interno di ciascun cluster si evidenziano i lemmi dal valore di occorrenza più elevato e le variabili *modalità dell'intervento*, *relazione di genere* e *formazione dell'operatore* che ad esso si associano con maggiore significatività.

Il **cluster I**, comprendente parole come *ragazza*, *maschile*, *colpire*, *invito*, *commento*, *credere*, *preferire*, *stanza*, *attendere*, *finire*, *iniziare*, può essere definito come **lo spazio dell'ambivalenza**, nella misura in cui appare simbolico di una relazione e di un incontro che, sin dal primo impatto, sembrano caratterizzati da sentimenti, percezioni e desideri di natura ambivalente. Il termine *ragazza*, che subito sollecita una contrapposizione con *maschile*, derivando dal latino *radica* (radice), rimanda a ciò che ha a che fare con le origini, con la natura (ciò da cui una pianta trae forza e nutrimento e che ne costituisce il basamento) e,

¹⁹ Il concetto di isotopia (*stesso luogo*) semantica "rinvia ad una concezione del significato come "effetto del contesto", cioè come qualcosa che non appartiene alle parole prese singolarmente, ma che risulta dai loro rapporti all'interno dei testi. La funzione delle isotopie è quella di facilitare l'interpretazione dei discorsi (o dei testi); in effetti ciascuna di esse individua un contesto di riferimento "condiviso" da più parole, che non deriva però dai loro specifici significati" (Lancia, 2004, p.73). L'occorrenza e la ricorrenza di quei lemmi (piuttosto che di altri), all'interno di raggruppamenti di parole, consente dunque di evidenziare un nesso associativo di natura semantica (effetto di un contesto condiviso dalle parole), che è necessario *ri-costruire* per mezzo di un processo interpretativo.

insieme, con quanto resta nascosto allo sguardo, in profondità. Ciò evoca una dimensione sotterranea, forse naturale ed “originaria”, che appare contrapporsi a quanto viene manifestato, anteposto (*preferire*, da *prae-ferre*). Insieme a ciò il termine *colpire* (dal greco *kólaphos*, schiaffo) evoca l’idea di un urto che, in questo contesto semantico, sembra rimandare all’idea di un impatto iniziale (forse un’esteriorità ambigua, nascondente) che percuote e scuote. *Attendere* (dal latino *ad-tendere*, nel senso di “tendere verso”) evoca la dimensione di un’attesa, che è anche un muoversi verso qualcosa, con l’obiettivo di raggiungere un fine, uno scopo. *Stanza*, al contrario, indica l’atto dello “stare fermi in un luogo” e, legandosi all’immagine di un’attesa che esprime fissità in un punto, contrasta con la precedente tensione, evocando l’idea dell’incertezza e dell’ambivalenza del desiderio; come, d’altra parte, i termini *iniziare* e *finire*. *Commento*, derivando dal latino *cum-mentem* (con la mente) sembra rimandare a ciò che è fatto o detto con intenzione e ragione; ciò se, da un lato, ha a che fare con la dimensione del colloquio clinico, dall’altro evoca l’idea di un giudizio (la certificazione diagnostica) o di un’opinione espressa “dietro le spalle”, introducendo, così, la dimensione del sospetto ben rappresentata anche da *credere*. Quest’ultimo termine, infatti, (dal latino *credĕre*, ritenere vero) anticamente indicava “l’assaggio dei cibi destinati ad un alto personaggio per dimostrare che non erano avvelenati” (Cortelazzo & Zolli, 1999, p. 411) e sembra dunque collegato alla possibilità di riporre fiducia in qualcuno. *Invito*, infine, rimanda ad una posizione duplice ed ambivalente: se, da un lato, si lega alla dimensione del “dare ospitalità”, la derivazione latina *invitus* (“che agisce malvolentieri, contro voglia, per forza”) sembra, al contrario, rimandare all’idea di un’azione forzata e involontaria, frutto di una spiacevole costrizione.

Le variabili che troviamo associate al cluster in oggetto (tab. 2) indicano una relazione tra operatori (di entrambi i sessi) in formazione specialistica e persone transessuali MtoF e FtoM, secondo una *relazione di genere* “conforme”, ma “invertita” in base al sesso²⁰ e *modalità d’intervento* sostanzialmente lunghe, conclusesi con la consegna della certificazione diagnostica. Come dire che una dimensione emozionale fortemente caratterizzata da ambivalenza sarebbe particolarmente presente nei resoconti degli psicologi in formazione specialistica; un’ambivalenza che, alla luce del percorso semantico proposto, in primo luogo sembra riconducibile alla relazione nei termini del suo forte impatto iniziale (una dimensione di esteriorità manifesta che, tradendo l’interiorità nascosta, ma ben radicata, colpisce e confonde), in questa direzione andrebbe anche l’elaborazione, presumibilmente difficile²¹, della “conformità del genere” nella relazione clinica. In secondo luogo, l’ambivalenza sarebbe ascrivibile sia allo spazio del colloquio clinico, sia al complesso iter istituzionale di conversione medico-legale del sesso, in cui l’intervento psicologico va ad inserirsi, nella misura in cui sembrano emergere elementi contraddittori, forse collegabili

²⁰ Apparirà forse difficile -e a tratti paradossale- ragionare in questi termini, dal momento che solitamente il sesso anatomico e gli attributi della mascolinità e della femminilità (di genere), come parte del sentimento d’appartenenza ad un sesso o ad un altro, coincidono. Nel transessualismo, tuttavia, non è così. Pertanto un suggerimento può essere quello di ricordare che, in questo caso, esiste una scissione e ad un’opposizione tra sesso anatomico (corporeo) e genere psichico e/o culturale (inteso sia come esteriorità: il mostrarsi come maschio o femmina, sia come interiorità: il sentire d’essere maschio o femmina). La situazione dunque si complica quando la si affronta da una prospettiva di relazione (dalla quale è ovvio che il lavoro psicologico non può prescindere), quando, cioè, è necessario tenere in considerazione quel che, ad un livello più profondo, il confronto tra i due sessi e i due generi attiva. Pertanto i termini “conformità” e “inversione” non stanno, in questo caso, ad indicare la dimensione individuale, bensì quella “relazionale”.

²¹ A tal proposito si rimanda alla riflessione proposta da Valerio & al. (2000) sul controtransfert con soggetti transessuali, in cui si pone in evidenza quanto la relazione tenda ad incentrarsi sullo “sguardo”: da un lato, la “compulsiva necessità da parte della persona transessuale di *catturare lo sguardo dell’altro*” (dell’operatore), uno sguardo che consenta di *dare sostanza* alla propria esistenza; dall’altro, la fastidiosa percezione avvertita dall’operatore, di uno sguardo che *deruba* (espropriandolo delle sue qualità “di genere”) o che *addobba* (invadendo l’altro di ciò che, per il soggetto transessuale, rappresenta l’immagine di genere conforme al proprio essere).

all'incertezza e alla "forzosità" di un percorso di "tensione verso" e, insieme, di arresto (probabilmente riconducibili alla persona transessuale come all'operatore; in questo senso ciò si potrebbe legare anche ad una modalità d'intervento prolungata che, rimanendo talvolta vincolata alla certificazione diagnostica, può configurarsi come ambivalente: non più soltanto diagnosi, non ancora psicoterapia). Infine, l'ambivalenza si esprimerebbe anche nel sospetto e nel giudizio, nell'intento di riporre reciprocamente fiducia nell'altro e nel lavoro con l'altro, di credergli ed essere creduto (il giudizio, in questo caso, non riguarderebbe unicamente la persona transessuale in attesa di una valutazione diagnostica, ma anche lo psicologo in formazione, il cui operato andrà resocontato e supervisionato).

Sembrirebbe, dunque, che l'isotopia semantica sinora presentata, si associ significativamente a resoconti redatti da operatori in formazione specialistica e raffiguri una simbolizzazione della relazione e del contesto in termini di forte ambivalenza.

Il **cluster II** (*madre, padre, femminile, casa, legare, chiamare, morire, diventare*) sembra poter definire la dimensione semantica dell'**origine, tra rottura e trasformazione**. Termini come *madre, padre, femminile* (da *fecundus*, evocativo di una dimensione di generatività), *casa* (rappresentazione di un elemento che contiene, racchiude, ma anche di quel che "dà nome", il casato, che designa, identifica e, insieme, definisce l'appartenenza), evocano la dimensione della nascita, delle origini. Così *chiamare* che, oltre ad un'idea di relazione, rimanda all'operazione del "metter nome a qualcuno". *Legare*, che di primo acchito rimanda all'idea di relazioni solide e, insieme, ad una dimensione avvolgente (rassicurante o forse costrittiva), nel suo etimo latino rimanda anche a quel che "è disposto secondo legge". Un significato che appare fortemente evocativo in questo contesto d'intervento e che sembra ancor più indicativo se lo leghiamo semanticamente alla dimensione delle origini, sinora rappresentata e a quella del *morire* e del *diventare* (dal latino *divenire*, acquistare forma o condizioni nuove, diverse dalle precedenti).

Anche in questo caso la variabile *specializzando* appare associata al cluster in questione (tab. 2), sebbene con scarsa significatività, insieme ad una *relazione di genere* "invertita", ma "omosessuata" in base al dato anatomico e a *modalità d'intervento* sostanzialmente caratterizzate da una precoce interruzione del lavoro psicologico, che appaiono invece abbastanza significative. Questa isotopia semantica, rappresentata da tematiche inerenti una dimensione generativa, trasformativa e insieme mortifera, di riconoscimento e "nominazione", sembrerebbe più strettamente associata con i resoconti redatti da operatori, di sesso maschile, in formazione specialistica (oltretutto anch'essi alle prese con le proprie dinamiche di riconoscimento identitario, soprattutto sul piano professionale). In questo caso, però, ciò che appare forse significativo, è l'associarsi di queste tematiche -evocative di una "rottura", di una "interruzione"- con una precoce interruzione del lavoro psicologico, riproposta ed agita, dunque, anche nello spazio clinico e con una relazione di genere che, presumibilmente, attiva nell'operatore (dello stesso sesso biologico della persona transessuale) dinamiche legate alla trasformazione del corpo, alla perdita, alla rinuncia di parti di sé, del proprio passato e di quel che potrebbe essere il proprio futuro.

In questo caso, l'isotopia descritta poc'anzi sembrerebbe rimandare ad aspetti contenutistici del colloquio psicologico, a resoconti che (forse sia per la specifica configurazione di genere nella relazione, sia per il percorso formativo degli operatori) colgono e narrano in una prospettiva storica (ed evolutiva) l'avvio della relazione e gli aspetti della vita della persona transessuale, presentando una simbolizzazione della relazione e del contesto nei termini di quel che definisce sé e l'altro, dando inizio e fine alla relazione.

L'isotopia semantica individuabile nel **cluster III** (*cambiamento, ora, psicologo, operare, trans, medico, nome, ormone, dopo, realtà, nascere, negare, sbagliare, errore, esistere, documento*), richiama i contenuti della domanda posta dalla persona transessuale, le figure istituzionali e le modalità del cambiamento proposto nell'iter medico-legale, esprimendo l'idea di un **intervento come correzione**. L'attualità (*ora*) di un *cambiamento* di cui si necessita -di nome, di realtà (sarebbe da chiedersi di quale realtà si tratti, se di quella interna o di quella esterna)-, onde negare e correggere un precedente errore (così viene definito "lo sbaglio" commesso un tempo dalla natura che plasmò un corpo "inesatto"), predispone al

dopo, alla possibilità di “avere vita”. Un *nascere* ed un *esistere*, inteso come “levarsi fuori, apparire” (dal latino *ex-sistere*) e come “essere e sentirsi” nel tempo e nella realtà, che appaiono possibili solo se in relazione ad una *trans-formazione* e soltanto se comprovati da una nuova, “corretta” testimonianza (*documento*) di sé, correttivo di un precedente errore e traguardo di un insostenibile, quanto angosciante, vagabondare senza senso e senza meta (*errore da errare, “vagare senza meta”*).

Le variabili associate al cluster in oggetto (tab. 2) indicano una sua forte relazione con *modalità d'intervento* brevi, circoscritte e mirate (*counselling*) e con resoconti redatti da *operatori specialisti*. Minore è, invece, l'indice di associazione con una *relazione di genere* “conforme”, ma “invertita” in base al sesso e, ancor meno, con una relazione tra operatrici e transessuali FtM, ovvero dello stesso sesso d'origine. Pertanto, il dato più significativo sembra riguardare proprio la presenza di un'associazione tra i resoconti di operatori specialisti, modalità d'intervento brevi e “finalizzate” e tematiche relative alla dimensione dell'intervento inteso come correzione, ovvero ai contenuti della domanda posta all'operatore, per come è presentata dal soggetto transessuale e per come è inserita nell'iter istituzionale (che prevede l'assegnazione di un posto per l'intervento psicologico entro cui questo viene collocato). In questo caso, dunque, la simbolizzazione affettiva della relazione e del contesto, associata con i resoconti degli operatori specialisti, si rappresenta nell'immagine del cambiamento come correzione.

Il **IV cluster** (*raccontare, incontro, spiegare, amica, difficoltà, percorso, silenzio, comunicare, aiutare, paura, parola, comprendere*) individua la dimensione semantica della **relazione come percorso**. Sin dal primo termine, *raccontare* (dal latino *contare*), viene evocata la dimensione della narrazione entro lo spazio del colloquio psicologico, così come della narrazione di sé e dell'altro da sé, nel resoconto clinico. La simbolizzazione affettiva dell'*incontro*, con le sue *difficoltà, paure* e *silenzi*, si colloca tra il “venirsi incontro”, il congiungersi e “l'andare contro” (dal latino *in-contra*), lo scontrarsi, connotando una dimensione certamente ambivalente, forse troppo gravosa, entro la quale, tuttavia, emerge l'idea di una condivisione. Così *comunicare*, nell'accezione di “rendere comune” (dal latino *communem*, letteralmente “che compie il suo incarico insieme con altri”) e l'*ex-plicare* (*spiegare*), nel senso di svolgere, sciogliere, sembrano riferirsi a ciò che viene sciolto e rivelato, messo in *parola*, in un difficile percorso di condivisione (di un comune compito) e *comprensione* (dal latino *comprehendere*, “prendere con”); un percorso che, se da un lato rimanda ad una dinamica paritaria, *comprensiva* ed *amichevole*, del fare e condividere insieme, dall'altro sembra aprire alle possibili funzioni del lavoro psicologico come “presa in carico”.

Le variabili che maggiormente risultano associate a questo cluster presentano un nesso tra resoconti redatti da *operatori specialisti*, di sesso femminile e *modalità d'intervento* lunghe, conclusesi però con una precoce interruzione della relazione. L'isotopia semantica descritta appare evidenziare una dimensione relazionale emotivamente densa, piena di contenuti che ad essa sembrano riferirsi, così come alle sue possibili funzioni; una dimensione che, oltretutto, sembra tenere insieme aspetti relativi alla dinamica del colloquio clinico e alla stesura del resoconto, da “intervisionare” nello scambio *comunicativo* (ovvero di un lavoro comune).

La simbolizzazione affettiva della relazione e del contesto, dunque, in questo caso sembra definirsi nei termini di un raccontare/raccontarsi, che si fonda sulla condivisione di un percorso.

Infine, la **V isotopia semantica** (*rapporto, omosessualità, cenno, gesto, foto, immagine, progetto, chiusura, protocollo, occhiale, violenza, prostituzione*) identifica la dimensione di un **linguaggio incarnato**. Il primo termine, *rapporto*, evoca l'idea di un “resoconto scritto che contiene fatti da far conoscere” (Cortelazzo & Zolli 1999, p.1321), questo, insieme a *protocollo*, rimanda con chiarezza ad uno dei compiti che l'operatore è tenuto a svolgere²²,

²² Così viene abitualmente chiamato il resoconto del colloquio, oggetto delle discussioni in gruppo. E' interessante che venga usato soprattutto in questa accezione che, com'è noto, rimanda ad un insieme

ma anche ad una relazione che si realizza in funzione di un “fare rapporto”, all’idea di un giudizio, di una dimensione terza che funge da referente/committente istituzionale per entrambi gli attori della relazione. *Foto, immagine, occhiale*, rimandano all’idea di una lente attraverso cui si coglie e si presenta l’esteriorità del corpo, ma anche a quel che può mistificarla o appiattirla, fissandola in una dimensione bidimensionale, di superficie, priva di profondità; laddove il corpo, nella sua apparenza ed esteriorità, diventa non una parte ma il tutto, non un aspetto di sé ma ciò che è *interamente* il sé. Come *progetto* che, al di là del suo comune utilizzo, implica l’idea di quel che viene “messo, gettato innanzi” (dal latino *projcĕre*) e mostrato, esibito, usato; come *prostituzione* (da *prostituĕre* “porre davanti, esporre”), che rimanda ad una dimensione della sessualità come *violenza* sul corpo, così il corpo, in quanto *cenno* e *gesto*, viene esposto, presentandosi concretamente anche nella dimensione dell’incontro, nell’impossibilità di trovare rappresentazione e significazione.

Le variabili che si associano a quest’ultima isotopia semantica legano la tematica del linguaggio incarnato alla presenza di resoconti redatti da *operatori*, di sesso maschile, *in formazione specialistica*, ad una *relazione di genere* “invertita”, ma “conforme” rispetto al sesso e, infine, ad una specifica *modalità d’incontro* che, sebbene svincoli -apparentemente- una relazione psicologica di più lunga durata, “di accompagnamento”, dalla consegna della certificazione diagnostica (di fatto prodotta dopo pochi colloqui), ad essa sembra rimanere indissolubilmente legata. Un legame che sembra potersi evidenziare sia nell’interruzione precoce del lavoro psicologico proposto dopo la consegna del certificato, sia nel riferimento alla stesura del protocollo che, redatto per la supervisione (e in questo caso appare chiaramente il nesso con i resoconti degli operatori in formazione) e la discussione sull’intervento, costituisce la base di quel che, attraverso la certificazione diagnostica, verrà *restituito* al paziente e alla committenza istituzionale. Infine, la dimensione di una corporeità *agita ed oggettivata* che, veicolando un’affettività “concreta”, si propone con urgenza ed irruenza, sembra pervadere lo spazio del colloquio e, sul piano contenutistico ed emotivo, anche il resoconto clinico, mettendo in scacco (ancor più, forse, in questo tipo di “relazione di genere”) le funzioni del pensiero e della rappresentabilità²³.

Si raffigura, pertanto, una simbolizzazione della relazione e del contesto come linguaggio incarnato, che in sé racchiude l’idea di una concretezza agita e vissuta nel “fare rapporto” con l’altro.

Tab. 2 – INDICI DI ASSOCIAZIONE (CHI ²) CLUSTER E VARIABILI			
ISOTOPIE SEMANTICHE	OPERATORE	RELAZIONE DI GENERE	MODALITA' INCONTRO
Cl. 1 Lo spazio dell’ambivalenza	in formazione (152,53)	sesso op. F – sesso trans. M (92,78) sesso op. M – sesso trans. F (57,53)	LTC (513,33) LC (102,17)

di regole da seguire e formule iniziali “comprendenti invocazione, iscrizione e salutatione” (Cortellazzo & Zolli 1990, p.1276) da rispettare in alcuni contesti formali. Appare significativo che, in ogni caso, l’idea del resoconto (anche nell’accezione di protocollo) implichi una forte referenzialità, ovvero il rimando a qualcuno o, più ampiamente, ad una dimensione terza, contestuale, cui è necessario fare riferimento e rendere conto.

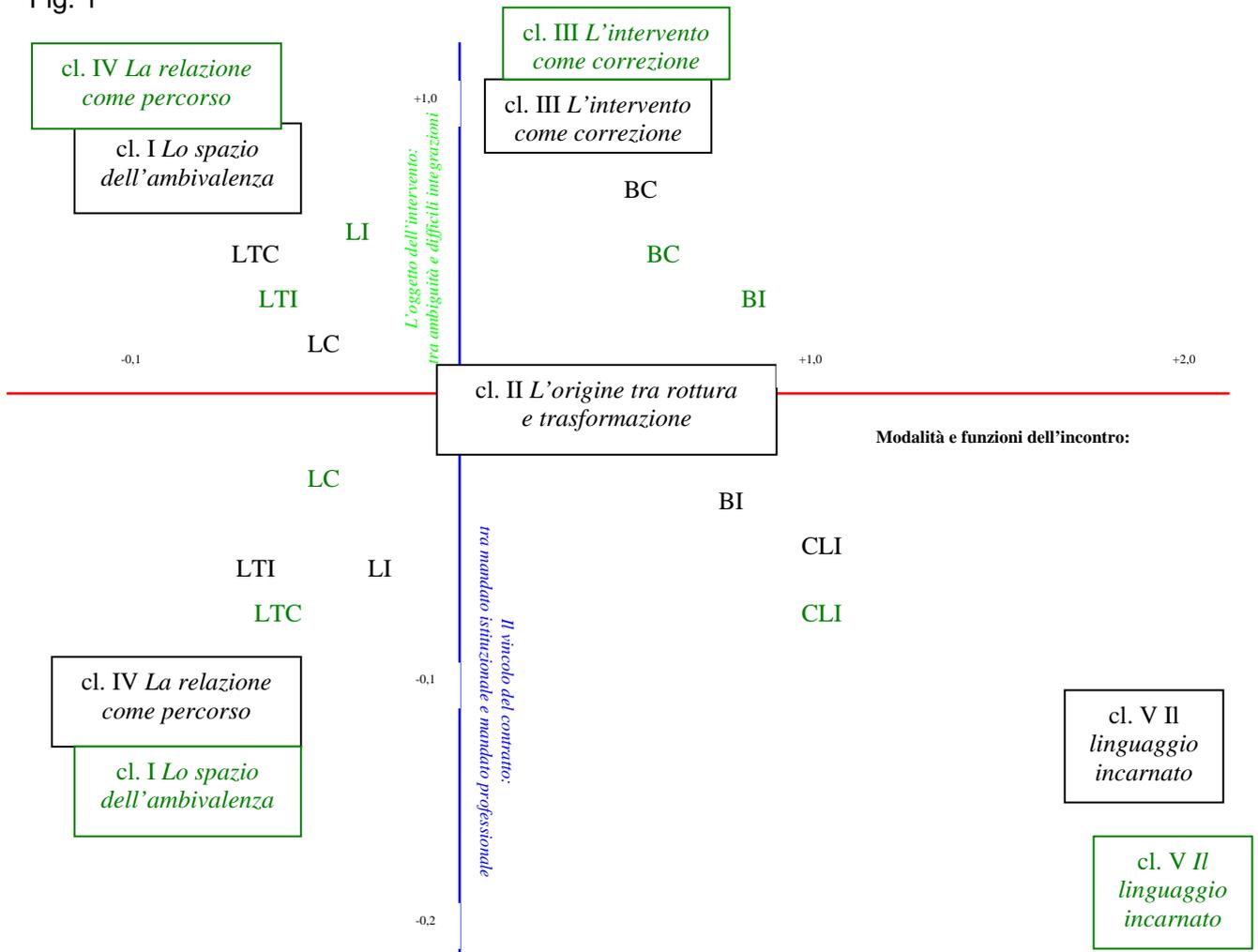
²³ Si ricorda quanto Valerio *et al.* (2000) sottolineano in proposito: “la dovizia di particolari, la modalità “viva” e provocatoria del suo [soggetto transessuale] racconto crea un certo turbamento nell’operatore, che si sente avvolto in “un’atmosfera erotizzata”, ma che sembra possedere in sé una qualità inconsueta, non definibile, difficilmente riconducibile ad altre sensazioni”; un’erotizzazione che esprime un “attacco al legame”, in quanto la modalità concreta e provocatoria del racconto sembra produrre, nell’operatore, uno svuotamento ed un arresto nella possibilità di pensiero e simbolizzazione. In questo senso torna alla mente anche la riflessione proposta da Quinodoz (2002) a proposito di quel “linguaggio che tocca” -un linguaggio che non si limita a comunicare verbalmente pensieri, ma che riattiva sensazioni corporee ed esperienze sensoriali dimenticate- che l’autrice trova necessario per entrare in contatto con quei soggetti che hanno difficoltà nell’elaborazione simbolica degli affetti e nella traduzione di questi in parole.

Cl. 2 L'origine tra rottura e trasformazione	in formazione (4,21)	sessu op. M – sesso trans. M (180,19)	CLI (226,90) BI (62,57)
Cl. 3 L'intervento come correzione	specialista (138,66)	sessu op. M – sesso trans. F (48,01) sessu op. F – sesso trans. F (10,21)	BC (409,02)
Cl. 4 La relazione come percorso	specialista (230,05)	sessu op. F – sesso trans. F (12,38) sessu op. F – sesso trans. M (150,65)	LI (311,32) LTI (162,85) LC (10,86)
Cl. 5 Il linguaggio incarnato	in formazione (70,73)	sessu op. M – sesso trans. M (195,14)	CLI (562,41)

A questo punto, avendo *interrogato* il corpus in base alle variabili che definiscono le modalità in cui si è svolto il colloquio psicologico, occorre procedere con l'interpretazione della disposizione (che evidenzia l'associazione o l'opposizione) delle isotopie semantiche (raffiguranti i diversi modelli di simbolizzazione della "relazione nel contesto" e del "contesto nella relazione") nello spazio tridimensionale²⁴ rappresentativo delle dimensioni contestuali dell'intervento.

²⁴ Proiettati sullo spazio fattoriale definito dalle variabili *modalità d'incontro* prese in esame (fig. 1), i cluster sono stati analizzati in base ai primi tre fattori, che consentono di interpretare il 60,03% dell'inerzia totale. Le percentuali degli autovalori di ogni singolo fattore sono così distribuite: I fattore 23,67%, II fattore 18,55%, III fattore 18,08 %.

Fig. 1



Fattore I (asse delle X) Proiettando i cluster sull'asse delle X si evidenzia l'opposizione tra cl. V (in nero) e la coppia cl. I-IV (in nero), modalità più brevi d'intervento BC-BI-CLI (in nero) e modalità di più lunga durata LC-LTC-LI-LTI (in nero). **Fattore II (asse delle Y)** Proiettando i cluster sull'asse delle Y si evidenzia l'opposizione tra la coppia cl. I-III (in nero) e la coppia cl. IV-V (in nero), modalità di intervento che si concludono con la consegna della certificazione diagnostica BC-LC-LTC (in nero) e relazioni che si interrompono precocemente BI-LI-LTI-CLI (in nero). **Fattore III (asse delle Y nella relazione fattore 1 asse X – fattore 3 asse Y)** La posizione dei cluster e delle variabili sul III fattore (in verde), evidenzia un ribaltamento per quanto concerne i cl. I e IV e le modalità d'intervento che ad essi sono associate. In questo caso, infatti, si evidenzia l'opposizione tra la coppia cl. I-V e la coppia cl. III-IV (in verde),

Come si rende evidente (fig. 1), la dimensione simbolica ed emozionale raffigurante la relazione ed il contesto come *origine tra rottura e trasformazione* (cl. II) si colloca in una posizione che esprime un contributo poco significativo nell'organizzazione dello spazio fattoriale; ciò si spiega considerando che, probabilmente, trattandosi di una dimensione molto significativa nell'ambito dell'intera problematica transessuale, sia per quanto concerne i contenuti narrati e resocontati (le storie di vita delle persone transessuali sembrano incentrarsi notevolmente sugli aspetti relativi alla dimensione familiare, alla rottura col passato e al bisogno di nominazione e riconoscimento di sé), sia per quanto attiene alla dinamica relazionale che si dipana dentro e fuori la stanza del colloquio (in tal senso si rimanda a quanto evidenziato nella precedente interpretazione di questa isotopia semantica), questa dimensione satura quasi del tutto l'isotopia del discorso.

Lungo il I asse fattoriale (asse delle X) sembrano declinarsi *modalità e funzioni dell'incontro: tra trasformatività e coartazione*. Una modalità di intervento di breve durata, caratterizzante una dimensione in cui il *linguaggio del corpo* -veicolo di agiti- sembra coartare il pensiero, nello spazio di una relazione fortemente vincolata ad una dinamica referenziale (nell'ambito dell'emissione di un giudizio/valutazione su di sé e sull'altro), si oppone a modalità d'incontro di più lunga durata, dove lo *spazio dell'ambivalenza*, su un piano individuale e relazionale, in una dimensione di *relazione intesa come percorso*, sembra trovare una possibilità di elaborazione e comprensione, in funzione dell'attivazione di un processo di pensiero trasformativo.

Come dire che se, da un lato, sembra potersi evidenziare il polo della "relazione" (l'ambivalenza che connota la dimensione individuale e relazionale, percettiva e desiderativa insieme alle funzioni di una relazione che si fa racconto, percorso, condivisione), dall'altro sembra emergere il polo del "contenuto", esibito ed ostentato nella sua concretezza, senza possibilità di tradursi in pensiero, rappresentazione.

Il II fattore (asse delle Y) sembra definire, invece, la dicotomia del *vincolo del contratto: tra mandato istituzionale e mandato professionale*. Su questo asse, infatti, modalità d'intervento conclusesi con la consegna della certificazione diagnostica, caratterizzanti le dimensioni emozionali dell'*ambivalenza* e dell'*intervento inteso come correzione* e nuova attestazione di sé, si oppongono a relazioni precocemente interrotte, caratterizzanti l'incontro tra le dimensioni del *linguaggio incarnato* e della *relazione come percorso*. Quest'ultima dimensione emozionale sembra illustrare il tentativo di promuovere, nel contesto dell'intervento psicologico, un pensiero *sul* corpo, un processo di elaborazione della corporeità agita e, dunque, di dilazione dell'urgenza, di sospensione dell'azione in funzione di una possibilità di significazione, che se può rispondere ad un "mandato professionale", non può sempre coincidere con un "mandato istituzionale".

Da una parte, sembra quindi evidenziarsi un tentativo di connessione tra il "contenuto" e la "relazione", tra la mente ed il corpo, tra il pensiero e l'azione, come rappresentazione di una delle funzioni dell'intervento psicologico (soprattutto in una prospettiva psicodinamica, che invita ad un pensiero riflessivo in luogo di una modalità *agita*), ma che, in questo caso, esita nell'interruzione precoce del percorso. Dall'altra parte, invece, sembra emergere una dimensione della relazione che si dispiega nel *qui ed ora* dell'intervento, entro il contesto istituzionale di cui è parte e che, dunque, risponde alla domanda posta in origine, con gli strumenti di cui la psicologia clinica dispone; sebbene, in questa dinamica, la "promessa del certificato" possa rappresentare ciò che vincola la relazione (d'altra parte sospetto e ambivalenza sembrano potersi legare alla forte referenzialità implicata nella situazione).

Infine, il III fattore sembra evidenziare l'*oggetto dell'intervento: tra ambiguità e difficili integrazioni*. In questo caso, infatti, una modalità di relazione precocemente interrotta (fa eccezione la modalità BC), caratterizzante l'incontro tra la dimensione della *relazione come percorso* e dell'*intervento come correzione*, si oppone a modalità d'intervento che vedono la consegna del certificato, caratterizzanti lo *spazio dell'ambivalenza* ed il *linguaggio incarnato*. Una dimensione emozionale, questa, che se da un lato sembra proporre il corpo come oggetto d'intervento, in uno spazio di pensiero fortemente connotato da ambivalenza e referenzialità, dall'altro propone l'intervento stesso, ed il cambiamento a cui rimanda in

termini “correttivi” (forse rispondenti ad un’istanza interventista) ed “elaborativi” (forse promossi da un’istanza curativa), come oggetto di riflessione entro un percorso di lavoro comune. In quest’ultimo caso, tuttavia, la relazione sembra cedere interrompendosi precocemente; laddove, al contrario, trova successo una modalità d’intervento più breve e mirata (BC) che risponde alle richieste di un iter precostituito, forse attenendosi più conformemente ad esso.

Come dire che l’oggetto dell’intervento si rappresenterebbe, da una parte, nel lavoro sulla possibile integrazione tra il percorso di riflessione psicologica e l’iter istituzionale (o tra “mandato professionale” e “mandato istituzionale”, che prima si definivano per opposizione); mentre, dall’altra parte, l’oggetto dell’intervento si situerebbe nel lavoro sulla dimensione evacuativa del corpo che (come materialità ed esteriorità) si propone a livello contenutistico e relazionale come vincolante e potenzialmente costringente (corpo e certificato come oggetti *concreti* dell’intervento).

4. Riflessioni conclusive.

Le potenzialità di realizzazione dell’operare clinico, che si esplicano nell’interazione tra gli attori della relazione, pur trovando origine nel combinarsi delle diverse soggettività, non possono prescindere dalla funzione “istituente” e “significante” che il contesto psicologico dello scambio svolge, con le sue regole esplicite e con l’articolarsi di realtà, livelli e dimensioni affettive. Il resoconto clinico, che sorge come prodotto dell’intreccio relazionale e contestuale, sembra farsi portavoce di questo complesso impasto, dal momento che, proprio per le finalità che ne animano la realizzazione, esso racchiude in sé, come in un amalgama, livelli (intenzionale ed emozionale), realtà (interna ed esterna), dimensioni (individuale, relazionale ed istituzionale). Oggetto della riflessione diventa, dunque, la possibile significazione dell’operare clinico attraverso la sua resocontazione e, attraverso l’analisi del prodotto di questa attività e funzione, l’interpretazione di quei processi collusivi (Carli & Paniccia, 2002) che rappresentano la matrice simbolica (emozionale, affettiva) della relazione agita entro il contesto.

Lo scenario sinora descritto rende dunque possibile la tessitura di più livelli interpretativi.

Nel primo, i diversi modelli di simbolizzazione della relazione e del contesto possono essere letti in connessione con l’esperienza e la formazione professionale degli operatori scriventi. I resoconti redatti dagli psicologi in formazione specialistica sembrano legati, con un certo grado di associazione, a dimensioni contenutistiche e relazionali, che appaiono inerenti allo spazio del colloquio clinico e alla successiva resocontazione, nelle sue molteplici valenze (supervisione, riflessione che orienta l’intervento, restituzione). Sicché i modi di simbolizzare la relazione nel contesto ed il contesto nella relazione (raffigurando un’idea di forte ambivalenza, di concretezza agita e vissuta nel “fare rapporto” con l’altro e di definizione, come origine, rottura e trasformazione, di sé e dell’altro) sembrano presentare una dimensione forse più autocentrata o, in una dinamica speculare, centrata su di sé e/o sul cliente. Se ciò può esser messo in rapporto con una condizione di difficoltà operativa di natura “evolutiva” che, certamente legittimata da un’identità professionale in via di definizione, rende incerta l’assunzione del ruolo e impregna di forte referenzialità la realizzazione del compito, probabilmente va anche letto in relazione al complesso intreccio “contestuale” (la sofferenza psicopatologica, l’ideale operativo e l’ambigua domanda d’intervento), di cui l’attenzione ai contenuti e alla dinamica relazionale rappresenterebbe un possibile aspetto difensivo. Nei resoconti redatti da operatori specialisti, invece, lo sguardo sembra poter volgere più criticamente alla relazione clinica nel suo legame con la domanda e con il contesto dell’intervento. Sicché, laddove il ruolo e l’esperienza maturata rendono meno incerta la propria operatività, i modelli di simbolizzazione tenderebbero a concentrarsi sulle condizioni di attuazione del proprio intervento nel contesto, forse presentando ed interrogando le possibili, diverse funzioni del lavoro psicologico (percorso di riflessione o “correzione”) per come esso può realizzarsi all’interno del complesso iter istituzionale.

La seconda proposta interpretativa considera, invece, la configurazione di diverse modalità in cui è possibile rapportarsi all'intervento nel contesto, consentendo una riflessione sulla possibile matrice di significato affettivo che, condivisa dagli individui che sono parte di quel contesto, ne guida l'intervento. In questo caso, tenendo conto che i modelli di simbolizzazione, che indicano il modo in cui si opera, riflettono l'incontro tra un modello di riferimento teorico ed operativo (in questo caso psicodinamico), un oggetto (il proprio compito, l'intervento) ed un contesto (la domanda, la dimensione gruppale e quella istituzionale), abbiamo visto intrecciarsi tre possibili prospettive che, inoltre, sembrano poter disegnare una continuità evolutiva. Da un vertice, evidenziando la centratura sulla lettura psicodinamica sia della patologia transessuale, sia delle funzioni dell'operare clinico, si delinea un intervento che si definisce tale, nelle sue funzioni, nella misura in cui alla coartazione del pensiero, che si realizza nello spazio dell'urgenza desiderativa ed operativa, contrappone la rappresentabilità e la traducibilità comunicativa. Dall'altro, la messa in campo delle funzioni trasformative del lavoro psicologico/psicodinamico sulla corporeità agita, nello scontro con le istanze correttive precostituite entro l'iter di cambiamento, prefigura una modalità operativa che sembra declinarsi nell'opposizione vincolante tra ideale curativo e realtà dell'intervento; nell'oscillazione, cioè, tra due possibili configurazioni in risposta alla domanda d'intervento: operatore salvifico o impotente smistatore?

Infine, da un terzo vertice, l'intervento psicologico sembra potersi rappresentare nell'opposizione tra una potenziale flessibile apertura alle condizioni attuative del "cambiamento" (curativo-correttivo), entro il contesto (in quella che, oltretutto, si è evidenziata come la prospettiva dell'operatore specialista) ed una più esitante posizione di chiusura sulla concretezza operativa (nella prospettiva relazionale dell'operatore in formazione). Così, se l'associazione tra la dimensione di un intervento a valenza curativa e di un'intenzionalità correttiva prefigura, nella fusione delle istanze, il possibile rischio di una simbolizzazione del proprio intervento nei termini di una "salvifica totipotenza", la possibile integrazione tra questi aspetti testimonia, d'altro canto, l'apertura ad un lavoro di riflessione critica sul significato, sulle funzioni e sulla realizzabilità del proprio intervento e ad un dialogo tra diverse istanze, modalità operative e finalità (medico-legali e psicologiche, che nell'opporci rischiano improduttivamente di perpetuare l'inconciliabilità tra corpo e mente, sesso e genere). Parallelamente, se il lavoro sugli oggetti concreti dell'intervento (il corpo mutilato e la richiesta del certificato) nella simbolizzazione di una relazione e di un contesto connotati da ambivalenza (individuale, relazionale ed operativa) e da referenzialità vincolanti, sembra indicarne il possibile rischio collusivo, la sua elaborazione ne rappresenta la potenziale evoluzione.

Se l'ambiguità della pretesa, in un oscuro ed ingannevole processo di delega ai rappresentanti del "fattore psico", vincola l'agire clinico (che vi risponde, così, implicitamente, avendo letto l'arroganza del presupposto o l'inconciliabilità delle vedute), convogliandolo nella concessione impotente o nell'opposizione salvifica, la potenziale valenza trasformativa cui la consapevolezza di ciò mira, protegge e, com'è noto, rompendo la fantasia collusiva (Carli & Paniccia, 2002), apre a nuove possibilità maturative.

Sicché, se il difficile incontro tra psicologo e persona transessuale sembra forse rimandare ad una più complessa possibilità d'integrazione, quella di mente e corpo, genere e sesso, intervento psicologico e percorso medico-legale, l'oggetto dell'operare clinico, entro il contesto, si prefigura nella potenziale elaborazione delle sue funzioni, così come dei suoi vincoli.

Bibliografia

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

- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press (trad. it. Il fenomeno transessuale, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1968).
- Boursier, V. & De Rosa, B. (2006). Qualche spunto di riflessione sulla femminilità e l'identità di genere: una base per la problematica del transessualismo. A. Nunziante Cesàro & P. Valerio, (Eds.), *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni* (pp. 49-86). Milano: FrancoAngeli.
- Boursier, V. (2007). Corpo e genere nel transessuale. *La camera blu, rivista del dottorato di studi di genere*, 2: 40-50. Napoli: Filema.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Chiland, C. (1997). *Changer de sexe*. [Changing the sex]. Paris: Editions Odile Jacobs.
- Cortelazzo, M. & Zolli, M.A. (Eds). (1999). *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*. Milano: Zanichelli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V. & Colli, A. (Eds) (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Etchegoyen, R.H. (1986). *Los fundamentos de la tecnica psicoanalitica*. [The principles of PsychoAnalytic technique]. Buenos Aires: Amorrortu Editores (trad. it. I fondamenti della tecnica psicoanalitica, Astrolabio, Roma, 1990).
- Fornari, F. (1979). *I fondamenti per una psicoanalisi del linguaggio*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freda, M.F. (2004). Metodi narrativi e formazione professionale: connettere e contestualizzare. In B. Logorio (Ed.) *Psicologie e cultura: contesti, identità, interventi* (pp. 263-287). Palermo: Carlo Amore.
- Freud, S. (1919). *Das unheimliche*. [The uncanny]. Sigmund Freud Gesammelte Werke. Frankfurt, S. Fisher Verlag GmbH (trad. it. Il perturbante, Opere Sigmund Freud, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1970).
- Galiani, R. (2005). *Un sesso invisibile. Sul transessualismo in quanto questione*. Napoli: Liguori.
- Gill, M. (1994). *PsychoAnalysis in transition*. Hillsdale, New Jersey, USA: The Analytic Press (trad. it. Psicoanalisi in transizione. Raffaello Cortina, Milano, 1996).
- Lancia, F. (1990). Prassi e resoconto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia clinica*, 1: 52-64.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi: Introduzione all'uso di T-Lab*. Milano: FrancoAngeli.

- Lothstein, L. (1983). *Female-to-male transsexualism*. Boston, London, Melbourne, Henley: Routledge & Kegan Paul.
- Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets: an essay in biologic*. London: Gerald Duckworth & Company Ltd (trad. it. L'inconscio come insiemi infiniti: un saggio sulla biologica. Einaudi, Torino, 1981).
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in Hypadrenocorticism: psychologic findings, in *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 96.
- Nunziante Cesàro, A. & Chiodi, A. (2006). Quale identità di genere?. In A. Nunziante Cesàro & P. Valerio, (Eds.), *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni* (pp. 184-194). Milano: FrancoAngeli.
- Nunziante Cesàro, A. & Valerio, P. (Eds.). (2006). *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni*. Milano: FrancoAngeli.
- Quinodoz, D. (2002). *Des mots qui touchent*. [Words that touch]. Paris: Presses Universitaire de France.
- Reiche, R. (2004). *Genere senza sesso* [Gender without sex]. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Salvatore, S., Freda, M.F., Logorio, B., Iannaccone, A., Rubino, F., Scotto di Carlo, M. & al. (2003). Socioconstructivism and theory of the unconscious: a gaze over a research horizon. *European Journal of School Psychology*, 1,1.
- Salvatore, S. (2004). Inconscio e discorso, inconscio come discorso. In B. Logorio (Ed.) *Psicologie e cultura: contesti, identità, interventi* (pp.129-158). Palermo: Carlo Amore.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender: the development of masculinity and femininity*. New York: Science House.
- Stoller, R.J. (1975). *The Transsexual Experiment (Sex and Gender vol. II)*. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Valerio, P., Bottone, M., Caputo, A.P., Caruson, S., D'Ostuni, F.P., Galiani, R. & al. (2000, april). *The relationship between the psychoterapist and the male transsexual patient: a female to rob or a male to "seduce"*. Paper presented at meeting of Millennium Conference dell'EFPP, Oxford, England.
- Valerio, P., Bottone, M., Galiani & R., Vitelli, R. (2001). *Il transessualismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Valerio, P. & Zito, E. (2006). Genesi dei transessualismi maschili: crocevia delle identità nella letteratura psicoanalitica (pp. 87-125). In A. Nunziante Cesàro & P. Valerio, (Eds.), *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni* (pp. 184-194). Milano: FrancoAngeli.
- Vitelli, R. (2001). Transessualismo e identità di genere: l'opera di Robert J. Stoller. In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani & R. Vitelli [Eds.]. *Il transessualismo* (pp. 29-45). Milano: FrancoAngeli.

Il sostegno come matrice di significati: resoconto di un intervento con un'associazione di genitori

di Maria Francesca Freda, Alessandra Oberti*

In questo contributo proponiamo il resoconto della prima fase di un intervento, nato in ragione della richiesta, portata alla nostra équipe, dal nucleo direttivo di una associazione di genitori con figli affetti da sindromi rare di tipo genetico e genetico-metabolico, relativa alla realizzazione di un sostegno psicologico per i genitori associati.

Il resoconto è stato da noi utilizzato e viene in questa sede proposto come processo conoscitivo volto all'individuazione dei criteri che hanno orientato la costruzione dell'intervento. Ci soffermeremo, pertanto, ad esplicitare quei nessi tra teoria e prassi che, nel contesto istituito dalla richiesta d'intervento, hanno orientato l'azione professionale (Carli & Paniccia, 2005), in particolare, proponendo una riflessione sulla fase istituyente dell'intervento, intesa come fase volta all'analisi della domanda, alla definizione di obiettivi di sviluppo ed alla costruzione del setting (Carli & Paniccia, 2003). Tale fase si è avvalsa di alcune azioni operative (condotte in tempi, spazi e con interlocutori diversi) connesse tra loro dall'obiettivo di costruire il contesto dell'intervento e di esplorare la matrice simbolica che lo fonda (Carli, 1987; Carli & Paniccia, 2003; Salvatore & Scotto di Carlo, 2005; Grasso, Cordella & Pennella, 2004). Le azioni cui si farà riferimento nel resoconto, riguardano: 1) i colloqui iniziali condotti con la committenza costituita dal direttivo dell'associazione; 2) alcuni colloqui di gruppo condotti, a porte aperte, con gli associati, appartenenti al direttivo più allargato, 3) alcune riunioni congiunte tra direttivo associativo, équipe medica di riferimento e psicologi; e, infine, 4) la conduzione di un'attività di studio e ricerca orientativa volta a comprendere, in un contesto più allargato, i modelli di significato che organizzano i processi di sostegno propri dei contesti associativi di genitori di bambini affetti da patologie croniche e/o disabilità.

Questo testo costituisce l'esito finale di una sequenza di resoconti, che hanno seguito ed anticipato gli incontri attraverso cui si è articolata questa fase dell'intervento, in quanto il resocontare è stato da noi adottato quale metodologia riflessiva volta alla comprensione ed al governo della dinamica dell'intervento (Salvatore & Scotto di Carlo, op.cit.), dunque, come attivatore ricorsivo di operazioni di costruzione di senso utili ad identificare traiettorie di sviluppo ed a delineare uno scopo del processo.

Due passi nei contesti associativi

La richiesta di intervento si delinea nell'area del "terzo settore", termine con il quale si fa riferimento a forme sociali, associate alla crisi del *welfare state* nei paesi occidentali, di gestione autonoma di servizi economici e sociali a partire da obiettivi e strumenti di solidarietà sociale (Donati & Colozzi, 1998).

In Italia, come in altri paesi europei, dagli anni '80 si è registrata una notevole crescita delle associazioni, nate in ragione di patologie a carico degli associati medesimi o dei loro di figli e familiari; tale sviluppo ha implicato un ampliamento delle associazioni sia di tipo numerico sia di tipo strutturale dando vita all'articolarsi di differenti tipologie associative connesse ad una varietà di problemi ed ad una varietà di scopi¹.

* Dipartimento di Scienze Relazionali Università degli Studi di Napoli Federico II

¹ I contesti associativi assumono forme organizzate a partire da gruppi di piccole dimensioni, ma si vanno sviluppando forme di unioni tra gruppi atte a consentire un'implementazione delle risorse disponibili e dei possibili contatti con servizi ed istituzioni a livello nazionale e, non ancora molto frequentemente, internazionale. Alcuni gruppi si appoggiano a vari servizi sociosanitari territoriali ed ai loro operatori, o formano delle vere e proprie "alleanze" con tali servizi (Silverman, 1980).

Lo sviluppo delle realtà associative quale risposta all'evoluzione della cultura del diritto e del benessere, nonché alla difficoltà degli Stati di rispondere alla domanda di qualità della vita delle popolazioni, segna gradualmente il passaggio da forme di solidarietà informali e spontanee verso modalità di compartecipazione più organizzate e strutturate che definiscono formalmente gli aspetti identificativi delle realtà associative (Bassi, 2000).

Una ricerca² condotta dal nostro gruppo (Oberti, A., Gleijeses, M.G., & al., 2006) sui siti web delle associazioni nazionali di genitori di bambini con patologia cronica e/o disabilità, volta ad esplorare le funzioni di sostegno proposte ed attivate in questi contesti associativi ha permesso di evidenziare alcune fondamentali categorie di scopi del processo associativo connesso a questa tipologia di problemi: a) l'attivazione di collegamenti entro la frammentarietà dei servizi assistenziali e sanitari volta a fornire indirizzo ai genitori nei contatti con gli operatori specializzati; b) la promozione di campagne informative rivolte alla comunità sociale volte alla tutela e promozione dei diritti delle famiglie e dei figli malati/disabili; c) la creazione di legami associativi volta a contenere i vissuti di impotenza ed isolamento. Le modalità di supporto associativo si declinano, dunque, secondo le principali funzioni del sostegno sociale: quella materiale, funzionale a fornire risorse o servizi, quella informativa, volta a trasmettere informazioni o competenze pratiche, quella emotiva e di contenimento che consiste nella condivisione e nell'istituzione di una relazione di fiducia ed affetto nonché l'implementazione di modalità di interazione sociale gratificanti e quella sociale volta a promuovere nel contesto sociale i diritti degli associati.

Le configurazioni della solidarietà che caratterizzano i contesti associativi analizzati sembrano affondare le loro radici culturali da un lato, nelle funzioni del sostegno proposte dalle "società di mutuo soccorso"³ dell'800, e dall'altro, nelle funzioni del sostegno attivate dai "gruppi di auto-mutuo-aiuto"⁴. In tal senso, si può parlare di un'associazione tra persone costituita da una componente più "militante" tesa alla tutela dei diritti dei suoi membri, simbolicamente categorizzati come minoranza oppressa, volta ad attivare un cambiamento degli equilibri di potere nel rapporto con il sociale allargato, e da una dimensione più "affettiva" relativa alla creazione di legami identitari, di riconoscimento reciproco in seno alla quale il cambiamento riguarda i membri medesimi, categorizzati proprio in ragione delle loro somiglianze nei termini di un gruppo unitario. In questo senso le realtà associative possono essere rappresentate quale modalità di sostegno trasformativo sia per le famiglie sia per il contesto comunitario (Laville, 1998), riattivando e

² E' stata effettuata un'indagine esplorativa dei siti web di 20 associazioni nazionali di genitori di bambini con patologia cronica o disabilità, al fine di individuare una categorizzazione delle funzioni del sostegno proposte ed attivate dai contesti associativi. In tal senso, sono stati considerati il peso delle singole funzioni entro la totalità delle associazioni, le differenti modalità attraverso cui si articolano ed il loro orientamento interno od esterno al medesimo contesto associativo.

³ Le "società di mutuo soccorso", comparse nell'Ottocento, interessavano soprattutto la classe operaia, scarsamente tutelata dai sistemi previdenziali, si identificavano per la presenza diffusa di pratiche solidaristiche ed esistevano già quando i sindacati erano ancora proibiti. Il carattere associativo delle società di mutuo soccorso dà forma alla convinzione che i lavoratori possano migliorare le proprie condizioni materiali e morali con le loro stesse forze unite e solidali; gli elementi di coesione di tali *associazioni* erano rappresentati dalla comune condizione sociale, dalla condivisione di regole interne e di obiettivi nonché dall'idea di aiutarsi reciprocamente per agire in funzione di un cambiamento (Amerio, 1996; Gattino, 2006).

⁴ L'autoaiuto è un fenomeno che si è evoluto a partire dalla prima metà del Novecento, la prima organizzazione fondata negli Stati Uniti nel 1935 fu quella degli Alcolisti Anonimi; attualmente la realtà dell'auto-mutuo aiuto è molto complessa, la tipologia dei gruppi è varia ed essi sono diffusi in diverse parti del mondo. Tale movimento si inserisce nell'area del sistema informale di aiuto ed è costituito da persone che condividono una condizione problematica, la quale influenza lo sviluppo di un senso di appartenenza al gruppo che favorisce lo scambio di emozioni ed esperienze. I gruppi sono generalmente autogestiti, si organizzano intorno a temi concreti, fungono da contenitore emotivo per i suoi membri, l'esperienza del gruppo è uno strumento di cambiamento personale (Amerio, Gattino, 2000). In Italia lo sviluppo dei gruppi di mutuo aiuto è avvenuto negli anni '70 in relazione alla crisi dello Stato assistenziale e, in particolare, in ragione delle carenze di servizi personalizzati, che potessero rispondere agli specifici bisogni degli utenti, nonché dell'emergere di nuovi valori che esplicitavano la necessità di rapporti umani più intimi e di solidarietà quotidiana.

moltiplicando i rapporti e veicolando una nuova cultura per la collettività, con funzione di prevenzione rispetto al rischio del ripiegamento sulla sfera privata e di promozione del benessere del singolo e del gruppo (Tognetti Bordogna, 2005). La partecipazione ad un contesto associativo può assolvere una funzione importante per i genitori per quanto riguarda la possibilità di assicurare ai propri figli un contesto di assistenza competente, offrendo, in questo modo, un supporto al ruolo genitoriale di cura, messo a dura prova dalla condizione patologica dei figli (Goldfarb, Brotherson, Summers & Turnbull, 1986; Senatore Pilleri & Oliverio Ferraris, 1989). Il lavoro di mobilitazione rispetto alle istituzioni, così come la partecipazione ad una comunità attiva, possono implementare la percezione di competenza da parte dei familiari nel rapporto con la malattia e, dunque, con il proprio figlio. Le associazioni, infatti, attraverso la condivisione della medesima problematica sembrano offrire la possibilità di costituirsi come un contesto di appartenenza fondato su dimensioni di fiducia reciproca che favorisce vissuti di riconoscimento, di visibilità all'esterno e di sostegno allo status (Wills, 1985). In tal senso, esse possono rappresentare per le famiglie un contesto rassicurante che può esercitare una funzione protettiva rispetto ai vissuti di isolamento e di "diversità", e costituirsi quale spazio entro il quale esporsi senza la paura del "giudizio sociale" (Zanobini, Manetti & Usai, 2002) che acuisce i sentimenti di colpa e persecutori.

Il contesto associativo può essere letto, dunque, quale forma di compartecipazione che coinvolge aspetti pratici e simbolici interrelati connessi all'area della solidarietà fra pari, di promozione della salute e di tutela dei diritti ed al rapporto con la dimensione della cura e della malattia dei bambini, ma anche, in modo trasversale, quale forma di processi affettivi legati al faticoso lavoro di elaborazione del lutto (Freud, 1915) connesso alla perdita del figlio ideale ed immaginato.

Nell'ambito dello studio dei processi simbolici ed istituzionali che fondano la creazione delle associazioni di genitori, un interessante e significativo contributo è offerto, già nel 1980, dal pionieristico lavoro di Di Cagno e Ravetto sull'intervento psicologico nelle condizioni di malattie croniche e mortali dell'infanzia. A partire dal modello psicoanalitico di Jaques (1966) gli Autori analizzano la struttura ed i processi associativi secondo due aspetti interdipendenti che si riconnettono da un lato ai caratteri "*espliciti*" (organizzazione, finalità concrete, ruoli, regole, rituali, etc.) e, dall'altro alle funzioni "*inconscie*", di difesa dalle angosce persecutorie e depressive; "I due livelli di funzionamento interagiscono e si intersecano continuamente, anche se solo del primo i membri dell'associazione si rendono consapevoli" (Di Cagno & Ravetto op. cit., p 93).

La malattia cronica e mortale, continuano gli Autori, si inserisce quale evento traumatico entro la trama di vita di queste famiglie, alimentando in ciascuno dei suoi membri le relative angosce di morte e la necessità della messa in atto di misure difensive e processi riparatori (Klein, 1948) che riguardano la difficile elaborazione della colpa per aver generato un figlio malato ed irrimediabilmente compromesso nella sua possibilità di guarigione. La costituzione di un'associazione assumerebbe allora, ad un livello inconscio, una fondamentale funzione di socializzazione delle angosce di morte e, non appena messa in moto, diventerebbe essa stessa momento catalizzatore delle realizzazioni difensive e dei processi riparatori. L'intreccio tra aspettative ed esigenze conscie ed inconscie condivise dai suoi protagonisti accompagna ed orienta le fasi della fondazione di un'associazione, ne definisce la struttura, le modalità relazionali prevalenti e, non ultimo, i suoi scopi. Elaborare il lutto tramite la partecipazione, sentirsi parte di una nuova identità che contribuisce a colmare i vuoti prodotti dalla malattia, poter agire, in luogo al soffrire, per rivendicare ed ottenere ciò che viene reputato giusto, sono alcune delle funzioni primarie che secondo gli Autori l'associazione assolve. L'associazione dunque come istituzione di legami, che si colloca all'incrocio tra un dentro ed un fuori, tra dinamiche intrapersonali ed interpersonali, i cui processi di funzionamento sono costruiti ed attraversati da modi di categorizzazione della realtà consci ed operativi e modi di operare della mente inconsci, fondati sui processi di simbolizzazione affettiva (Fornari, 1976). L'urgenza di condividere il "peso" e di essere riconosciuti nel proprio dolore, ma anche la possibilità di partecipare alla comunità di sentire una corrispondenza o una risonanza nell'altro, sembrano contribuire per desiderio (Kaes, 1996) alla determinazione del legame associativo, sembrano fondare le origini di ogni associazione, ma anche i suoi vincoli e le sue possibilità di sviluppo, legate alle vicissitudini di tali dinamiche emotive. L'associazionismo costituisce una modalità della relazione sociale, che prende forma specifica in

ragione dell'incontro e dell'intreccio di processi simbolici di natura culturale ed affettiva (Gleijeses, M.G., Oberti, A., & al., 2006). In tal senso, dal vertice di lettura che proponiamo, l'associazione prende forma in ragione di specifiche configurazioni simboliche di natura fondamentalmente affettiva atte a fondare una collusione secondo le direttrici precedentemente indicate⁵. Configurazioni simboliche che attraversano e fondano i processi di categorizzazione operativa e che contribuiscono in questo modo a definire la struttura organizzativa dell'associazione nei termini dei suoi ruoli, dei suoi compiti e delle sue azioni. La richiesta di un intervento psicologico da parte di un'associazione si colloca sempre entro tali modelli, a partire da una loro crisi o dalla necessità di un loro sviluppo, e tenderà a riprodurre nella relazione di consulenza i modelli culturali che agisce nel suo contesto di influenza (Carli & Paniccia, 2003).

Di cosa si tratta: i primi colloqui con il direttivo dell'associazione

Alcuni mesi fa, la nostra équipe di lavoro e ricerca, riceve una richiesta di consulenza per la realizzazione di un progetto di sostegno alla genitorialità da parte di una neo-nata associazione di genitori con figli affetti da sindromi rare di tipo genetico-metabolico. L'associazione si è costituita da circa sei mesi in stretta collaborazione con una rinomata équipe medica universitaria che assolve funzioni di presa in carico e di ricerca nel campo delle malattie genetiche e presso il cui servizio è seguita la totalità dei figli dei genitori associati. La costituzione dell'associazione avviene in uno scenario di ristrettezze economiche, nel settore sanitario della Regione, e di tagli ai fondi preposti alla ricerca in campo medico. L'associazione si propone a supporto di una nuova alleanza tra genitori e medici per far fronte ad una condizione di precarietà i cui responsabili sono identificati nel sistema sanitario e nella volontà politica, una precarietà sentita come particolarmente pericolosa per un'unità operativa che si occupa di patologie di natura genetica e rare, per definizione, dunque, poco visibili e poco numerose. Le malattie di tipo metabolico nel loro complesso colpiscono un numero di persone assolutamente non trascurabile, ma, se considerate singolarmente, la maggior parte delle malattie sono rare.

Tali patologie, definite anche errori congeniti del metabolismo, sono un gruppo di malattie genetiche causate dal deficit parziale o totale di una specifica attività enzimatica oppure di una proteina che ha la funzione di trasportare specifici composti attraverso le membrane cellulari.

Nella maggior parte delle malattie metaboliche, il danno può pertanto essere dovuto alla carenza, nell'organismo del bambino, di un prodotto importante che non viene più sintetizzato; in altre, invece, il danno è causato dalla tossicità dei metaboliti accumulati; in altre ancora, il danno è determinato da entrambi i processi. Il tipo di sintomi e gli organi colpiti variano in funzione del tipo di danno: ogni malattia ha dunque caratteristiche cliniche diverse. Per molte malattie metaboliche non esiste una cura definitiva, ma per alcune sono disponibili trattamenti di sostegno efficaci, soprattutto se iniziati precocemente. Pertanto una corretta diagnosi di malattia metabolica, basata su esami di laboratorio, è essenziale sia per possibili approcci terapeutici sia per una corretta consulenza genetica alle famiglie a rischio.

Ci troviamo in una situazione di cronicità della patologia che, in alcuni casi, i più gravi, può assumere un esito infausto già nel corso dell'infanzia, una condizione in cui le uniche prospettive di guarigione sono affidate all'evoluzione della ricerca nel campo della medicina genetica. Un campo della ricerca, questo, in estremo fermento negli ultimi anni ed al centro di un complesso dibattito di natura bioetica; un campo in cui, a fronte di un forte incremento delle possibilità diagnostiche ed eziopatogenetiche non si è ancora approdato allo sviluppo atteso e sperato nell'identificazione di terapie. Al momento le uniche terapie possibili sono definite "di sostegno" e riguardano la gestione di sofisticati regimi dietetici e/o la somministrazione di integratori alimentari ed enzimi.

La presenza di una patologia genetica metabolica a carico di un bambino, oggi riconoscibile e diagnosticabile, pur nel rispetto delle differenze connesse ai diversi livelli di gravità, genera un

⁵ La collusione è intesa come simbolizzazione affettiva condivisa del contesto da parte di chi a quel contesto partecipa (Carli & Paniccia, 2003)

contesto di relazioni fortemente critico, si tratta di una tipologia di patologie che mette in scacco la funzione più primitiva del ruolo genitoriale legata alla trasmissione di un patrimonio genetico in grado di garantire la sopravvivenza; mette altresì in scacco la funzione di assistenza medica strettamente ancorata al suo ruolo di cura e di guarigione e pone, oggi, una sfida significativa alla ricerca ed alla società, chiamata a discutere i fondamenti dei suoi limiti e dei suoi doveri.

Dopo aver fornito le indicazioni sopra riportate, durante la prima riunione il direttivo ristretto specifica di avere in programma una serie di attività, già presenti in una *brochure*, tra le quali la prima a divenire operativa è il progetto di sostegno ai genitori. Viene esplicitata una rappresentazione dell'intervento come quella di un sostegno rivolto ai singoli, tuttavia tale rappresentazione viene proposta quale "ideale", poiché, per mancanza di risorse economiche, da subito il direttivo ripiega su una forma di sostegno che si organizzi secondo la dimensione del gruppo. La necessità del sostegno psicologico è assunta nel discorso in ragione dell'intensità dell'esperienza traumatica della diagnosi di patologia genetica e rara a carico dei figli, la quale viene presentata come un momento di frattura nella continuità dell'esistenza ("*Nulla è più come prima*") accompagnato da vissuti di profonda solitudine e di impotenza. E' a questa esperienza, ed alla sua natura fortemente destabilizzante, cui il direttivo fa riferimento per identificare un bisogno urgente di sostegno psicologico alla genitorialità da poter garantire ai propri associati, identificati in un gruppo poco definito e articolato di coloro che, dietro proposta dello staff medico, hanno aderito all'associazione. Il gruppo degli associati viene presentato come molto bisognoso, "*affamato*" di cure, "*cento bocche da sfamare*" (cento è il numero dei genitori-soci), ma, allo stesso tempo, definito ironicamente dal direttivo come "*la massa silente*", incapace di articolare il suo bisogno e di rendersi risorsa attiva per l'associazione, ed interlocutore così passivo da rischiare di lasciare infruttuose le iniziative di questa.

Accanto a questa "certezza" del bisogno, si affianca, infatti, un'ansia di non utilizzo del servizio da parte dei medesimi associati; così come emerge di frequente la fantasia dello spazio dedicato a questo lavoro come spazio "vuoto" ed in ragione di questa fantasia vengono formulate diverse strategie relative a come l'intervento psicologico si debba occupare, in prima istanza, di convincere gli associati-utenti a "servirsi del servizio".

Cosa fare

Si pone all'équipe, da subito, un bivio strategico, la necessità di scegliere un assetto paradigmatico che orienti la costruzione del setting dell'intervento: è possibile, infatti, assumere come data l'esigenza di sostegno, tra l'altro, per molti dei suoi aspetti perfettamente condivisibile, di ipotizzare, quindi, setting dell'intervento di sostegno individuali o di gruppo presso il servizio sanitario, sulla scia della strategia associativa di cooptazione dei soci, affidando ai medici il compito di motivare e sostenere l'invio⁶. In questa strategia l'eventuale differenza tra l'intervento individuale e quello di gruppo è solo di natura numerica e tecnica, in quanto per entrambe le situazioni si assume una configurazione del setting che scinde il sistema cliente, nel nostro caso l'associazione, in un inviante ed in un destinatario e rivolge l'azione dell'operatore al destinatario. Da questa prospettiva, il dolore, la rabbia e l'impotenza che attraversano l'esperienza della conoscenza di una malattia a carico del proprio figlio sono considerate fenomenologie dotate di caratteri oggettivi, che connotano il mondo interno del genitore e che necessitano di una presa in carico e di un sostegno. In questa prospettiva lo psicologo assume ad oggetto del suo intervento l'altro, che sia solo o inserito in un gruppo, le sue caratteristiche interne che, per quanto non patologiche, poiché ancorate ad un doloroso dato di realtà, vanno risolte e orientate. In altre parole, si assume come scontatamente vera la diagnosi proposta dal committente, ci si appoggia ad essa per operare a prescindere dal sistema di relazioni in cui si colloca la richiesta. La seconda

⁶ Riprendendo, in questo caso, il modello culturale dei contesti sanitari secondo cui la responsabilità primaria di gestione del caso è del medico il quale, unico, può definire cosa va fatto del paziente entro il contesto ospedaliero, compresa la gestione dell'accesso all'intervento psicologico (Guerra, 1992).

strada, prevede invece la messa in discussione del bisogno, la messa in crisi del buon senso in ragione del quale chi attraversa un'esperienza traumatica ha necessariamente bisogno di un sostegno psicologico; lungo questa strada il setting dell'intervento si fonda sulla sospensione dell'azione (Carli, 1987) intesa quale dispositivo metodologico volto a pensare le dinamiche emozionali che attraversano la relazione istituita dalla richiesta di intervento. Questa prospettiva strategica prevede un assunto metodologico volto a considerare la richiesta d'intervento entro la struttura di interdipendenza che si genera tra committenza, utenza designata e tecnico. In questo caso l'ipotesi che orienta il lavoro riguarda l'analisi della richiesta, trattata nei termini di domanda, intesa cioè come dispositivo semiotico che ripropone e traduce nel rapporto cliente-consulente, i modelli di simbolizzazione affettiva del contesto (Carli & Paniccia, 2003). Rispetto al caso di cui stiamo raccontando, l'analisi della domanda riguarda la possibilità di formulare ipotesi circa la connessione tra diversi elementi: i processi di categorizzazione del sostegno psicologico, così come sono stati proposti e delegati al tecnico, i processi di categorizzazione che organizzano il complesso rapporto con i figli, e quindi con i medici, ed infine il ruolo dei processi associativi. L'analisi delle simbolizzazioni emozionali che l'associazione propone nella relazione istituita con la domanda, è volta non solo a ricostruire, in modo congetturale, i processi collusivi che organizzano le relazioni entro il contesto organizzativo, ma anche a ricondurre ad essi alcune problematiche di funzionamento, intese come difficoltà della committenza, del direttivo associativo a traguardare i suoi scopi di sviluppo. Premessa di questo tipo di setting è l'ipotesi secondo la quale la possibilità di pensare i modelli categoriali che orientano la domanda permetta un loro sviluppo (Carli & Paniccia, 2003; Salvatore & Scotto di Carlo 2005; Grasso, Cordella & Pennella, 2004; Cordella & Pennella, 2007). In linea con tale prospettiva teorica e metodologica la prima fase dell'intervento è orientata ad esplorare le configurazioni di senso che orientano il ruolo del committente (direttivo e, sullo sfondo, équipe medica) nella sua relazione con l'utente (il gruppo di genitori associati) e a comprendere quale tipo di dinamica collusiva intercorra tra i due. Appare evidente come non si sia considerato l'utente come problematico e o particolarmente bisognoso, ma l'intervento si sia rivolto ad esplorare come questi sia considerato tale in ragione dei modelli di significato della committenza. Si è adottata l'ipotesi metodologica secondo cui la committenza designa come utente l'elemento che evidenzia la problematicità della collusione da lui assunta e propone una delega allo psicologo dell'elemento dissonante così da poter ripristinare o sostenere i modelli collusivi su cui fonda il proprio rapporto con la realtà "la conferma cioè della propria simbolizzazione del contesto e della propria collocazione emozionale in esso" (Cordella & Pennella 2007, p. 44).

Nella domanda di intervento posta dall'associazione, l'istituzione di una netta separazione tra coloro che progettano l'azione ed i suoi destinatari, costituiscono indizi significativi per identificare un funzionamento associativo che riprende alcune coordinate fondamentali del modello medico di erogazione dell'assistenza, un modello in cui la relazione è fondata sulla dipendenza di un polo dall'altro: un componente della relazione forte e competente, contrapposto ad un polo debole e bisognoso. In modo coerente con tale simbolizzazione dell'intervento, si pone al tecnico psicologo il compito di convincere i potenziali utenti della necessità dell'intervento; così come coerentemente con tale modello si propone allo psicologo la delega delle componenti emozionali della vita associativa e dello stare insieme.

Una delega di quelle emozioni di rabbia ed impotenza che se pur sono interpretabili, anche in questa prospettiva, in riferimento al faticoso lavoro del lutto richiesto dall'esperienza traumatica, all'elaborazione del senso di colpa e dell'angoscia di morte, vengono lette come dinamiche emotive che fondano il contesto associativo, i suoi assetti difensivi collusivamente condivisi dai membri, la costruzione delle relazioni all'interno di esso, l'identificazione dei suoi scopi e la capacità di sostenerli. In ragione di ciò, le emozioni che attraversano l'esperienza traumatica sono lette come generatrici di modelli di rappresentazione della realtà che, nella relazione con il consulente, chiedono di essere assecondati.

Entro questa logica, il riferimento al gruppo di sostegno psicologico, non si pone solo come proposta più economica rispetto all'ipotesi di un intervento rivolto ai singoli individui, ma rimanda ad una dimensione di gruppaltà, dello stare insieme, propria di un contesto associativo, in ultima

istanza alla condivisione delle dimensioni affettive e dolorose dell'esperienza. La gruppalità si pone come evento critico rispetto all'assunzione ed al mantenimento di un modello medico, orientato sul "fare", mette in crisi l'identificazione con il modello della cura volto a garantire rapporti duali, fondati sul controllo, in cui c'è chi ha il sapere e gli strumenti e chi è chiamato ad usufruire di tali strumenti in modo dipendente. Allo stesso tempo, il riferimento alla gruppalità rimanda all'esigenza di elaborare strategie dello stare insieme, di dialogo ed integrazione tra i componenti del gruppo, all'apertura di spazi di condivisione delle esperienze ed in ultima istanza alla necessità di costruzione di un tessuto associativo in grado di connettere i suoi membri. Si può ipotizzare che nelle fasi istituenti di questa associazione, il gruppo si ponga come dimensione problematica, legato alle ansie generate dall'entrare in contatto con bisogni e angosce incolmabili (gli associati come bocche da sfamare), ma anche come linea di sviluppo, possibilità di costruire un'associazione intesa come luogo di legami e di scambi (gli associati come leva strategica di sviluppo: l'urgenza di creare un gruppo associativo coeso che garantisca la sopravvivenza dell'associazione, disposto a farsi carico ed a condividere i numerosi oneri che il lavoro associativo comporta).

Si profila, in questa fase, un contesto dell'intervento in cui la domanda è portata al consulente da un gruppo di genitori che in linea teorica condividono gli stessi problemi e le stesse difficoltà dei destinatari dell'intervento; la differenza sembra riscontrarsi nell'assunzione dell'urgenza di attivarsi da parte dei primi e la tendenza alla passività, e ad una ridotta capacità di arginare il dilagare delle emozioni imputate ai secondi. In questo senso si chiede allo psicologo di assumere una funzione di argine al dilagare delle emozioni tale da permettere all'associazione di compiere i suoi primi passi di costituzione del gruppo su di un terreno meno pericoloso e di provare a motivare all'azione anche gli altri associati, movendosi in piena conformità con i desideri dei medici che chiedono di far fronte contro il "nemico sanità". La necessità di esplorare il declinarsi della richiesta di sostegno nei processi di costruzione del gruppo associativo, così come nella dinamica tra soci proposti come attivi e soci proposti come passivi porta, da parte dei consulenti, ad una proposta di ampliamento degli interlocutori del progetto di intervento che si traduce in una serie di incontri (4) aperti a diversi associati e, in un secondo momento, a due incontri con l'equipe sanitaria di riferimento.

Tematiche e problematiche

Gli incontri con i genitori associati

I primissimi incontri si sviluppano ancora unicamente intorno alle tematiche che riguardano in modo specifico gli assetti organizzativi dell'associazione. Come si è già accennato il primo nucleo organizzatore del discorso riguarda il rapporto tra direttivo dell'associazione e gruppo dei soci. Il direttivo racconta delle difficoltà avute nel raggiungere il gruppo allargato dei genitori-associati che viene descritto come distante e disinteressato rispetto alle decisioni ed agli impegni che comporta il processo di crescita dell'associazione. Si tratta di un gruppo presentato come assente, ma, allo stesso tempo, incalzante nel richiedere aiuti di tipo pratico e burocratico relativi alla gestione della patologia. Il direttivo si dice "appesantito", "affaticato" "spaventato" e, forse, "spiazzato" dal carico di tali richieste così urgenti e accurate, così prepotenti sia dal punto di vista operativo che da quello emotivo. Rapporto tra direttivo e soci, che nel discorso si dispiega anche in ragione di un altro nucleo tematico rappresentato dalla "diversità". Diversità che si attualizza non solo in ragione delle numerose e differenti sindromi rare che l'associazione raccoglie, ma anche in ragione di differenze socio-culturali tra i soci, che si suppone comportino sia una minore capacità del gruppo allargato di farsi carico di aspetti operativi e gestionali, sia una sua minore capacità di contenere e controllare le componenti emotive dell'esperienza, dunque di modulare le comunicazioni e la condivisione del dolore, dei sentimenti di rabbia e frustrazione connessi alla malattia. La diversità interna al gruppo sembra assumere nel discorso un ruolo regolatore delle funzioni associative sia rispetto alla creazione di legami esterni, sia rispetto alla gestione dei legami interni. Nei rapporti con il sociale la diversità rappresenta un limite, poiché rimanda all'isolamento generato dalla rarità delle malattie e

quindi alla scarsa possibilità dell'associazione di assumere una rilevanza sociale; nei rapporti interni, la diversità, se da un lato rappresenta un vincolo per costruzione di strumenti e scopi condivisi, dall'altra funziona come schermo opacizzante riducendo il rischio/opportunità di essere riflessi nella relazione con l'altro e di essere contagiati dal suo dolore che risuona nel proprio. Il gruppo dei medici, sin dal primo incontro, è presentato quale interlocutore principale delle famiglie nel difficile compito di gestione della patologia nonché della stessa associazione nel suo compito di costruzione di un dialogo con i suoi soci e con la rete di enti ed interlocutori esterni. Il rapporto tra l'associazione ed il gruppo di pediatri, così come raccontato durante gli incontri, sembra riproporre una dinamica adolescenziale in cui a spinte di autonomia e differenziazione si affiancano e succedono intensi bisogni di ripristinare una relazione di dipendenza in grado di garantire sicurezza ed oggetti di identificazione. In questo senso, il servizio sanitario, e più propriamente l'équipe medica viene simbolicamente descritta come "madre" benevola e responsabile della presa in carico dei bambini-ragazzi affetti da queste patologie, ma anche delle loro famiglie, così come della nascita e crescita della medesima associazione, ora come "padre" autoritario che decide cosa sia lecito o illecito nella costruzione del futuro del "figlio" genitore e associazione o, in alternativa, *"lancia il figlio a mare e dice: va, nuota!"*.

Mano mano che altri soci partecipano ai colloqui, il discorso del gruppo evolve, si dilata, integra nuovi nuclei tematici che organizzano nuovi modi di intendere il gruppo ed il ruolo dell'intervento psicologico. Alle tematiche di tipo organizzativo si aggregano tematiche più strettamente connesse alla relazione genitori-figli, ai figli, alle loro storie ed alle loro difficoltà.

L'entrata nei colloqui di alcune mamme-associate, particolarmente motivate allo sviluppo dell'associazione, permette di leggere un uso diverso del contesto degli incontri e dell'intervento quale possibile spazio di apertura alle proprie storie, di condivisione dei passaggi dolorosi e di esplorazione delle questioni aperte così come delle risorse personali e del gruppo nell'accogliere la diversità ed il peso del dolore. I discorsi durante gli incontri sono animati da diversi protagonisti, quali la stessa associazione, i pediatri, le nutrizioniste, i bambini-ragazzi affetti da patologie genetiche e genetico metaboliche, le madri ed i padri che assumono nel campo discorsivo una posizione di rilievo o di sfondo alternandosi i ruoli e permettendo di riconoscere e pensare alcune delle emozioni in campo.

I colloqui iniziano a procedere per storie, i racconti insistono e ripercorrono più volte la traumatica fase della diagnosi definita quale *"baratro"* che annulla le coordinate di senso conosciute in favore di uno stato di totale impotenza e confusione ed impegna i genitori in un "girare in tondo" senza fine alla ricerca di speranze che neghino il responso di malattia. La diagnosi ri-connette le componenti del contesto di intervento, ripropone al gruppo la dimensione del dolore come oggetto dell'intervento psicologico, porta il discorso in un punto di cerniera fra patologia, bambino, genitorialità e relazione con i medici. I discorsi entro il gruppo divengono malinconici, dolenti e, allo stesso tempo, rabbiosi nel raccontare le diverse e pur simili storie di diagnosi, di sentimenti confusi e paralizzanti dell'incontro con la patologia e con i medici, talora odiati per aver dato un nome al possibile che in tal modo è divenuto una certezza stringente, talora vestiti da paladini per aver messo fine al disordine e consentito di confrontarsi con un "nemico" non più ignoto, ma conosciuto almeno dagli specialisti, per aver risposto all'ansia con una terapia, se pur di sostegno, con la loro costante presenza e, quando possibile, con un barlume di speranza legato all'attività di ricerca.

Per i genitori parlare della diagnosi di una patologia rara significa considerare, inoltre, la "specialità" dell'équipe medica di competenza, che è descritta quale punto di riferimento fondamentale nella vita di queste famiglie, se considerata nel rapporto ad una rete territoriale pediatrica totalmente impreparata alla gestione della peculiarità di queste sindromi e che dunque rimanda alle famiglie un'immagine di "estraneità", di totale incomunicabilità per mancanza di codici comuni di linguaggio.

La diagnosi si riconnette al racconto dell'urgenza di non sentirsi soli, di rispondere al vissuto di isolamento, che da subito sembra accompagnare la consapevolezza della patologia a carico di un figlio, cercando comprensione in coloro che sono ritenuti più capaci di capire: nei medici specializzati o, ancor più, in altri genitori, spesso inutilmente cercati, che hanno attraversato o attraversano un'esperienza quanto più possibile simile. Dai racconti dei genitori emergono

dinamiche relazionali con i figli incentrate sulle funzioni del controllo, in un faticoso lavoro di presa in carico della patologia che, in molti casi, si rende concreta quale gestione di una dieta alimentare rigidissima e senza fine, e nella costante oscillazione tra il “dire e non dire”, tra il riconoscimento della patologia e la sua negazione attraverso “bugie bianche” che offrano al rapporto un’immagine quanto più vicina possibile alla “normalità”.

I genitori raccontano delle fasi di passaggio tipiche della crescita come momenti pericolosi rispetto al possibile rifiuto dei figli delle condizioni di vita e delle prassi obbligatorie per la propria sopravvivenza, crisi degli assetti relazionali di dipendenza dei figli connessi alla propria pervasiva responsabilità di garantire il rispetto della terapia a base di integratori, del definito e preciso regime alimentare e di visite mediche periodiche e rituali. Sentono di non poter lasciare nulla al caso e, nello stesso tempo, esprimono il proprio dolore nel non potersi consentire di farlo e nel trasmettere e tramandare ai figli il medesimo senso di responsabilità totalizzante. I genitori si confrontano tra di loro, condividono le ansie e le paure passate e presenti. Portano interrogativi al gruppo ed ai consulenti circa cosa sia giusto fare, come garantire ai figli oltre che la sopravvivenza anche la possibilità di sentirsi liberi e di desiderare. Propongono ipotesi di intervento psicologico di sostegno ai bambini-ragazzi affetti da queste patologie per affrontare le fasi di cambiamento della propria crescita, per accompagnarne lo sviluppo, così come momenti di intervento congiunto di psicologi e medici in momenti significativi di tale evoluzione quali lo svezzamento o il trattamento in età adolescenziale, ma esprimono anche preoccupazioni per i medici, per il carico eccessivo di emozioni e dolore che devono sopportare; ci rivolgono richieste circa un nostro intervento con lo staff sanitario, più che con i genitori, nei passaggi più faticosi dell’iter quali il primo momento di diagnosi, nelle fasi di riaccutizzazione delle patologie e nelle possibili fasi terminali.

In questo modo, i genitori evidenziano aree in cui sarebbe per loro interessante lavorare benché, quasi sempre, prendano le distanze dall’assunzione di una implicazione personale nell’esigenza di sostegno, attribuendo alla propria partecipazione al gruppo una funzione di testimonianza, alle esigenze espresse, la funzione di contributo allo sviluppo del “Progetto Sostegno” e concludendo i propri interventi con una frase che sembra, nel tempo, divenire uno slogan: “*speriamo che serva a qualcuno*” in cui questo qualcuno è sempre esterno, un socio ipotizzato come particolarmente bisognoso che non partecipa agli incontri.

Gli incontri con i medici

Durante l’intero ciclo di incontri a porte aperte l’équipe medica di pediatri ed operatori specializzati ha rappresentato, come si è descritto, un protagonista di rilievo dei discorsi e dei racconti di tutti i partecipanti, sino a divenire un protagonista in “carne ed ossa” durante la fase successiva di incontri congiunti tra direttivo dell’associazione, psicologi e gruppo sanitario.

In un primo momento, l’équipe partecipa agli incontri in virtù dello stretto legame con la storia dell’associazione, dunque con funzione di supporto rispetto al contesto associativo ed alla domanda di sostegno psicologico formulata da questo; i discorsi dei presenti ripercorrono la storia medesima dell’associazione, le sue difficoltà di crescita, la posizione del servizio e del contesto associativo rispetto alle Istituzioni ed al dissesto finanziario che sembra minare la garanzia di sopravvivenza del gruppo di specializzati e del loro essere un punto di riferimento certo, sicuro, se non unico, per le famiglie. I rappresentanti dell’équipe parlano del rapporto che li lega così strettamente a queste famiglie, della necessità della propria continua presenza professionale ed umana, della difficoltà di regolare le distanze con i genitori ed bambini, in un continuo oscillare tra dinamiche di invischiamento e necessità di definire dei limiti; si tratta di dare il proprio numero di cellulare e di dilatare i confini spazio/temporali della propria assistenza al di là dei turni di lavoro e dello spazio dell’ospedale. Ben presto, dai racconti di casi specifici, gravi o particolari e significativi che qualche membro dell’équipe ricorda e riporta al gruppo si fa strada il racconto del dolore e del peso del carico emotivo nel rapporto con le famiglie e con il proprio ruolo rispetto all’impossibilità di accompagnare la fase di diagnosi con una terapia efficace e risolutiva, o di confrontarsi con la morte dei propri piccoli pazienti e con il lutto personale e dei genitori. I membri dell’équipe esprimono la sofferenza e la difficoltà di gestire il rapporto con queste famiglie e con i sentimenti di colpa e di impotenza rispetto al proprio ruolo nel mancare ad uno dei mandati principali della prassi

medica, quello di garantire la salute ed il benessere dei propri assistiti, rispetto alla possibilità di offrire quantomeno speranza come antidoto alla disperazione delle famiglie. Durante gli incontri, a partire da questi temi e dai racconti che li esemplificano, l'équipe sanitaria si fa portatrice di una domanda di sostegno psicologico relativa al proprio ruolo nella gestione del rapporto con le famiglie.

La costruzione del contesto d'intervento: il sostegno come matrice di significati

Nel complesso sistema di relazioni che si generano tra famiglia, équipe pediatrica e bambino, la patologia rara genetica e genetica metabolica, allo stato attuale dell'evoluzione delle conoscenze mediche, genera un fallimento dei modelli relazionali istituiti dall'esercizio della funzione medica in quanto non permette, a fronte di sofisticate ed innovative possibilità diagnostiche, il ripristino delle condizioni di salute. Medico e famiglia si trovano coinvolti in un processo di cura del bambino e della sua crescita che ricorsivamente ripropone il doloroso tema del fallimento: fallimento delle pratiche terapeutiche, che si fa particolarmente acuto negli improvvisi ed a volte catastrofici momenti di recrudescenza della sintomatologia, e fallimento delle funzioni genitoriali che rischia di riproporsi ad ogni tappa evolutiva in cui accanto agli sviluppi emergono nuovi problemi e nuove difficoltà. Nei confronti della malattia rara di tipo genetico e genetica metabolica, il pediatra, e solo quello molto specializzato, può esercitare e sviluppare con successo il processo intellettuale di tipo diagnostico che fonda la prassi medica, ma si trova confrontato con uno scacco delle funzioni terapeutiche, fondamentali nella definizione del suo ruolo e nella regolazione del rapporto con le famiglie. Il fallimento delle funzioni terapeutiche genera una crisi, non solo rispetto all'efficacia della funzione pediatrica strettamente connessa alla possibilità di restituire alla famiglia un bambino risanato, ma anche rispetto alla regolazione della relazione tra pediatra, paziente e famiglia in quanto mette in crisi la possibilità di collocare l'intervento sanitario in uno spazio ed in un tempo definito e transitorio. Il contesto della presa in carico sanitaria di un bambino, in queste situazioni, si caratterizza per essere un contesto stabile, trasversale al ciclo di vita delle famiglie, trasversale al ciclo lavorativo del medico, interrotto solo dai raggiunti limiti di età, del medico o del bambino poi adolescente e, nei casi più gravi, da esiti infausti della malattia. In condizioni di cronicità, come quelle descritte, sono, allora, il monitoraggio dell'azione diagnostica, così come l'esercizio della terapia di sostegno, che assolvono il compito di costruire e preservare il legame: un legame che si ri-organizza intorno ad un modello culturale del prendersi cura, del farsi carico della persona e del suo carico di dolore. Nel servizio in cui si svolge l'intervento, a fronte dello scacco delle funzioni terapeutiche, tra medici e famiglie si organizza una dinamica collusiva diversa, che adottando una parola chiave ricorsivamente emersa nei colloqui potremmo definire del *riferimento*, in cui il legame di dipendenza è fondato sulla categorizzazione del servizio come luogo in cui ci si sente accolti e riconosciuti, in cui tutti sono implicati al di là di quanto strettamente sancito dal ruolo, attraverso un coinvolgimento di tipo personale che pone sistematicamente a dura prova la possibilità di individuare i confini della relazione nonché la definizione di regole e limiti nella fruizione del servizio. Questa dinamica rimanda ad un modello della medicina come risposta ad una domanda di aiuto, risposta ad una condizione di sofferenza, il medico accoglie la sofferenza in ragione della sua competenza sulla malattia, ma anche in ragione dell'impossibilità di attivare in maniera risolutiva l'azione terapeutica che risana il paziente e scioglie il rapporto (Guerra, 1992). Questo modello di relazione, se per certi aspetti garantisce il mantenimento della relazione di dipendenza, dall'altro pone in scacco la scissione tra persona e malattia, tra pratica clinica e ricerca, chiamando in causa, lungo tutti i piani, codici legati a modalità affiliative di tipo fusionale, in cui ci si confonde l'uno nell'altro, nel mantenimento di un patto che, nel contesto delle malattie rare, rimanda al futuro, alla ricerca, quale unica possibilità di una risoluzione della malattia e dello stesso rapporto, un patto di speranza in cui tutti vanno garantiti reciprocamente. Modello di relazione messo in crisi dal continuo rimando, in questa fase della vita socio-politica, al controllo delle risorse ed al taglio dei fondi operato da una regione in dissesto finanziario. Situazione critica, di tipo economico e politico, la cui origine è rintracciabile nell'annoso conflitto che attraversa il sistema sanitario, in cui a fronte di una continua specializzazione del sapere medico e delle relative unità operative, il sistema amministrativo è orientato invece a contenere i costi

dell'assistenza sanitaria, a porre vincoli e ristrettezze non fondate su strategie di integrazione, ma su strategie di controllo delle risorse e di tagli economici (Guerra, op. cit.). Nel caso specifico la situazione è ancora più complessa, in quanto le malattie di cui ci si occupa sono rare, non solo dunque poco numerose e poco incidenti sul piano sociale, ma anche poco conosciute, e quindi mis-conosciute in enti sanitari che non hanno sviluppato intorno ad esse una specifica competenza. L'unità operativa di riferimento si connota come unico luogo del sud Italia in cui il genitore si sente rassicurato, in quanto altrove, in luoghi non specializzati, è, spesso, lo stesso genitore a dover orientare l'ignaro operatore sulla complessità della malattia anche nel caso si debba decidere il farmaco più idoneo per un raffreddore.

E' in questo contesto di relazioni e di condizioni che prende vita l'associazione, la quale va a porsi come terzo nel conflitto tra servizio ed amministrazione, diviene un'unione di malattie rare, che supera anche i confini tra le patologie, nel tentativo di costituirsi come polo sufficientemente numeroso da porsi come interlocutore significativo verso il sociale, verso gli enti e le istituzioni di riferimento. L'associazione si pone a sostegno del servizio e dell'esigenza, condivisa e condivisibile, di un polo specializzato per il meridione d'Italia, che garantisca le famiglie dal rischio di dover affrontare difficoltosi e costosi spostamenti, ma che, in primo luogo, le garantisca nel controllo dall'ansietà generata dal rischio di perdita di quel punto di *riferimento* sentito come fondamentale supporto nel faticoso processo di gestione della malattia.

L'équipe di psicologi è chiamata in causa entro questa dinamica ed è collusivamente invitata ad assumere, sull'onda della condivisione emotiva, la necessità assoluta di sopravvivenza dell'unità operativa, nonché a porre l'intervento psicologico al servizio di questa funzione. L'intervento psicologico si colloca in un sistema di relazioni che in tutte le sue declinazioni sembra caratterizzato dal rimando a funzioni necessarie ed urgenti di sostegno: di sostegno è definita la terapia medica, a sostegno del servizio si pone la nascita dell'associazione, così come, di sostegno è la relazione ipotizzata tra associazione ed associati ed, infine, al sostegno è indirizzata la stessa domanda di intervento psicologico. La parola *sostegno* deriva dal latino *sustinêre*, termine composto dal suffisso *sub* "so" e dalla declinazione *tenêre* "tenere", rimanda dunque ad una capacità di prendere e reggere su di sé, ma rimanda anche in qualità di sostantivo "*sostenitore*" a colui che sostiene che sa farsi propugnatore e difensore di una causa. Il termine *sostegno* richiama dunque la capacità di farsi carico "*per un pò*" del peso di qualcun altro, ed allo stesso tempo rimanda ad un'ipotesi di alleanza, alla capacità e volontà di assumere e promuovere una causa. Trattare il sostegno come categoria semantica, più che come prassi operativa, ci permette di esplorare il senso di una domanda di intervento volta a delegare allo psicologo (*per un pò*), il carico delle componenti emotive da cui l'associazione va bonificata per poter riassumere le sue funzioni militanti e da cui va bonificata anche l'équipe medica, gravata da un faticoso carico emotivo, chiamata a dimostrare i suoi risultati ad intensificare la sua produttività clinica in ragione di un periodo di tagli e ristrettezze. Allo stesso tempo, ci premette di esplorare il senso della domanda di sostegno come azione volta a rendere visibile una problematica verso il sociale, ma anche volta a promuovere, gli uni verso gli altri, i protagonisti del contesto; per esempio, l'associazione verso il servizio sanitario e verso i propri associati. Ancora una volta, si pone un bivio strategico per l'intervento, si può partecipare alla complessità delle funzioni del sostegno operanti nel contesto, posizionandosi lungo una traiettoria specifica, o sospendendo questa collocazione, istituire un processo volto a riconoscere il significato che il sostegno inteso come categoria di senso affettivamente fondata, assume nell'organizzazione delle dinamiche relazionali. Del resto assumere una delle componenti del contesto come unica destinataria dell'intervento rischia, per l'appunto, di *sostenere* un agito che collusivamente delega ad una componente distinta e specifica la funzione di assumere su di sé le parti fragili e bisognose, in una dinamica affettiva volta al controllo dei condivisi e pervasivi sentimenti di rabbia ed impotenza. Si sta formulando l'ipotesi che, in quanto organizzatore di relazioni, il sostegno è sempre un organizzatore di mutualità. Si può trattare di un processo che rimanda alla mutualità in quanto "*mutuo*", prestito a *lunga scadenza* di parti di sé ad un altro, e che quindi rischia di sostenere un'organizzazione stereotipata e fortemente asimmetrica dei ruoli, oppure di un processo che rimanda alla mutualità come *scambio* e che può, quindi, sostenere processi trasformativi in quanto fondati su di un

reciproco riconoscimento. In questa prospettiva, il sostegno non è prodotto dell'azione di un individuo su di un altro, ma esso diviene processo di regolazione di una relazione che può sostenere dinamiche di potere o che può contribuire allo sviluppo di relazioni orientate al raggiungimento di scopi e fondate sul riconoscimento della reciprocità. L'intervento di sostegno psicologico non si connota dunque, in questa prima fase, come azione operativa rivolta ad una categoria di utenti, ma come processo di pensiero sulle dinamiche di "mutualità" agite entro il contesto e sulla loro efficacia nel promuovere competenza a trattare le problematiche che gradualmente vanno emergendo. Si tratta di aiutare il sistema cliente, che nel procedere del lavoro ha incluso associati e staff sanitario, ad individuare i propri obiettivi di sviluppo ed a riconoscere, rispetto ad essi, le funzioni e la ragion d'essere dei diversi protagonisti. Potremmo ancora dire, che l'intervento si propone di riconoscere e pensare mutualità, restituendogli la loro valenza di scambio e la loro potenzialità trasformativa. La prima fase dell'intervento si conclude con la costruzione condivisa del sistema di relazioni che organizzano il contesto dell'intervento e con la condivisione di un obiettivo: viene stilato un protocollo d'intesa tra servizio sanitario, associazione di genitori, ed equipe di psicologi, volto alla realizzazione di una ricerca-intervento che assume ad oggetto del suo lavoro lo sviluppo delle funzioni del sostegno entro la relazione tra associazione, famiglie e servizio⁷. Si tratta di un contesto dell'intervento composito, più composito di quello profilatosi nelle battute iniziali del lavoro, ma che si ritiene necessario per far sì che le esigenze emerse di sostenere e trasformare in senso collaborativo il legame tra famiglie e servizio, i sentimenti di precarietà e di minaccia, non restino sfondo implicito, a partire dal quale progettare una serie di azioni frammentate, ma divengano tessuto esplicitabile e condivisibile in ragione del quale progettare obiettivi di sviluppo ed eventuali azioni mirate.

Modelli di partecipazione associativa e funzioni del sostegno

Nel paragrafo precedente si sono esplorati i processi di mutualità che organizzano il contesto dell'intervento e la complessa relazione tra associazione, servizio sanitario ed intervento psicologico. Nel corso dei colloqui a porte aperte, condotti in gruppo con direttivo ed associati, l'esplorazione di tali processi si è rilevato un criterio utile per riflettere sulle categorie di simbolizzazione del contesto associativo e sui diversi modi degli associati di posizionarsi al suo interno, nonché sulle diverse modalità attraverso cui la partecipazione all'associazione può essere utilizzata con funzione di sostegno al proprio ruolo genitoriale. L'istituzione di un setting di gruppo a porte aperte ha permesso il graduale costruirsi di un discorso intorno al processo associativo, di riconoscere e pensare i diversi modelli di simbolizzazione che orientano la partecipazione in esso e che hanno contribuito a costruire la sua attuale configurazione. Nel momento storico in cui si colloca questa fase dell'intervento, legato ai primi passi della vita associativa, il modello culturale dominante sembra di tipo operativo, fondato sull'identificazione con un modello medico, e volto ad una collocazione forte dell'associazione nel tessuto sociale. Il nemico contro cui gli sforzi associativi si coagulano non è rappresentato solo dalla malattia, ma dal sociale codificato come indifferente ed ostile. Si tratta di una dinamica affettiva in cui si può ipotizzare che i sentimenti d'impotenza siano elaborati attraverso il fare; un modello attraverso cui si agisce una netta separazione, nell'associazione, tra coloro che operano e coloro che fruiscono dei servizi ed in cui le condizioni di bisogno sono proiettate su di una parte del tessuto associativo rappresentata come carente e passiva. Si tratta, in definitiva, di un modello che, sulla scia di un operare medico, tende a scindere l'associazione nel suo complesso dalla parte fragile/malattia da curare e identifica un nemico esterno contro cui associarsi. Questo modello sostiene l'associazione nelle sue funzioni operative di continuo monitoraggio della cornice associativa dei suoi vincoli, dei suoi scopi della

⁷ un protocollo di intesa tra Dipartimento di Scienze Relazionali, Dipartimento di Pediatria, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica del Dipartimento di Neuroscienze della Federico II e Umar, (Unione malattie rare) volto alla realizzazione di un progetto di Ricerca Intervento dal titolo . "Funzioni e ruoli del sostegno nella relazione tra famiglie e servizi sanitari per la presa in carico di bambini con patologie genetico-metaboliche".

sua produttività, si occupa di individuare per l'associazione un posto entro il sociale. Lo psicologo viene rappresentato come componente medica da promuovere per l'utenza, l'intervento psicologico come possibilità di occuparsi di una parte di sé fragile e bisognosa, vissuta come incongrua e disturbante, mantenendo una scissione, un non riconoscimento di essa, delegando allo psicologo la funzione di cura ed all'utente la funzione di depositario delle parti fragili dell'associazione, del processo associativo e di sé. Nel dispiegarsi del discorso intorno al processo associativo, emergono anche altre modalità di simbolizzazione del contesto che con la dinamica dominante interloquiscono e confliggono: un uso del contesto associativo come spazio di partecipazione, in cui importante funzione di sostegno al ruolo genitoriale assume la possibilità di esercitare un ruolo di *helper*. Entro questo modello l'associazione è simbolizzata quale spazio di partecipazione, in cui la possibilità di entrare in contatto con le componenti emotive della propria esperienza diviene possibile se ancorata ad un processo di condivisione volto allo sviluppo di un progetto collettivo. Le componenti affettive e dolorose della propria esperienza, possono essere elaborate e condivise nel gruppo, se riconosciute come parte di un'esperienza comune, poste ad oggetto di riflessione e di scambio in ragione di un progetto rispetto al quale alcuni, in ragione del percorso già attraversato, assumono una competenza da utilizzare per altri, per coloro i quali muovono i primi passi di questo faticoso cammino. Qui propone allo psicologo un rovesciamento della richiesta⁸, il genitore partecipa al lavoro psicologico in quanto competente della condizione di fragilità in cui si muove ed in ragione di una motivazione a capire cosa è possibile fare per gli altri. Committenza ed utenza dell'intervento sono ancora proposte come distinte, ma è possibile riconoscere e sviluppare tra queste due funzioni un legame fondato sul riconoscimento di una comunanza di affetti e di esperienze. Rompere l'isolamento, sentendosi parte di una categoria più ampia, mediare la relazione tra famiglia, bambino e sociale, elaborare il senso di impotenza riconoscendosi un ruolo ed una funzione sociale trasformativa utile e visibile, sono alcune delle funzioni che questo modello di partecipazione ai processi associativi sostiene e promuove. Ripensiamo ad un passaggio dei colloqui di gruppo, in cui un genitore socio, raccontò il senso di liberazione e di appagamento provato, quando, facendosi promotore di una ricerca di fondi per l'associazione, poté condividere in pubblico la storia di suo figlio in una situazione in cui erano presenti diverse persone residenti nel suo quartiere. Attraverso il mezzo associativo, l'angoscia può essere condivisa, il sentirsi parte di una categoria in cui ci si riconosce, permette di fronteggiare il senso di diversità legato alla relazione con il sociale allargato, sostiene la speranza di una possibilità di comprensione e partecipazione del dolore personale.

Un ulteriore modello di simbolizzazione, costruito dal discorso di gruppo, riguarda un uso del processo associativo quale possibile fonte di risposta alle proprie, personali esigenze di supporto. Entro questa dinamica le esigenze dell'altro sono individuate a partire da esigenze riconosciute come proprie e rispetto alle quali si cerca di attivare, nell'associazione, risorse utili ad una loro accoglienza ed elaborazione. In questo senso il gruppo psicologico, così come l'associazione nel suo complesso, sono categorizzati come luoghi di accoglienza della propria incompetenza a trattare il problema, luoghi in cui riversare e condividere le angosce e le emozioni a tale incompetenza connesse. Agisce un processo di identificazione con gli altri soci attraverso cui è possibile assumere il sé come utente delle funzioni associative e, dunque, esplicitamente pensare l'intervento psicologico quale mezzo di un apprendimento personale. Questa ultima modalità di rapporto con l'associazione si pone in modo affine, ma non sovrapponibile ad un'altra modalità di uso dei processi associativi che si potrebbe sintetizzare come un modello di partecipazione nel ruolo di utente. Si tratta di un ruolo di fruitore dei servizi, cui il discorso degli associati sistematicamente rimanda, che se da un lato si profila come ruolo passivo e richiedente, che, si può ipotizzare, rispecchi la parte bisognosa e regressiva del gruppo, dall'altro si pone come sponda esterna permettendo, al gruppo nel suo complesso, di elaborare l'angoscia mantenendo una distanza da essa, operando una scissione tra una componente attiva e propositiva ed una

⁸ Rovesciamento della richiesta che nel caso specifico è sostenuta anche dalla proposta relazionale istituita dal setting dei colloqui a porte aperte.

componente richiedente e fragile, permette, in ultima istanza, di costruire dei confini tra il proprio dolore e quello dell'altro, un filtro alla contaminazione delle angosce.

Non aver assunto, come psicologi, quest'ultima categoria di soci ad oggetto dell'intervento, ma essersi proposti di trattare tale oggetto come processo categoriale che aveva organizzato la domanda e sostenuto la complessa dinamica tra committenza ed utenza, ha permesso: in primo luogo, di aprire il campo e di esplorare, come si è raccontato, le diverse dinamiche di simbolizzazione affettiva che attraversano il contesto associativo; in secondo luogo, di istituire uno spazio meta, vuoto di contenuti specifici, in cui l'associazione potesse pensare se stessa, ri-conoscere le dinamiche di simbolizzazione che la attraversavano; in terzo luogo di "vedere" la simbolizzazione affettiva prevalente, la sua disfunzionalità nel traguardare alcuni scopi, la sua non totale condivisione favorendo l'apertura verso lo sviluppo delle funzioni del sostegno insite nel tessuto associativo. Non si è ritenuto, infatti, che lo psicologo fosse tenuto ad esprimere un giudizio, assumendo uno dei modelli come più consono ed evoluto degli altri, piuttosto si è ritenuto che l'intervento psicologico potesse, in questa prima fase, aiutare l'associazione nel ri-conoscere le sue modalità di funzionamento prevalenti, ed il modo in cui esse sostenevano certi scopi e ne lasciavano in ombra altri. Detto in altri termini, si è trattato di sostenere l'associazione nel faticoso processo di conoscenza dei suoi associati, un processo fondato sull'attraversamento di codici e punti di vista, volto ad istituire un confronto con l'estraneità di un progetto associativo. Un riconoscimento dell'altro che potesse trasformare la diversità intesa come categoria di contrapposizione in una compresenza ed integrazione democratica di modelli e codici affettivi (Fornari, 1978).

Il setting, cui si è pervenuti come risultante del lavoro clinico sin qui condotto, ha previsto l'istituzione di un gruppo di lavoro più strutturato con i soci del direttivo e con alcuni soci interessati, volto a sviluppare le funzioni associative del sostegno genitoriale. Si tratta di un setting negoziale (Salvatore & Scotto di Carlo, op. cit.) in cui la sospensione dell'azione operativa si configura come opportunità di dispiegamento dei diversi modelli categoriali di lettura del processo associativo e dei suoi scopi. Si tratta di istituire uno spazio associativo in cui sia possibile sospendere l'azione orientata dal modello simbolico e collusivo predominante per esplorare i diversi punti di vista in campo, che da un lato conferisca l'emergenza di nuove ed inedite configurazioni di significato, dall'altro permetta di pensare le diverse matrici categoriali di cui sono portatori i diversi protagonisti e di riassumere nel processo associativo le funzioni del sostegno delegate allo psicologo e orientate ad una componente scissa del contesto relazionale. Una funzione associativa, che attraverso l'istituzione di un tessuto collettivo, orientato da diversi modelli di simbolizzazione, ed operativo lungo diverse traiettorie, possa, attraverso lo scambio, sostenere i processi di elaborazione del dolore, del senso di fallimento, del senso di colpa, verso la costruzione di processi riparativi rivolti alla istituzione di mutualità che permettano il passaggio da una condizione di impotenza ad una di apertura alle proprie risorse e di riconoscimento dei propri limiti. Sembra che tale funzione di sostegno associativo possa esprimersi attraverso una apertura alle diverse modalità di simbolizzare ed usare l'associazione da parte dei membri, attraverso l'implementazione dello scambio e la condivisione entro il gruppo dei genitori-soci e con il sociale e attraverso la possibilità di partecipare all'agire associativo secondo dimensioni creative e generative. Nell'oggi, piuttosto che in un ipotetico e più favorito futuro.

Bibliografia

- Amerio, P. (1996). *Forme di solidarietà e linguaggi della politica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Amerio, P., & Gattino, S. (2000). *La solidarietà come risorsa: volontariato e auto-aiuto*. In P. Amerio (Ed.), *Psicologia di comunità* (pp.389-410). Bologna: Il Mulino.
- Bassi, A. (2000). *Dono e fiducia: Le forme della solidarietà nelle società complesse*. Roma: Edizioni Lavoro.
- Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica: Introduzione alla teoria e alla tecnica*. Torino: Utet.
- Carli, R., & Panizza, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Panizza, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

- Cordella, B., & Pennella, A.R. (2007). *Costruire l'intervento in psicologia clinica: Riflessioni teoriche ed esperienze Cliniche*. Roma: Edizioni Kappa.
- Di Cagno, L., & Ravetto, F. (1980). *Le malattie croniche e mortali nell'infanzia e l'angoscia di morte*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Donati, P & Colozzi, I. (1998). *Nuove vie per l'altruismo: il privato sociale in Italia*. Milano: Monti
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari, F. (1978). *Psicoanalisi e istituzioni*. In AA.VV. (Eds.), *Psicoanalisi e istituzioni* (pp.63-71). Firenze: Le Monnier.
- Freud, S. (1915): *Lutto e melanconia*, in Freud, S., *Opere*, (trad. it.: vol. 8, Bollati Boringhieri: Torino, 1976)
- Gattino, S. (2006). *Psicologia della solidarietà*. Roma: Carocci.
- Gleijeses, M.G., Oberti, A., Freda, M.F., & Natella, S. (2006, settembre). *Genitori associati e funzioni di sostegno alla disabilità*. Paper presented at 6° Convegno Nazionale S.I.P.Co., *Psicologia per la politica e l'empowerment individuale e sociale. Dalla teoria alla pratica*, Lecce.
- Goldfarb, L. A., Brotherson, M. J., Summers, J.A., & Turnbull, A. P. (1986). *Meeting the challenge of disability or chronic illness: A family guide*. Maryland. USA: Paul Brookes Publishing Co. (trad. it.: *La sfida dell'handicap e della malattia cronica: Guida al Problem-solving familiare*, Erickson, Trento, 1990).
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A. R. (2004). *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*. Roma: Carocci.
- Guerra, G. (1992). *Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento*. Roma: Carocci.
- Klein, M. (1948). *On the Theory of Anxiety and Guilt. Developments in Psycho-Analysis*. Londra: Hogarth Press (trad.it.: *Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa*, in *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978).
- Laville, J.L. (1994): *L'economia solidale*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Losito, G. (2002). *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Oberti, A., Gleijeses, M.G., & Freda, M.F. (2006, settembre). *Modelli simbolici che orientano le funzioni di sostegno alla malattia ed alla disabilità nei contesti associativi: vincoli e linee di sviluppo*. Paper presented at Congresso Nazionale AIP, Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Rovereto.
- Salvatore, S., & Scotto di Carlo, M. (2006). *L'intervento psicologico per la scuola*. Roma: Carlo Amore.
- Senatore Pilleri, R., & Oliverio Ferraris, A. (1989). *Il bambino malato cronico: Aspetti psicologici.*, Milano: Raffaello Cortina.
- Silverman, P.R. (1980). *Mutual help group*. California: SAGE Publications, Inc. (trad. it.: *I gruppi di mutuo aiuto*, Erickson, Trento, 1989).
- Tognetti Bordogna, M. (2005). *Promuovere i gruppi di self-help*. Milano: Franco Angeli.
- Zanobinini, M., Manetti, M., & Usai, M.C. (2002). *La famiglia di fronte alla disabilità: Stress, risorse e sostegni*. Trento: Erickson.

Il resoconto clinico come diagnosi di problemi e pianificazione del trattamento. Un'analisi della letteratura internazionale sul caso clinico.

di Paola Pagano¹

Premessa

In questo lavoro analizzeremo parte della letteratura internazionale, specificamente quella prodotta negli Stati Uniti e in Germania, prendendo in considerazione il modo con cui ci si occupa del caso clinico sia entro i contesti di certificazione della prassi clinica nella relazione psicoterapista-paziente, che entro quelli di legittimazione di tale prassi in un ambito più vasto, che vede l'intervento di soggetti diversi dalla coppia terapeutica.

I lavori considerati, trattando la funzione del caso clinico entro gli ambiti prima evocati, parlano di "formulazione o concettualizzazione di un caso clinico"; in altri termini, della sua traduzione dal linguaggio ordinario a un linguaggio formalizzato. Ci si occupa quindi della concettualizzazione dei casi cercando di definirne metodi e strategie. Per questo motivo non faranno parte della nostra analisi i lavori finalizzati alla presentazione di un caso, ma quelli centrati sul metodo di strutturazione dei casi.

Gli approcci cui i lavori considerati fanno riferimento sono: *Funzionale*, *Cognitivista*, *Comportamentale*, *Cognitivo-Comportamentale* e di *Psicologia Descrittiva*. In tutti, la stesura del caso clinico è funzionale alla pianificazione e definizione del trattamento e assume una netta funzione "diagnostica". Attraverso la redazione del caso clinico è possibile riorganizzare e sintetizzare la situazione di un cliente sulla base di una teoria e, successivamente, pianificare il trattamento stesso.

La scelta di esplorare questi lavori nasce all'interno di un interesse più ampio verso la resocontazione, intesa come metodologia psicologico-clinica. Anche alla base della nostra ottica c'è l'ipotesi che la resocontazione di un caso clinico abbia a che fare con l'attivazione, da parte del clinico, di una funzione di organizzazione del processo condiviso con il cliente. La nostra attenzione tuttavia, diversamente da quanto proposto dagli Autori in esame, è centrata sulla relazione che si va sviluppando nel corso del lavoro tra clinico e cliente. La formulazione di un caso è, a nostro avviso, l'esito di un'operazione di riflessione e riorganizzazione di quanto emerso entro tale relazione attraverso criteri e categorie psicologico-clinici².

La lettura della letteratura psicologica in analisi ha evidenziato diversi modi di intendere la resocontazione e diverse terminologie per indicare la prassi con cui il clinico rendiconta il processo condiviso con il cliente. Tali modi sembrano essere in relazione sia con la funzione professionale che i clinici pensano di attivare lavorando con i loro pazienti e con gli obiettivi che perseguono nella prassi, sia con i contesti socio-politici ed organizzativi all'interno dei quali i clinici operano.

A partire da una prima analisi vediamo come la terminologia utilizzata rimandi subito alla posizione assunta dal clinico entro il rapporto con il cliente, e rappresenti un primo indizio della focalizzazione del clinico su quest'ultimo. Certo non si tratta della resocontazione di un rapporto; la relazione sembrerebbe utilizzata per acquisire informazioni sull'altro, non esplorata in sé. Il resoconto così inteso si inserisce in ambito prevalentemente psicoterapeutico e all'interno di servizi orientati alla cura della salute mentale; il professionista è identificato con il terapeuta, il cliente con il paziente. Sono lavori in cui si forniscono linee-guida o si propongono criteri su come organizzare le formulazioni dei casi per il perseguimento di una prassi verificabile; gli interlocutori sono la comunità scientifica accademica, la comunità dei professionisti e i vari attori preposti alla certificazione dei servizi sanitari.

¹ Psicologa, Dottore di ricerca in Psicologia Clinica, Docente a contratto presso la Facoltà di Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma.

² A tal proposito si veda l'articolo di Carli "Notazioni sul resoconto" pubblicato nel numero 2 del 2007 di questa rivista.

Nell'esplorare l'area della comunità professionale cui si rivolge la letteratura in esame ci siamo confrontati con la difficoltà di comprenderla, se non la si colloca all'interno del contesto socio-politico più ampio. Ci si sposta in contesti territoriali, come gli Stati Uniti o la Germania, che negli ultimi quaranta anni hanno attraversato radicali trasformazioni nell'organizzazione e nei modelli di finanziamento del sistema che si occupa della salute mentale. Da un sistema semplice ed unico si è passati ad uno caratterizzato da una molteplicità di professionisti che erogano servizi all'interno di organizzazioni complesse e spesso frammentate (Grob, 1991; Hadley, Schinnar, & Rothbard, 1991; Rothbard, Hadley, Schinnar, Morgan, & Whitehill, 1989; Schlesinger, 1986). Negli USA, da un ruolo centrale dello stato, si è passati sempre più ad una privatizzazione dei servizi orientati alla salute mentale e ad un coinvolgimento maggiore della comunità nella pianificazione dei servizi. Il cambiamento del sistema di gestione della salute ha radicalmente modificato i rapporti tra chi eroga servizi (health care providers), le assicurazioni (insurers) e gli acquirenti e utenti (consumers) dei prodotti della salute (Petermann & Müller, 2001). Il potere della decision-making nella pratica clinica si è spostato da chi eroga i servizi (providers) alle organizzazioni sanitarie, che hanno trasformato il sistema gratuito tradizionale in un sistema di rimborso retroattivo. Con l'aziendalizzazione del sistema sanitario, l'accesso agli specialisti e a chi eroga servizi per la salute mentale è regolato dai medici di base e dagli infermieri, che hanno una funzione di "portieri" (Petermann & Müller, 2001). In questo mutato contesto, altri attori assumono un ruolo di rilievo: le organizzazioni di consumatori fanno sentire la propria voce rispetto all'andamento del sistema, i gruppi e le associazioni di volontari cercano di influenzare le decisioni della politica sanitaria. Con il sistema delle Managed Care Organizations cresce il focus sul controllo della qualità dei servizi offerti dalle strutture e, parallelamente, l'attenzione sulla tutela dei diritti dei consumatori. Sempre più informazioni vengono monitorate con l'obiettivo di sviluppare la Total Quality Management (Forquer & Muse, 1996). I criteri di Certificazione della Qualità (Quality Assurance, QA), in coerenza con le indicazioni della International Organizations of Standardization (ISO, standard 9000), costituiti da una serie di norme e linee guida, delineano un sistema di gestione per la qualità pensato per monitorare i processi aziendali, indirizzandoli verso la soddisfazione del cliente. In quest'ottica è sempre il consumatore a decidere se il prodotto o servizio risponde agli standard attesi oppure no. La certificazione della qualità interessa tre livelli: livello strutturale, per esempio il sistema di salute mentale; il livello del processo, per esempio il trattamento di un paziente; il livello personale, per esempio il terapeuta come persona (Petermann & Müller, 2001). La concettualizzazione e formulazione del caso clinico concerne il livello del processo, rappresentando così un metodo di certificazione della qualità del trattamento nel campo della salute mentale. In tal senso rientra tra le "prassi controllate". Con questo termine si fa riferimento alla definizione e la descrizione del problema e della terapia, al monitoraggio e alla documentazione del processo sulla base del contratto terapeutico. Il concetto di prassi controllata nasce all'interno della tradizione del modello dello Scientist-Practitioner, in base al quale: "gli psicologi sono scienziati che valutano il proprio lavoro e le proprie teorie con rigore e professionisti che utilizzano il sapere acquisito con la ricerca sui comportamenti umani nei contesti sociali per permettere alle persone di risolvere le proprie disfunzioni psicologiche e migliorare le loro vite" (Kendall, Flannery-Schroeder & Ford, 1999, p. 331 in Petermann & Müller, 2001). La prassi controllata rappresenta, quindi, "un compromesso tra le esigenze di scientificità ed esattezza, considerate non realistiche nella pratica clinica, e l'intuito di molti clinici che: 'vogliono solo aiutare'" (Petermann & Müller, 2001, p. 2).

La concettualizzazione dei casi: i diversi approcci

Diversi Autori hanno cercato di definire la concettualizzazione del caso clinico. Di seguito riportiamo alcune delle definizioni messe a punto all'interno dell'area scientifica analizzata.

Nell'approccio comportamentale, la concettualizzazione del caso clinico: "è una raccolta integrata delle valutazioni cliniche rilevanti per il trattamento, è il link tra i dati di assessment e la definizione di programmi di trattamento personalizzati. E' l'integrazione tra le molteplici valutazioni rispetto ai problemi di comportamento del cliente e le loro cause" (Haynes, Leisen & Blaine, 1997, p. 335).

Oppure: “il termine formulazione di un caso clinico può essere definito come il processo di operazionalizzazione dei comportamenti target (che determinano la forma), di valutazione delle relazioni tra i comportamenti individuati e i fattori di potenziale controllo (che determinano la funzione) per ogni singolo cliente” (O’Brien, Collins & Kaplar, 2003 p. 164). L’accento è sui problemi di comportamento e sulle loro cause; la formulazione del caso clinico ha come principale obiettivo la pianificazione del trattamento comportamentale. Assumono grande rilievo le informazioni ritenute “valide”, ottenute in fase di assessment.

In queste definizioni non si fa riferimento ad una teoria sulla base della quale organizzare le informazioni; tale riferimento, invece, è presente *nell’ottica cognitivista e cognitivo-comportamentale*, in cui la concettualizzazione teorica orienta l’individuazione e l’esplicitazione dei rapporti causali tra gli eventi, i problemi e i fattori di mantenimento dei problemi. In questo caso l’enfasi è sui problemi del cliente in generale, e non solo sui problemi specificatamente comportamentali. L’obiettivo perseguito con la formulazione resta, come per gli orientamenti che abbiamo sintetizzato in precedenza, la scelta del trattamento da parte del terapeuta. Secondo Persons e Tompkins (1997), la concettualizzazione di un caso è caratterizzata da due livelli di analisi: uno del “caso”, l’altro della “situazione”. Nel primo livello di analisi si descrivono tutti i problemi del cliente, le loro interrelazioni, i meccanismi che li fondano e li spiegano. Nel secondo livello si esamina una sola particolare situazione problematica e si sviluppa un’ipotesi che possa spiegarla. Per Eells, Kendjelic e Lucas (1998) la formulazione di un caso è “un’ipotesi circa le cause, le conseguenze e la permanenza dei problemi psichici, interpersonali e comportamentali di una persona [...] e uno strumento per organizzare le complesse informazioni che riguardano una persona (Eells, 1998, p. 146) e supporta il terapeuta nella scelta dell’intervento; la formulazione è una struttura quindi che consente al terapeuta di capire meglio il cliente e di prevedere eventi e comportamenti che potrebbero interferire con la terapia (Stenhouse & Van Kessel, 2002). Ancora: “la formulazione di un caso intende descrivere i problemi che presenta una persona e utilizza una teoria per esplicitare deduzioni sulle cause e i fattori di persistenza che possono improntare l’intervento” (Kuyken *et al.*, 2005, p. 1188).

Le definizioni proposte si differenziano tra loro, pur presentando alcuni aspetti comuni. Innanzitutto la concettualizzazione del caso clinico concerne l’individuazione di problemi del cliente e permette di rilevare le cause e i fattori che influenzano tali problemi; la formulazione è di primaria importanza per raccogliere informazioni valide nella fase iniziale del trattamento e il suo obiettivo è la pianificazione del trattamento stesso. Inoltre, le definizioni collocano la concettualizzazione del caso esclusivamente all’interno del rapporto terapeutico e si focalizzano sull’individuo o sugli individui che richiedono un trattamento. Alla base delle definizioni analizzate vi è il paradigma cognitivista, che legge i problemi cognitivi, emotivi e comportamentali di un individuo in un’ottica causa-effetto e affida al terapeuta la funzione di rintracciare le cause di tali problemi. Coerentemente con questo orientamento, l’intervento psicologico è ancorato all’agire la relazione (non alla comprensione dell’agito che regge la relazione, come in altri approcci) ed è orientato all’eliminazione, laddove possibile, delle cause e dei fattori di mantenimento dei problemi.

La formulazione dei casi: i diversi modelli.

Secondo Hans Westmeyer (2003b) dell’Università di Berlino, il termine “formulazione di un caso” si riferisce sia al processo di formulazione di un caso, che all’esito di tale processo. La formulazione di un caso come processo, inoltre, può essere considerata da un punto di vista prescrittivo-normativo, oppure empirico. Il punto di vista prescrittivo-normativo concerne interrogativi del tipo: *come procedere nella stesura* di un caso per giungere ad una formulazione (intesa come esito) che soddisfi alcuni criteri di adeguatezza (per esempio validità, correttezza, utilità)? (De Bruyn, 1992, 2003; Westmeyer, 1975; 2003a; Westmeyer & Hageboeck, 1992).

Il punto di vista empirico concerne interrogativi del tipo: “come procedono realmente gli assessor psicologi nel formulare un caso? Come può essere modellizzato il processo di formulazione di un caso? E quali sono le condizioni che influenzano le formulazioni dei casi?” (Westmeyer, 2003b, p. 210). Di seguito discuteremo i modelli di formulazione di casi clinici trattati all’interno degli approcci teorici fin qui esaminati.

Tali modelli, in parte, propongono un punto di vista prescrittivo dei criteri da seguire per ottenere una formulazione ottimale del caso clinico e, in parte, assumono un punto di vista empirico. In alcuni, la formulazione del caso clinico è considerata un ponte tra pratica, teoria e ricerca, rappresentando una pietra miliare delle pratiche evidence-based della terapia cognitivo-comportamentale.

Il Functional Analytic Clinical Case Model (FACCM)

Il FACCM (Functional Analytic Clinical Case Model) è stato messo a punto da Haynes e il suo gruppo del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Hawaii in Manoa, USA. Per questi Autori, la formulazione di un caso clinico si inserisce nella tradizione della concettualizzazione della diagnosi comportamentale (Westmeyer, 2003a) e rappresenta "una complessa integrazione di molteplici valutazioni sui problemi di comportamento del cliente, degli obiettivi delle variabili causali e delle variabili che influenzano gli esiti del trattamento" (Haynes & Williams, 2003 p. 164).

Il modello nasce in campo comportamentale, all'interno dell'approccio funzionale proposto da Kanfer e Saslow (1965); tale approccio introduce l'analisi del comportamento considerando aspetti motivazionali ed evolutivi, come pure fattori ambientali e sociali concernenti la descrizione della persona e delle sue modalità di funzionamento. Più in particolare, il FACCM si fonda sull'Analisi Funzionale, una tecnica orientata all'identificazione delle relazioni causali funzionali più importanti e maggiormente controllabili tra specifici comportamenti di un individuo (Haynes & O'Brien, 2000; Haynes et al., 1993; O'Brien & Haynes, 1995). Si tratta fondamentalmente di un modello grafico-vettoriale che permette di illustrare e quantificare tutti gli elementi rilevanti relativi al cliente. Le informazioni riorganizzate con la formulazione del caso clinico possono provenire da ricerche empiriche, come pure da test, interviste, valutazioni cliniche. Una volta quantificate le componenti della valutazione clinica, il FACCM consente di individuare quei fattori che si considerano in relazione con i problemi comportamentali del cliente e di stimare la grandezza degli effetti delle variabili causali. I fattori vengono sistematizzati e quantificati, attraverso un sistema di coefficienti e di variabili calcolati dal clinico, in base alle loro interrelazioni, alla causalità preponderante, alla modificabilità, alla loro importanza e alle variabili moderatrici. Il FACCM fornisce una valutazione dei problemi comportamentali del cliente, delle loro interrelazioni e dei loro risvolti. Include le variabili che il clinico considera in connessione funzionale con i problemi comportamentali – la grandezza stimata, il tipo, la direzione delle relazioni - e la stima della modificabilità delle variabili causali (Haynes, Leisen & Blaine, 1997, p. 338). Tale formulazione rappresenta uno strumento per l'individuazione dei problemi di comportamento su cui soffermarsi al fine di definire il trattamento e per comprendere le variabili che in modo più significativo influenzano sia i problemi che gli esiti del trattamento stesso. La formulazione permette inoltre di selezionare le informazioni ritenute utili nei trattamenti e di individuare i trattamenti più adatti alle specifiche caratteristiche del cliente (vedi Haynes, 1998; Haynes & O'Brien, 2000; Westmeyer, 2003a; Haynes & Williams, 2003).

La funzione della formulazione del caso clinico con il FACCM è, quindi, quella di supportare la decisione del clinico nella scelta del trattamento e dei suoi obiettivi. Tale scelta sarà determinata dalla valutazione della modificabilità delle variabili causali.

Il clinico, per esempio, non sceglierà di orientare il trattamento su variabili causali storiche, genetiche o strutturali, ma deciderà di intervenire su aspetti modificabili. In quest'ottica le variabili causali non modificabili hanno spesso conseguenze modificabili; per esempio, un abuso sessuale infantile può essere un fattore causale di problemi dell'umore e di difficoltà coniugali. Anche se queste esperienze precoci non possono essere mutate, un clinico potrà essere in grado di modificare i postumi dell'esperienza che fungono da variabili causali, ad esempio i sentimenti di colpa che scaturiscono dall'abuso. La stima della modificabilità di una variabile causale viene rappresentata da un coefficiente compreso tra 0 e 1; 0 indica una variabile causale che non può essere modificata e 1 indica una variabile causale che è totalmente modificabile.

Le decisioni rispetto al trattamento possono essere prese dal clinico sulla base della valutazione complessiva delle stime fornite dalla formulazione del caso attraverso il FACCM. In questa decisione assume un peso rilevante la stima dell'importanza che il problema comportamentale ha per i clienti. Essa è ottenuta considerando la gravità del problema (per esempio, occasionale versus frequente, grave versus lieve), il suo grado di pericolosità per il paziente (per esempio, lo

sbattimento della testa versus i movimenti stereotipici nei bambini autistici), la pericolosità del problema per gli altri (per esempio, la violenza fisica versus comportamenti verbali critici), la possibilità di risultare angosciante per i pazienti stessi, o di interferire con la qualità della loro vita e con la loro felicità. A tutte queste stime il clinico attribuisce un valore numerico. Questi valori non sono rilevanti in quanto valori assoluti, ma in quanto consentono il confronto tra l'importanza attribuita ai diversi problemi e la valutazione della grandezza degli effetti stimati.

Il Case Conceptualization Diagram (CCD)

Il modello CCD (Diagramma per la Concettualizzazione di un Caso) nasce all'interno della prospettiva cognitivista. È stato messo a punto da A. T. Beck verso la metà degli anni '50, quindi sviluppato dalla figlia J.S. Beck. Il CCD utilizza la storia evolutiva dell'individuo e le situazioni considerate prototipiche, del tipo situazione-pensiero-emozione-comportamento, per permettere al terapeuta di formulare ipotesi su un nucleo di credenze, assunti disfunzionali e strategie compensatorie disadattive. Nella teoria cognitivista, le credenze chiave di un individuo influenzano lo sviluppo di una classe di credenze, che consistono in atteggiamenti, regole e assunti; influenzano la sua visione di una situazione che, a sua volta, influenza i suoi pensieri, sentimenti e comportamenti. In altre parole: "in una specifica situazione, le credenze implicite di una persona, influenzano la sua percezione, che è espressa attraverso i pensieri automatici. A loro volta, questi pensieri influenzano le sue emozioni. Andando oltre, i pensieri automatici, influenzano anche il comportamento e spesso portano ad una risposta psicologica" (Beck, 1997, p. 17). Il CCD mostra la relazione tra credenze centrali, quelle intermedie e i pensieri automatici in corso e aiuta ad organizzare la complessità e vastità di informazioni relative al cliente. Per massimizzarne l'utilità, il terapeuta si impegna ad individuare un numero ridotto di credenze implicite e di processi in grado di spiegare i comportamenti e i problemi del paziente (Persons, 1989).

Il CCD è formato da quattro quadranti in cui il clinico colloca le informazioni relative al cliente:

- Le informazioni rilevanti sull'infanzia. Vale a dire quelle informazioni che concernono eventi dell'infanzia del cliente ritenuti significativi, per es. il divorzio dei genitori, un abuso sessuale, o condizioni come povertà, discriminazione razziale etc. Oppure si tratta di informazioni "meno evidenti", per esempio la percezione di essere figli rifiutati, o di non essere all'altezza delle aspettative altrui.
- Le credenze chiave, vale a dire le credenze incondizionate su se stessi, il mondo e gli altri.
- Gli assunti, le credenze, le regole condizionate. Si tratta delle credenze intermedie, le regole, le attitudini o gli assunti impliciti che aiutano il paziente a fronteggiare le credenze centrali dolorose.
- Le strategie di compensazione o di coping, vale a dire le strategie che aiutano il paziente a fronteggiare le credenze centrali.

Nella concettualizzazione del diagramma, Beck J. (1995) suggerisce di partire dal basso, cioè dalla situazione, e di procedere verso l'alto per individuare i pensieri automatici stimolati dalla situazione stessa, ricercando il significato chiave di tali pensieri e infine indicando le reazioni emozionali e comportamentali del cliente. Il significato dei pensieri automatici innescati dalle diverse situazioni deve essere coerente con il quadrante delle credenze centrali. Per completare la rappresentazione, il terapeuta indica nel quadrante più in alto il modo in cui si sono originate le credenze centrali e la loro sussistenza. Secondo Beck (1995) è necessario che il CCD segua la stessa logica sia per il cliente che per il terapeuta e che venga continuamente aggiornato man mano che vengono raccolte altre informazioni. In quest'ottica gli interlocutori della concettualizzazione sono sia il terapeuta che il cliente; è ritenuto importante, infatti, che il terapeuta condivida la concettualizzazione con il cliente e la esplori con lui in un clima di grande collaborazione (Stenhouse & Van Kessel, 2002).

The Action Formulation: un'euristica per la formulazione del caso clinico

The Action Formulation (La Formulazione dell'Azione) è stata messa a punto da Shahar³ e Porcerelli⁴ (2006). Si fonda su una teoria dell'azione secondo la quale gli individui costruiscono attivamente il proprio ambiente e concorrono alla costruzione del proprio benessere generando fattori di rischio e fattori protettivi. L'obiettivo della TAF è di identificare tali azioni all'interno del processo di assessment del cliente. A tal fine la TAF si avvale di alcuni strumenti, tra cui interviste aperte e semi-strutturate, interviste con altri considerati significativi, questionari cosiddetti oggettivi e tecniche proiettive. Dal punto di vista pragmatico vengono proposte quattro linee guida per la formulazione di un caso clinico:

- Delineare l'ambiente sociale del cliente e il ruolo che esso gioca nella situazione attuale, focalizzandosi sulle risorse presenti nella sua vita quotidiana, sulle difficoltà interpersonali e sugli eventi positivi e negativi della sua vita. Gli Autori fanno riferimento a quanto dimostrato da alcune ricerche: c'è una correlazione "positiva" tra fattori sociali-interpersonali e l'origine, come pure l'evoluzione, di problemi fisici e mentali.
- Comprendere come gli individui influenzino il proprio ambiente. Dopo aver identificato le circostanze interpersonali da cui scaturisce la difficile situazione del cliente, il valutatore può cercare di capire la posizione assunta dal cliente in tali circostanze. Il focus a questo punto è sulle configurazioni psicopatologiche e di personalità che generano sia fattori di rischio personale, che i punti di forza che consentono il costruirsi di fattori interpersonali protettivi.
- Differenziare tra cicli interpersonali disadattivi e rischiosi e cicli adattivi e potenzialmente protettivi; numerosi studi, infatti (Wender, 1968; Shahar, 2006) dimostrano che sia i primi che i secondi possono creare dei circuiti di retroazione che accentuano sia i fattori di rischio che quelli di protezione.
- Adottare tecniche integrative per cortocircuitare i cicli rischiosi e sostenere quelli adattivi. La proposta degli Autori è di integrare tecniche psicodinamiche e delle relazioni oggettuali con tecniche cognitivo-comportamentali. In tal senso, l'applicazione della TAF aiuterebbe i clinici nella scelta delle tecniche psicodinamiche e cognitivo-comportamentali più efficaci.

Per gli Autori della TAF, in conclusione, la stesura del caso clinico è rivolta sia ai terapeuti che ai loro pazienti. Secondo tale ottica, considerare i pazienti come interlocutori consente in primo luogo di aiutarli a capire come generino attivamente, anche se inconsapevolmente, conflitti e stress e come non riescano a produrre scambi interpersonali positivi; in secondo luogo, fa sì che i pazienti possano ricercare i modi con cui potenziare le proprie competenze sociali, generando eventi di vita positivi (Shahar & Porcerelli, 2006).

4. Il modello CB

Nell'*Handbook of Psychotherapy case formulation* di Ells (1997), Persons⁵ e Tompkins⁶ sostengono che la formulazione del caso clinico nella terapia cognitivo-comportamentale (CB, Cognitive-Behavioral) consente di realizzare la verifica delle ipotesi nel lavoro clinico. Tale approccio consta di tre elementi chiave: la valutazione, la formulazione e l'intervento. L'informazione ottenuta nella valutazione è utilizzata per sviluppare una formulazione, vale a dire un'ipotesi rispetto alle cause dei disturbi e dei problemi del paziente; tale ipotesi è utilizzata come base per l'intervento. Via via che il trattamento procede, il terapeuta ritorna continuamente alla fase di valutazione, raccoglie informazioni per revisionare il processo e avanzare con la terapia e utilizza queste informazioni per rivedere, all'occorrenza, la formulazione e l'intervento. Gli Autori partono dai modelli TAF e CCD per poi definire un proprio metodo, che fa riferimento al sistema diagnostico del DSM IV. Il metodo proposto enfatizza l'uso delle formulazioni nomotetiche evidence-based (per es. le leggi generali sul funzionamento degli individui) per lo sviluppo di formulazioni idiografiche (teorie applicabili ad

³ Università di Ben-Gurion di Negev, Israele, e Università di Yale, New Haven, Connecticut.

⁴ Scuola di Medicina dell'Università di Stato Wayne, Detroit, Michigan

⁵ Direttore del San Francisco Bay Area Center for Cognitive Therapy di San Francisco; Professore associato in psicologia clinica presso il Dipartimento di Psichiatria Università della California, San Francisco.

⁶ Direttore della formazione professionale del San Francisco Bay Area Center for Cognitive Therapy di San Francisco; ricercatore di psicologia clinica presso il Dipartimento di Psicologia, Università della California, Berkeley

uno specifico caso) (Persons & Tompkins, 1997). La formulazione del caso clinico CB deve avere diverse caratteristiche:

- l'utilità per il trattamento, vale a dire che contribuisce all'efficacia del trattamento;
- la parsimonia, nel senso che fornisce una quantità di informazioni minima, ma essenziale all'efficacia del trattamento;
- l'essere evidence-based, nel senso che attribuisce alto valore alle informazioni provenienti da situazioni sperimentali e dall'uso di strumenti di misurazione oggettivi.

La formulazione concerne differenti livelli, che vanno dalla descrizione del sintomo a quella dei problemi o disturbi, per giungere infine al caso. Gli Autori fanno riferimento a difficoltà manifeste che il paziente ha sia sotto forma di sintomi psicologici/psichiatrici, sia come problemi interpersonali, lavorativi, scolastici, medici, finanziari, legali etc. Fondamentale per la formulazione è la conoscenza da parte del terapeuta di tutti i problemi e la comprensione delle interrelazioni tra loro. Il cuore della formulazione del caso è la descrizione dei meccanismi che stanno causando o favorendo i problemi del paziente; i meccanismi possono essere sia psicologici (favoriti dalla CB) sia biologici; successivamente si descrivono i fattori causali più reconditi.

Gli Autori indicano step-by-step le operazioni da fare per organizzare il caso. Le indichiamo di seguito, rinviamo al loro lavoro per un'analisi più accurata:

- Ottenere una lista completa di problemi.
- Formulare una diagnosi secondo i cinque assi del DSM.
- Scegliere una diagnosi di "ancoraggio", individuando la diagnosi che permette di rendere conto della maggior parte dei problemi indicati nella lista.
- Selezionare una formulazione nomotetica da utilizzare come modello per la formulazione del caso idiografico; se questo non fosse possibile, gli Autori suggeriscono alcune procedure alternative.
- Individualizzare il modello nomotetico, raccogliendo dettagli sugli aspetti somatici, cognitivi ed emotivi che caratterizzano i problemi del paziente.
- Proporre un'ipotesi rispetto ai meccanismi di origine.
- Descrivere l'episodio di malattia o di intensificazione del sintomo.

The Linchpin⁷ concept di Bergner

La formulazione di un caso basata sul concetto di "fulcro" è stata ideata da Raymond Bergner⁸ (1998) e si colloca all'interno di una cornice concettuale nota come Psicologia Descrittiva. Secondo l'Autore, la valutazione clinica culmina idealmente nella costruzione di un caso, fondato empiricamente, che sia in grado di riassumere tutti i fatti chiave intorno a un "fulcro". In quest'ottica la concettualizzazione di un caso clinico dovrebbe fornire un'organizzazione dei *fatti* non solo integrando tutte le informazioni ottenute, ma portando alla identificazione del nucleo centrale della situazione problematica su cui si interviene. Gli obiettivi dichiarati sono sempre quelli di aiutare il clinico e il cliente nella scelta di un focus terapeutico, nell'identificazione di un obiettivo, e nella realizzazione dell'intervento. Grazie a tale formulazione l'intervento clinico si focalizza su quello specifico fattore che, implementato, influisce positivamente sui problemi del cliente. Secondo l'Autore riconoscere l'esistenza di fattori-fulcro non contraddice la teoria che attribuisce molteplici cause ai problemi umani, sostenendo che i problemi non possano essere spiegati da un unico fattore. Il concetto di "fulcro" assume la valenza di "sentiero comune" (Bergner, 1998 p. 290); metaforicamente, rappresenta ciò che tiene insieme le cause e le loro attuali conseguenze. La sua eliminazione, quindi, potrebbe portare a catastrofi (Bergner, 1998).

Per l'Autore le caratteristiche della formulazione ottimale di un caso clinico sono tre:

Organizzare i fatti attorno a un fulcro.

Il lavoro clinico consiste nell'"organizzare l'amalgama di dati forniti dal cliente all'interno di una unità cognitiva utilizzabile" (Bergner, 1998 p. 289); perciò è necessario separare ciò che è rilevante da ciò che non lo è, distinguere le cause dagli effetti, individuare tra le informazioni nesi che il cliente non aveva considerato, trovare il fulcro entro la complessità cognitiva, sottolineando quel

⁷ Letteralmente il linchpin è l'acciarino, la bietta che fissa la ruota al mozzo.

⁸ Professore di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Illinois State University

fattore che organizza tutta l'informazione ottenuta e individuando il nocciolo delle difficoltà del cliente. L'individuazione della fonte organizzante tutte le difficoltà del cliente avrà lo status di un'ipotesi empirica la cui adeguatezza sarà determinata dal grado di adattabilità a tutti i fatti del caso e dall'efficacia terapeutica.

Individuare i fattori trattabili con l'intervento.

E' possibile che il caso sia costruito intorno ad un fulcro in modo sostanzialmente verosimile, ma non sufficientemente utile dal punto di vista terapeutico, quando nella formulazione tutti i fatti vengono ricondotti ad esperienze del passato del cliente, o a tratti generali di personalità, o a disturbi mentali, o comunque ad aspetti generali non trattabili. In questo caso i fatti e le descrizioni, pur importanti, possono non essere determinanti per la persistenza dello stato disfunzionale del cliente e non sono direttamente riconducibili all'intervento terapeutico.

La formulazione del caso clinico rappresenta il momento finale dell'assessment e dovrebbe portare alla identificazione di quei fattori che, al momento della stesura, determinano il problema e fondano un'azione terapeutica efficace; tale formulazione guida il terapeuta nella scelta del trattamento che ha maggiore probabilità di successo.

Favorire l'utilizzo del caso da parte del cliente.

La condivisione con il cliente della formulazione permette a quest'ultimo di organizzare un pensiero sui propri problemi. Inizialmente il cliente può identificare un fattore centrale, in un secondo momento può cogliere in questo fattore il punto focale sul quale convogliare le proprie strategie di cambiamento. La formulazione del caso clinico, se ben realizzata, pone il paziente in una posizione di potere: egli non percepisce i propri problemi come qualcosa di incomprensibile o incontrollabile (come la propria storia individuale, le caratteristiche di personalità, i disturbi mentali), ma come qualcosa che sta facendo o pensando e che quindi può, in linea di principio, smettere di fare o pensare.

L'Autore propone alcuni accorgimenti da seguire nella formulazione corretta di un caso clinico, sottolineando l'importanza della competenza clinica rispetto al seguire una serie di procedure.

Il primo passo nella stesura di un caso consiste nell'accertarsi accuratamente dei fatti. Il modo di procedere del clinico, in quest'ottica, dovrebbe ispirarsi al "modello del detective", che "prima determina la precisa natura del crimine da risolvere e dopo la utilizza come una guida per determinare quali prove sono rilevanti e quali no" (pag. 297). Il clinico inizierà in questo modo a costruirsi un quadro chiaro delle questioni che via via verranno messe in evidenza, mentre nell'assessment le informazioni da ricercare sono determinate a priori. Una volta costruito un quadro sufficientemente chiaro, le informazioni ottenute vanno organizzate in un resoconto⁹ esplicativo. A questo punto è possibile perseguire due linee di azione: la prima è di lasciar stare i dettagli e cercare un pattern ampio (Ossorio, 1976 in Bergner, 1998), la seconda è di ricondurre i fatti a forme esplicative note, come le più importanti teorie psicologiche.

Un ultimo passo consiste nel chiedersi, da parte del terapeuta, se la formulazione sia coerente con i fatti osservati, esaustiva, confacente con la teoria che li spiega, ed infine prescrittiva di interventi che abbiano una buona prospettiva di successo. Se uno solo di questi aspetti venisse ritenuto insoddisfacente la formulazione andrà revisionata, in caso contrario si può procedere alla sua implementazione attraverso gli interventi clinici.

Conclusioni

Nei modelli discussi l'interlocutore della concettualizzazione del caso clinico è prevalentemente il clinico stesso, clinico che può trarre dalla sua stesura una guida per la propria prassi e per le decisioni da prendere. Spesso si individua tra gli interlocutori anche il cliente, nell'ipotesi che questi possa essere facilitato dalla lettura del suo caso, e possa focalizzare le proprie risorse sui punti che il clinico ritiene cruciali. Il caso è uno strumento di analisi dei problemi dell'individuo e di previsione/quantificazione degli effetti dei possibili trattamenti. Non ha una funzione di esplicazione di una storia o di una teoria, né di una tecnica di trattamento. Coerentemente con le definizioni, nei modelli discussi il caso clinico è incentrato sul "là e allora" della storia personale del cliente, sull'ambiente da cui proviene e sui rapporti che ha avuto nella vita. Non vi sono riferimenti

⁹ account

al rapporto clinico entro cui le informazioni sono raccolte, né contiene informazioni sul “qui ed ora” della relazione tra psicologo e cliente, se non nella misura in cui ciò che accade nel rapporto terapeutico inizia a far parte della storia del cliente stesso. Ciò vuol dire che possono essere riportati episodi che hanno luogo all'interno del setting terapeutico, se il terapeuta li ritiene indicatori di pattern comportamentali del cliente.

Se si tiene a mente l'organizzazione del sistema sanitario di cui si parlava all'inizio, si può ipotizzare che tra gli interlocutori della concettualizzazione di un caso clinico, oltre a quelli esplicitamente menzionati, ci siano interlocutori *esterni* al rapporto terapeutico, con funzioni di controllo, monitoraggio e tutela, a cui “rendere conto” della prassi attivata. Si tratta degli enti che certificano la qualità, delle assicurazioni che devono decidere se rimborsare il trattamento oppure no, e dei “consumatori” che valutano un servizio erogato. In quest'ottica, la concettualizzazione del caso clinico assume una funzione di documentazione e giustificazione della prassi messa in atto dai clinici; ciò equivale a dire che acquista un senso all'interno di altri rapporti, piuttosto che nel rapporto tra clinico e cliente. L'intento degli Autori è di proporre modalità per “standardizzare” e uniformare la struttura del caso clinico e, contemporaneamente, di trattare il più possibile le specificità di ogni singolo cliente, superando i limiti dei trattamenti standardizzati. Ciò è ottenuto con l'operazionalizzazione di una situazione individuale attraverso teorie, o con la sintesi “criteriata”, operazione spesso indicata come formulazione individualizzata di un caso clinico.

Fare riferimento alla standardizzazione e alla quantificazione/previsione degli effetti del trattamento permette, nell'ottica degli Autori, di ridurre la discrezionalità del professionista e i margini di errore. Alcuni, per sottolineare l'importanza di questo aspetto, fanno riferimento ai casi in cui il cliente si trova in situazioni di rischio per la propria vita (tentativi di suicidio) o per la propria incolumità (atti auto-lesionisti). Come si vede, un aspetto che sembra ribadire la funzione di legittimazione della specifica prassi psicologica adottata a fronte del rischio che essa sia attaccata.

Bibliografia

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Meridian.

Beck J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Bergner R. (1998). Characteristics of an optimal clinical case formulations. The Linchpin Concept. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 287-300.

De Bruyn, E.E.E.J. (1992). A normative-perspective view on clinical psychodiagnostic decision-making. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 163-171.

De Bruyn, E.E.E.J. (2003). Assessment process. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.). *Encyclopedia of psychological assessment* (Vol.1, pp.93-97). London: Sage Publication Inc.

Eells (1997) (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.

Eells T.D. (1997). Psychotherapy case formulation: history and current status. In *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. (Eds). Eells T.D. New York: Guilford, 1-25.

Eells T.D ., Kendjelic E .M ., Lucas C .P. (1998) What's in a Case Formulation? Development and Use of a Content. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 144-153.

Forquer, S. L., & Muse, L. C. (1996). Continuous quality improvement: theory and tools for the 1990's. In B. L. Levin and J. Petrilá (Eds.), *Mental health services: A public health perspective*. New York: Oxford University Press.

Grob G.N. (1991). *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*. Princeton NJ: Princeton University Press.

Hadley, T. R., Schinnar, A., & Rothbard, A. (1991). Managed care in the public sector. In S. Feldman (Ed.), *Managed care*. New York, NY: Thomas & Co.

- Haynes S. N., Williams A. E., (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs. Matching treatment mechanisms to causal variables for behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3),164-174.
- Haynes S. N., O'Brien, W.O. (2000). *Principles of behavior behavioral assessment: a functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum/Kluwer.
- Haynes, S. N. (1998). The assessment-treatment relationship and functional analysis in behavior therapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 26-34.
- Haynes S. N., Leisen M. B., Blaine D. D., (1997). Design of Individualized Behavioral Treatment Programs Using Functional Analytic Clinical Case Models. *Psychological Assessment*, 9(4), 334-348.
- Haynes S. N., Spain H., Oliveira J. (1993). Identifying causal relationship in clinical assessment. *Psychological Assessment*, 5, 281-291.
- Kendall P.C., Flannery-Schroeder E., Ford J. (1999). Therapy outcome research methods. In Kendall P.C., Buthcer J.N., Hombeck G.N. (Eds). *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: Wiley.
- Kuyken, W., Fothergill, C.D., Musa, M., Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.
- O'Brien W.H., Collins A., Kaplar M., (2003). Case formulation. In Fernandez-Ballesteros R. (Ed), *Encyclopedia of psychological assesment*, 2, 1008-1011. London: Sage.
- O'Brien, W. H., & Haynes, S. N. (1995). A functional analytic approach to the conceptualization, assessment and treatment of a child with frequent migraine headaches. *In Session*, 1, 65-80.
- Ossorio P. (1978). *What actually happens. The representation of real-world phenomena*. Columbia, SC: University of South Carolina Press.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice. A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B., & Tompkins, M. A. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eells (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*, 290-316. New York: Guilford Press.
- Petermann F., Müller J. (2001). Clinical Psychology and single case evidence. A practical approach to treatment planning and evaluation. LTD: John Wiley & Sons.
- Rothbard A. B., Hadley T. R., Schinnar A. P., Morgan D., Whitehill B. (1989). *Philadelphia's Capitation Plan for Mental Health Services*. *Hosp Community Psychiatry*, 40, 356-358.
- Schlesinger, M. (1986). On the limits of expanding health care reform: Chronic care in prepaid settings. *The Milbank Quarterly*, 64(2), 189-215.
- Stenhouse L., Van Kessel K., (2002). Cognitive Therapy and Dialectical Behaviour Therapy: An Integrative Approach to the Conceptualization of Borderline Personality Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 31.
- Westmeyer, H. (2003b). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 210-216.
- Westmeyer, H. (2003a). Clinical case formulation: Introduction to the special issue. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 161-163.
- Westmeyer H., & Hageboeck J., (1992). Computer-assisted assessment: a normative perspective. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 1-16.
- Westmeyer, H. (1975). The diagnostic process as a statistical-causal analysis. *Theory and decision*, 6, 57-86.

Il resoconto psicologico-clinico: temi e questioni per un confronto con la scrittura in ambito sociologico e antropologico

di Silvia Potì*

1. La scrittura delle scienze dell'uomo

1.1 Il "modello antropomorfo dell'uomo"

La possibilità di utilizzare il linguaggio ha permesso all'uomo di scrivere commenti e resoconti sulle proprie azioni o sui propri progetti, dando origine ad un proliferare di diari, lettere, biografie e autobiografie.

Pensiamo alla produzione memorialistica dei grandi personaggi, condottieri, re o eroi, ma anche, con il passare del tempo e lo svilupparsi dei mezzi di comunicazione, alle biografie di persone comuni, che raccontano la singolarità e l'autonomia del proprio vissuto, in un'ottica spesso individualista.

Varie componenti, di cultura e di pensiero, hanno contribuito all'acuirsi dell'attenzione da parte dell'individuo sul tempo dell'esistenza e sulla quotidianità. Un moltiplicarsi di biografie, autobiografie e memoriali, che hanno l'intento di unire il piacere dell'affabulazione al senso di una comune appartenenza e identità.

Con la moderna tecnologia sono intervenuti altri mezzi nel raccontare: dal registratore, alle interviste, a collage di documenti e scritti, a veloci messaggi informatici. Si è creato una sorta di laboratorio aperto... "La facilità della comunicazione tecnologica e la trasformazione in atto dei modelli culturali di cui fa parte la messa in pubblico del vissuto hanno fatto scomparire l'uso della corrispondenza e della memorialistica a carattere privato" (Ceserani & De Federicis, 1988, p. VI).

Oggi, inoltre, abbiamo rifiutato quella concezione ingenua per cui con la scrittura pensavamo di aderire alla realtà che racconta. "Nel momento in cui la conoscenza di sé e del mondo accetta di presentarsi sotto forma di narrazione, ne accetta anche le caratteristiche di parzialità e di relatività" (Ceserani & De Federicis, 1988, p.v). Si tratta di una "finzione", nel senso etimologico: una costruzione di realtà con valenze simboliche, in cui il significante non è il significato. Le stesse parole sono dotate di una doppia referenza, secondo la teoria di F. Fornari (1976; 1979), e veicolano, oltre al significato intenzionale, anche uno emozionale, inconscio, condiviso simbolicamente dagli attori che condividono lo stesso contesto (Carli, 1987).

La scrittura, sia che il destinatario sia il grande pubblico che un intimo interlocutore, è considerata comunque un atto sociale.

Harrè e Secord (1972) hanno proposto un modello antropomorfo dell'uomo in alternativa ad un modello positivista meccanicista, in grado di rendere conto della maggiore complessità dei processi umani. L'uomo ha infatti come caratteristica non solo quella di essere un soggetto agente ma anche una persona che osserva, progetta, critica, ripensa alla sua storia. Scrive Duranti: "Il *linguaggio*, quindi, non serve solo per descrivere il mondo, ma anche per cambiarlo [...] quando raccontiamo una storia, un aneddoto, o perfino una barzelletta, oltre a trasmettere delle informazioni sugli eventi, forniamo anche una prospettiva, suggeriamo interpretazioni" (1992, p. 16).

Harrè e Secord (1972) nel loro modello propongono dunque l'idea di uomo come soggetto agente che osserva, progetta, critica. Agisce ed interagisce guidato da scopi consapevoli e non, che regolano il comportamento consentendone il controllo, la modifica e l'adattamento all'ambiente; sviluppa una serie di capacità, quali la decodifica delle aspettative degli altri, il

* Dottore di ricerca in psicologia clinica, collaboratrice della cattedra di psicologia clinica dell'Università "La Sapienza" di Roma, perfezionanda all'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales di Parigi.

confronto delle immagini di se stesso con le norme sociali, e apprende categorie che gli consentono di ricomporre coerentemente queste esperienze nei propri resoconti.

Il resoconto, quindi, viene concepito come strumento che consente di conoscere il comportamento dell'uomo, l'agire e l'interagire delle persone¹. Attraverso il linguaggio parliamo, commentiamo, facciamo resoconti, piani, anticipazioni, progettiamo. Restiamo dentro e fuori la scena. Harrè e Secord affermano inoltre che nei commenti diventano chiari i nostri piani e scopi e che possiamo controllare quindi anche il controllo, attraverso una "consapevolezza della consapevolezza" che guida e corregge il controllo.

Il controllo alla terza ci viene invece dal riscontro fornito dagli altri.

1.2 La costruzione di rapporti di ricerca nelle scienze sociali

"La 'fameuse' angoisse devant la page blanche touche aussi le chercheur"²: inizia così un articolo di Martyne Pierrot e Martin de la Soudière su un numero della rivista *Communications* dedicato alla scrittura delle scienze dell'uomo (1994, p. 5). La scrittura "pubblica", formata da articoli, comunicazioni, rapporti di ricerca, libri, rappresenta per il ricercatore in scienze sociali un momento importante del proprio lavoro, fondante la sua stessa identità professionale. La questione della scrittura è legata anche alla storia delle scienze umane e all'identità stessa di ciascuna di essa. Se si suppone, infatti, seguendo il pensiero di alcuni studiosi, che le scienze umane siano un'apparecchiatura teorica che organizza solo un insieme di dati, la scrittura non sarà allora altro che ciò che Roland Barthes, sempre su *Communications*, definì come una vaga operazione finale, rapidamente portata a termine grazie a qualche tecnica d'espressione appresa al liceo, il cui solo sforzo sarà di sottomettersi ai codici del genere (chiarezza, rispetto delle leggi del ragionamento), sprofondando così nell'illusione che la ricerca si espone ma non si scrive (Barthes, 1972).

In un resoconto si alternano gli intertesti (IT) e ciò che va fuori il testo (HI), ciò che viene in altre parole lasciato da parte nella fase di transizione della redazione. È possibile ricostruire i dispositivi IT/HI nei taccuini o *journeaux de recherche* di Malinowski, Margaret Mead, Ferenzi, Wittgenstein, come ha tentato di fare Lourau (1994). Se si considera la scrittura del resoconto come parte integrante dell'analisi e della raccolta dati, si possono individuare quindi una serie di fasi intermedie indipendenti ma anche collegate al rapporto di ricerca finale, che consistono in appunti del ricercatore, osservazioni personali, memo, riferimenti bibliografici. La scrittura diaristica come "cantiere" della ricerca reintroduce la dimensione nascosta di quest'ultima, ossia la *temporalità del processo*, la continuità del lavoro, a fronte di una relazione incentrata sull'esito. Una scrittura che avviene dunque nel tempo ma anche all'interno di un contesto.

A questo proposito riportiamo un aneddoto di D. Percheron³ il quale, dovendo redigere un resoconto di un film di Roberto Rossellini per un giornale, aveva piuttosto cercato di riportare ciò che più aveva colpito il suo sguardo nel film, e probabilmente, si dice l'autore, non solo il suo. "*Je crus donc bon d'écrire que "cette petite chose avait accroché mon regard". J'aurais du me douter que ce n'était pas le genre de la maison. J'aurais du, de moi-même, rédiger plus neutre, y aller d'un « le regard », comme ce fut imprimé. Ou peut-être aurais-je du appeler le journal pour bien leur expliquer que « hein, attention, si j'ai mis mon, ce n'est pas par hasard »* (1994, pp. 119-120)⁴.

¹ Ricordiamo la teoria degli atti linguistici di Austin (1962) e l'approccio etogenetico degli anni '70, in cui viene presentata un'idea di uomo come agente, costruttore, mosso da scopi ed intenzioni, capace di autoconsapevolezza oltre che autocontrollo ed interazione simbolica.

² "La famosa angoscia davanti la pagina bianca concerne anche il ricercatore".

³ Tra le altre cose, anche redattore della rivista *Communication*.

⁴ "Ho pensato bene di scrivere "questo dettaglio aveva colpito il mio sguardo". Avrei dovuto capire che non era il genere di stile scelto dalla casa editrice. Avrei dovuto io stesso scrivere in maniera più neutra, "uno sguardo", come fu in effetti stampato. O forse sarebbe stato il caso di chiamare il giornale per spiegare che "hei, attenzione, se ho scritto così non è certo per caso".

Il rapporto con la *committenza* e la comprensione di quello che D. Percheron chiama “l’esprit maison” hanno a che fare con la domanda dei *lettori*, all’interno del “sacro campo” della pubblicazione (Percheron, 1994)

Il domandarsi a chi si scrive un resoconto e perché, dunque chi sono i destinatari, qual è l’obiettivo, ma anche il contesto del resoconto, richiama alla mente le questioni della chiarezza della scrittura di un articolo scientifico e *l’eterno scarto tra il dire e il voler dire*. Percheron a tal proposito mette l’accento sulla prosa e sul continuo lavoro di revisione finale di un articolo o di un resoconto da pubblicare, che arriverà infine alla stampante- o su internet- con l’illusione di aver raggiunto finalmente il prodotto finito. A quel punto ogni imprecisione, ogni errore verrà ignorato o perdonato. Perché si possa dire...“un texte existe, je l’ai rencontré dans une bibliographie”⁵ (p. 126).

Lo stile del resoconto o del rapporto di ricerca, il linguaggio, il tempo dei verbi, la chiarezza espositiva, la ripetizione delle informazioni sono tutti accorgimenti segnalati anche da Banister (1994) e ripresi da Cicognani (2002). Presentare i risultati di una ricerca alla comunità scientifica pone dunque alcuni problemi, essendo quelli formali strettamente connessi a quelli contenutistici.

Se la ricerca etnografica si è da subito posta il problema della resocontazione dei risultati e dei processi, risolvendo la questione con l’elaborazione di modelli e stili di scrittura “etnografici” che spesso sconfinano nei generi letterari (Ricolfi, 1997), non sempre questa riflessione ha accompagnato il resto della ricerca scientifica nelle scienze sociali.

“La stesura di un rapporto di ricerca, nel caso di ricerche qualitative, segue in buona parte le convenzioni che guidano la scrittura di un qualunque resoconto di indagine scientifica, anche se alcuni aspetti sono più specifici. Il modello più tipico che si può considerare è l’articolo destinato a riviste scientifiche. Occorre ricordare però che metodi diversi di ricerca qualitativa (ad esempio etnografia, *grounded theory*, storie di vita e ricerca narrativa, analisi della conversazione, analisi del discorso, analisi del contenuto) richiedono stili di scrittura un po’ differenti (rispetto ai quali sono state fornite indicazioni puntuali in letteratura, cfr. ad esempio Strauss, Corbin, 1990) e che, nel caso di pubblicazione in rivista, vanno considerate anche le preferenze di queste ultime (ad esempio le riviste principali di psicologia richiedono il rispetto di criteri standard, prevalentemente “oggettivi”, validi per tutti gli altri tipi di ricerca, mentre quelle dell’area “qualitativa” lasciano in genere margini di discrezionalità più ampia circa lo stile di presentazione, contemplando anche l’adozione di stili più “narrativi” ed un intervento più personale e creativo del ricercatore) e il pubblico al quale l’articolo è destinato” (Cicognani, 2002, pp. 114-115).

Il resoconto di una ricerca, inoltre, secondo quanto sottolinea Cicognani (2002), varia a seconda dell’impostazione teorica e dei metodi utilizzati. Ci sembra un’informazione fondamentale, collegata agli scopi del resoconto ma anche agli obiettivi che si vogliono raggiungere con la ricerca stessa.

La scrittura è dunque (Banister, 1994; Cicognani, 2002) un’attività che richiede un tempo di elaborazione ed una riflessione sui destinatari, il contesto di resocontazione, lo stile, l’obiettivo.

1.3 Verifica, soggettività vs oggettività/generalizzabilità e scopi del resoconto

La stesura di un resoconto della propria ricerca per la comunità scientifica richiama inevitabilmente la questione della verifica della ricerca.

Mentre nell’ambito delle scienze positiviste i criteri di validità sono fissati a validità interna (che riguarda, lo ricordiamo, la dimostrazione delle relazioni causali ipotizzate tra fenomeni), esterna (la possibilità di generalizzare i risultati a persone, contesti, situazioni diverse) e attendibilità (l’eventualità che gli strumenti usati misurino adeguatamente il fenomeno studiato), “molti ricercatori hanno in realtà sostenuto l’inadeguatezza dei criteri tradizionali per valutare le ricerche qualitative, perché essi non tengono conto delle peculiarità del

⁵ “Quel libro esiste, l’ho incontrato in una bibliografia”.

processo⁶ di ricerca qualitativa e non sono coerenti con le premesse epistemologiche su cui i diversi approcci qualitativi si fondano” (Cicognani, 2002, pp. 118-119). Nel tentativo quindi di rivendicare un ruolo più significativo alla ricerca qualitativa, fin dalla metà degli anni '80 alcuni autori hanno tentato di elaborare criteri di validità specifici nell'ambito di alcuni approcci qualitativi (ad esempio per la *grounded theory* cfr. Henwood & Pidgeon, 1992; per la ricerca narrativa cfr. Lieblich et al, 1998). Altri invece, come coloro che si riconoscono nel paradigma costruttivista, mettono in crisi la possibilità di adottare criteri definiti e stabili e privilegiano criteri flessibili legati alle più ampie caratteristiche specifiche di ogni ricerca: l'ottica costruttivista sottolinea come anche nel caso della formulazione del resoconto si tratti sempre di una co-costruzione tra *assessed* e *assessing people*, che fonda la conoscenza (Westmeyer, 2003). A ciò si lega la secolare questione che divide scienze nomotetiche da una parte e scienze idiografiche dall'altra.

“Il problema della *trasferibilità* (o *generalizzabilità*) dei dati- scrive Cicognani- è uno dei nodi più spinosi della ricerca qualitativa, perché la sua focalizzazione prevalente su contesti e situazioni specifiche e su casi particolari e unici rende quasi impossibile stabilire se i risultati sono validi indipendentemente dal contesto in cui sono stati raccolti” (2002, p. 121).

Le questioni concernenti la standardizzazione delle procedure, la generalizzabilità dei risultati, la validità delle interpretazioni, la replicabilità della ricerca sono connesse all'uso dei resoconti. La questione dell'*oggettività* e della *soggettività* del rapporto di ricerca e del resoconto in generale è una delle prime che si pone all'attenzione del ricercatore. In sostanza, si può affermare che è ancora dominante un approccio alla formulazione e alla resocontazione del caso clinico di tipo psicometrico o diagnostico alla ricerca di oggettività (Bell, 1992; Westmeyer 2003a; 2003b).

Vi è certo una differenza tra il resoconto di dati statistici e ad esempio il resoconto di ciò che succede in ambito psicoanalitico. Liotta (1995) a questo proposito insiste sull'esigenza di usare cautela nel trarre conclusioni e nello sviluppare un sistema tecnico che imbriglia il processo analitico nella raccolta verbale del materiale delle sedute come se fosse la verità, nell'utilizzo della parola del paziente o dell'analista come dato oggettivo. L'attenzione si sposta verso l'unicità della relazione, i dubbi, le ipotesi da verificare piuttosto che verso la replicabilità e la generalizzabilità dei risultati. Possiamo affermare che in ambito psicoanalitico questa ricerca di oggettività fa da sfondo ad una soggettività estrema del materiale di lavoro. In relazione a questo l'oggettività e l'attendibilità del racconto sembrano diventare aspetti importanti in ragione del fatto che l'evento psicoanalitico originario non può essere osservato direttamente.

Vari autori si sono interrogati ed espressi circa la validità del racconto clinico. A questo proposito, Merendino (1984) propone di considerare il testo del racconto clinico come documento pubblico. Il racconto-testo assumerebbe una funzione mediatrice tra l'esperienza psicoanalitica *dentro* il setting e l'operazione di elaborazione teorica e di verifica *fuori* dal setting. Esso viene proposto come elemento che informa e costruisce una rete di significanti e significati, con valore di conoscenza. Merendino ribadisce il valore del racconto clinico come documento pubblico che consentirebbe di verificare o confutare la teoria tratta dall'esperienza in esso descritta e di costruire un discorso scientifico. Gori (1990) afferma tuttavia che nessun resoconto è in grado di riprodurre la ricchezza gli eventi emotivi vissuti nell'esperienza analitica.

Nell'ambito della ricerca ci si è dunque posti il problema di come raccogliere e portare fuori dalla stanza di analisi i dati relativi ai colloqui clinici. Spesso la risposta che ci si è data è quella della registrazione audio come metodo utile per fare ricerca, ma anche per discutere dei casi in supervisione. La questione della *registrazione* dei dati è fortemente connessa alla prima questione trattata, quella della verifica, e alla correlazione dunque tra processo ed esito terapeutico. Il ricorso alla tecnologia per la resocontazione dei casi clinici sembra proporre un uso frammentato e parcellizzato e, se fatto con intenti di ricercare un'oggettività, potrebbe far perdere il ricco materiale che può essere tratto da una riflessione sulla dimensione relazionale e sul processo.

⁶ Il corsivo è nostro.

Le questioni finora trattate sono strettamente legate agli scopi del resoconto nel contesto dell'intervento e del processo di conoscenza; le domande che sembrano interessanti a questo proposito sono: quale uso se ne fa? Chi sono i destinatari? Quali sono le parti alluse o esplorate? Quali modelli culturali veicola? Quanto si tiene conto del processo istituyente la relazione?

2. Il resoconto nella prassi dell'antropologo, dell'etnografo e del sociologo

2.1 La resocontazione in ambito antropologico ed etnografico: l'uso del taccuino

Un utilizzo molto diffuso del resoconto si riscontra nella ricerca antropologico-etnografica. Tra il XIX° e il XX° secolo nasce all'interno di tale contesto la tecnica dell'osservazione partecipante. Fu l'antropologo Malinowski, nell'*Introduzione ad argonauti del Pacifico occidentale*, definito il libro di genesi dell'antropologia moderna (Van Maanen, 1988), a codificare questa tecnica, mettendo in crisi il modello tradizionale dell'antropologia ottocentesca che vedeva i nativi come selvaggi primitivi da educare alla civiltà occidentale⁷. Con la scomparsa delle società primitive l'antropologia ha spostato i suoi interessi verso lo studio delle società moderne, mettendo a fuoco specifiche aree sociali e culturali: si pensi allo sviluppo dell'antropologia urbana, dell'antropologia della medicina, alla sociologia autobiografica, agli studi di comunità o agli studi di subculture, i cui oggetti sono la marginalità sociale, l'immigrazione o l'urbanizzazione (Corbetta, 1999). Ma si pensi anche all'uso dell'osservazione partecipante all'interno al filone della cosiddetta "etnografia organizzativa", che mira ad un'analisi delle organizzazioni intese come culture, siano esse istituzioni sanitarie o politiche⁸.

La tecnica dell'osservazione partecipante è caratterizzata da un coinvolgimento diretto del ricercatore con l'oggetto studiato. Il ricercatore, oltre che guardare e ascoltare, deve partecipare alla vita dei soggetti studiati, al fine di sviluppare una visione "dal di dentro", in una prospettiva "emica" (che descriva come funzionano le interazioni, utilizzando le categorie di significato usate dai partecipanti), piuttosto che "etica" (che utilizzi categorizzazioni costruite a priori dal ricercatore stesso). Tale visione "dal di dentro", che permette al ricercatore di immergersi nel contesto sociale che vuole studiare e vivere come e con le persone oggetto del suo studio, condividendone la quotidianità e scoprendone le credenze, le concezioni del mondo, le motivazioni all'agire, è secondo gli antropologi il presupposto della comprensione e si alterna ad una distanza e ad una condizione di estraneità che caratterizza il lavoro antropologico (Corbetta, 1999). L'equilibrio in questo processo di coinvolgimento è tra due casi estremi che Davis (1973) ha chiamato del marziano e del

⁷ Malinowski condusse le sue ricerche nell'isole Trobriand in Nuova Guinea, condividendo con gli abitanti la loro vita e interrompendo ogni contatto con la società occidentale.

⁸ Dal punto di vista teorico, la tecnica dell'osservazione partecipante è stata utilizzata da diversi approcci in sociologia e antropologia. I lavori di Gorge Herbert Mead e di Herbet Blumer hanno fondato la scuola dell'interazionismo simbolico che conferisce un'importanza centrale al processo di interpretazione. In quest'ottica, gli esseri umani si comportano in base ai significati che le cose o le persone rivestono per loro; tali significati scaturiscono dal modo con cui gli uomini agiscono verso una cosa o persona. I significati non hanno mai valore individuale ma sociale, appresi come sono nel processo di interazione sociale dell'uomo con i suoi simili. L'insieme di significati condivisi è quello che si chiama "cultura". I significati vengono quindi fatti propri dall'individuo attraverso un processo di interpretazione dei fatti sociali che lo circondano, che dipende dalle premesse culturali di ciascuno. La tecnica dell'osservazione partecipante, coerente con questa visione teorica, nasce appunto dall'esigenza di comprendere i significati attribuiti dagli individui alle loro azioni, di vedere il mondo con i loro occhi, ricostruendo le interazioni sociali e ponendo l'attenzione del ricercatore verso i piccoli eventi e i rituali. Questo interesse per l'analisi della vita quotidiana ha ricevuto una poderosa spinta negli anni '60 e '70 con l'opera di I. Goffman, e con lo sviluppo dell'etnometodologia, termine coniato da Garfinkel negli anni '40, a partire dalle parole greche *èthnos* (popolo), *mèthodos* (metodo) e *logos* (discorso).

convertito, i quali costituiscono gli opposti del continuo dilemma tra coinvolgimento e distacco⁹.

Il modello di comunicazione che sostanzia il processo di conoscenza è un *modello "dinamico"*, in cui la comunicazione non solo serve a descrivere la realtà ma anche a costruirla e a cambiarla, ad offrire una prospettiva nuova e suggerire interpretazioni. Qual è l'obiettivo che si intende raggiungere con una ricerca etnografica? "L'interesse dell'etnografo di interpretare non è diverso da quello dei nativi, ma cambia la coscienza del processo interpretativo e la volontà di renderlo esplicito, per cogliere elementi utili al discorso conoscitivo dei comportamenti umani" (Duranti, 1992, p.25).

La ricerca di impostazione etnografica è, come la definisce Corbetta, un "*incontro di culture*" (1999, p. 371): ecco che si pone dunque il problema dell'esplicitazione o meno del ruolo dell'osservatore. Il fatto è che l'essere umano, se sa di essere osservato, potrebbe comportarsi in maniera diversa da come si comporterebbe abitualmente. Labov (1972) ha definito questa condizione come il "paradosso dell'osservatore", sostenendo che il lavoro antropologico vorrebbe osservare come la gente si comporta quando non viene osservata. Che fare? Celare la propria identità e comportarsi con l'inganno? Scrive Corbetta: "Ci sono tuttavia forti controindicazioni in proposito. La prima è di carattere morale" (1999, p. 376). Dello stesso avviso è il sociologo F. DUBET (1994). Altre volte si può risolvere il problema non con l'inganno quanto piuttosto l'omissione, ossia la non esplicitazione del proprio ruolo di ricercatore.

L'incontro tra culture, dunque, non si presenta come questione semplice. "Una volta scelto il caso da studiare e stabilita la modalità di osservazione (dissimulata o palese), il primo problema che il ricercatore si trova ad affrontare è rappresentato dall'"accesso". La conquista dell'accesso all'ambiente studiato rappresenta probabilmente uno dei passaggi più difficili dell'osservazione partecipante. Patton (1990, p.250) dice che i *resoconti* dei ricercatori a questo proposito gli fanno venire in mente *Il castello* di Kafka, quando il protagonista, indicato con la sola iniziale K. senza altre identità, girovaga attorno al castello: vuole diventare parte di quel mondo, ma qualsiasi sforzo per entrare in contatto con le invisibili autorità che ne regolano l'accesso provoca solo frustrazione ed ansia. Immagina che ci siano delle regole per entrare, ma non le trova. Egli dubita di se stesso, entra in crisi e si colpevolizza per le sue incapacità" (Corbetta, 1999, pp. 377-378). Corbetta sostiene che mentre il protagonista di Kafka non riuscì mai a entrare nel castello, l'osservatore partecipante di solito riesce a guadagnare l'accesso al campo studiato, anche se il problema non è mai semplice, richiedendo a volte l'intervento dei cosiddetti "mediatori culturali": il ricercatore ricorre alla credibilità e al prestigio di uno dei membri del gruppo per legittimare la sua osservazione e farsi accettare dal gruppo. Altra figura interessante è costituita dagli "informati", individui appartenenti alla comunità che l'osservatore utilizza per acquisire informazioni e che instaurano così rapporti privilegiati con il ricercatore. Elementi centrali del lavoro dell'antropologo sono dunque la raccolta dei *dati* e delle *informazioni*.

Uno strumento prezioso di cui si serve a questo scopo è il *taccuino*, la stesura di appunti fatta giorno per giorno, un giornale di bordo in cui è riportato attentamente e con ricchezza di particolari e di riflessioni personali tutto quanto il ricercatore abbia osservato nel corso della giornata. Nell'osservazione partecipante, propria della ricerca sul campo, il taccuino è dunque uno strumento importante in quanto permette di annotare tutte le esperienze significative, fornendo un resoconto di usi, costumi e credenze locali¹⁰.

La stesura delle note sul taccuino è parte integrante dell'osservazione partecipante. La metodologia della ricerca sociale implica un'osservazione ed una trascrizione attenta e

9 Per compiere questo processo di conoscenza l'etnografo deve stare dunque nello stesso tempo "dentro" e "fuori", come ricorda G. Lapassade, avvalendosi di una prospettiva sia dall'interno che dall'esterno: assumere il punto di vista dei nativi, ma mai completamente.

¹⁰ F. de Saussure considerava lo scritto come trascrizione dell'orale: il ricercatore raccoglie quindi una letteratura orale costituita da miti, racconti folkloristici, proverbi, che costituiscono il materiale e i dati che egli utilizzerà in seguito.

sistematica del materiale, selezionandolo “ad imbuto”, per arrivare ad una “descrizione densa”, come la definisce C. Geertz (1973), arricchita di significati e interpretazioni, composta da descrizioni dei fatti, riflessioni teoriche, resoconti, materiale dei nativi e del ricercatore.

Il passaggio dunque dal terreno al testo, che avviene attraverso il linguaggio, rappresenta un lavoro di *costruzione*. Il terreno, in questo senso, non è un'entità a sé stante, che esiste al di fuori di chi vi partecipa: il lavoro antropologico comporta infatti un lavoro simbolico di costruzione di senso in un ambito di interazione discorsiva e di negoziazione di punti di vista tra antropologo e soggetti studiati. In questo senso, la conoscenza antropologica è il risultato di un processo dialogico, di un lavoro simbolico a due o più voci. Come scrive Kilani (2004) : « *Au temps de terrain succède le temps de l'écriture, la finalité du travail de l'anthropologue étant en effet de fournir un texte élaboré à travers le quel il communique à un lecteur potentiel, généralement un collègue (mais pas seulement) son expérience de la connaissance des membres de la société dans la quelle il a vécu* » (p. 45)¹¹. Ancora : « *Le texte plutôt que la culture devient ainsi l'objet de connaissance. C'est pourquoi en anthropologie on utilise de plus en plus l'analogie de la « culture comme texte »* (Geertz, 1973) » (p. 57)¹².

La costruzione del testo antropologico comincia, come abbiamo detto, sul terreno, e per mettere in forma la conoscenza si serve di commentari descrittivi, metafore, modelli. Il terreno in questo senso è una versione della realtà sociale inseparabile dalla rappresentazione testuale. E' possibile quindi tradurre il termine etnografia come “*scrittura di una cultura*” (Atkinson, 1992). Il ruolo dell'etnologo è dunque quello di decifrare (*construct a reading of*) (Geertz, 1983).

“Le note etnografiche rappresentano la prima formalizzazione dell'incontro tra due culture, quella studente e quella studiata: di ciò il ricercatore deve essere consapevole, e questa consapevolezza deve orientare il suo stesso modo di stendere le note e di organizzare il materiale osservato” (Corbetta, 1999, p. 386). Si legge in Lofland e Lofland, 1995: “il resoconto giornaliero è, in senso pieno e reale, il “dato”, e ciò significa che i dati non sono costituiti dai ricordi del ricercatore [...]. Essi consistono piuttosto in ciò che è stato giornalmente registrato” (pp. 67 e 89). La stesura delle note nasce dall'interazione tra osservatore e realtà osservata, la cui redazione avverrà il prima possibile per non correre il rischio della “perdita” delle informazioni. La cosiddetta “*pratique de l'agenda*” rappresenta quel livello di scrittura intermedia che prelude il passaggio da un uso privato dello scritto ad uno pubblico (Achard, 1994). Alla stesura di queste note verranno assemblate altre parti che costituiranno il resoconto etnografico finale.

La stesura del resoconto si compone di più fasi: la prima è costruita dalla descrizione; il passaggio successivo è quello della classificazione di ricorrenze e similitudini, infine si passa ad individuare le dimensioni della tipologia, ossia alla costruzione di una struttura concettuale della classificazione, che permetta di individuare le caratteristiche che rendono i tipi differenti tra loro. Infine, vi è l'individuazione di ciò che Spradley (1980, p. 140) definisce i temi culturali che attraversano la società studiata, le linee generali, i principi che danno senso al tutto. Un aspetto interessante che arricchisce le interpretazioni del ricercatore è dato dalle interpretazioni dei soggetti studiati, che possono emergere da frasi ascoltate, conversazioni informali. Scrivono Hammersley e Atkinson (1983, p. 126): “i resoconti prodotti dalle persone studiate devono essere trattati nella stessa identica maniera di quelli prodotti dal ricercatore”.

¹¹ “Al tempo del lavoro sul campo succede il tempo della scrittura, dal momento che la finalità del lavoro antropologico è infatti quella di fornire un testo elaborato che comunichi ad un lettore potenziale, solitamente un collega (ma non solo), la sua esperienza della conoscenza dei membri della società in cui ha vissuto”.

¹² “Il testo più che la cultura diviene così l'oggetto della conoscenza. E' per questo che in antropologia viene utilizzata sempre più l'analogia della cultura come testo (Geertz, 1973)”. Coerentemente con le prospettive aperte da Paul Ricoeur (1986), quindi, è tutta la cultura che è da considerarsi, secondo C. Geertz, come un testo, costruito attraverso rappresentazioni.

Il resoconto dunque è costituito da una descrizione dettagliata e particolareggiata di fatti, di luoghi, di persone, ma anche da impressioni, reazioni, da una riflessione teorica e l'*interpretazione* del ricercatore riguardo questi avvenimenti. Anche la più oggettiva delle descrizioni non può non risentire della specifica angolatura culturale di chi descrive (Geertz, 1973). L'interpretazione del ricercatore in genere sarà composta da due parti: riflessioni teoriche e reazioni emotive. La prima è direttamente legata alla finalità primaria dell'osservazione e rappresenta un primo sforzo riflessivo finalizzato ad accumulare materiale e spunti – che, se non fissati immediatamente, andrebbero in buona parte perduti – i quali verranno poi amalgamati nel rapporto finale.

“Ma anche la seconda componente, quella dei sentimenti del ricercatore, non va trascurata. L'osservazione partecipante richiede un coinvolgimento del ricercatore che va oltre il puro impegno intellettuale: anzi, sappiamo come la partecipazione emotiva sia uno dei tramiti della comprensione. L'esplicazione e la registrazione dei propri sentimenti, quindi, rappresenta non solo una forma di autoanalisi per il controllo di sé nel corso del lavoro sul campo, ma anche una documentazione utile per una ricostruzione a posteriori della dinamica che si è venuta creando tra osservatore e osservati, attraverso una rilettura critica dei dati raccolti, anche al fine di individuare possibili distorsioni generate dalle emozioni del ricercatore” (Corbetta, 1999, pp. 386-387).

Il lavoro dell'antropologo consiste quindi nello scrivere e descrivere scene di vita quotidiana, situazioni culturali tipiche, produrre resoconti di azioni e avvenimenti al fine di rendere una cultura intelligibile per lettori lontani. Si tratta di una modalità di rappresentazione culturalmente e storicamente determinata, che si avvale di convenzioni narrative e che segue lo stile dei romanzi. Dalle note del taccuino si passa in sintesi ad una socializzazione del lavoro di ricerca¹³.

Per quanto riguarda lo stile di scrittura dei resoconti di ricerche condotte con l'osservazione partecipante, in genere si tratta di un modo di scrivere riflessivo e narrativo. *Riflessivo* nel senso che il ricercatore è parte del mondo che si sta studiando, e dunque non potrà redigere note neutre e impersonali. Lo stile di scrittura sarà legato alla personalità e alla cultura del ricercatore, diversamente dall'inchiesta campionaria, tipica ad esempio della ricerca quantitativa. La ragione del carattere riflessivo del resoconto sta nel *tempo* in cui la sua scrittura si sviluppa: la scrittura del rapporto etnografico infatti non viene realizzata alla fine, come fase ultima e separata dal momento della ricerca, dopo la raccolta e l'analisi dei dati, come avviene ancora una volta nella ricerca quantitativa. Si tratta piuttosto di una scrittura che si sviluppa nel corso dell'osservazione stessa, attraverso la stesura di note e appunti personali del ricercatore. “Da qui il coinvolgimento del ricercatore anche nella scrittura, con le emozioni e le reazioni personali che diventano parte viva del racconto” (Corbetta, 1999, p. 393)¹⁴. Il prodotto finale deriva in parte dall'unione di questi testi. Nel resoconto conclusivo della ricerca compaiono spesso un'appendice autobiografica nella quale il ricercatore racconta il suo personale itinerario di lavoro, l'origine della ricerca, l'individuazione dello specifico caso studiato, l'accesso e l'accettazione del gruppo, i mediatori culturali, gli informatori, gli sviluppi della riflessione teorica, i cambiamenti di prospettiva, le sue reazioni emotive, le difficoltà incontrate. I lettori sono soprattutto gli altri membri della comunità scientifica, così che il resoconto riveste un'utilità non solo informativa ma anche metodologica.

Lo stile inoltre deve essere *narrativo*, prossimo allo stile letterario del racconto e della cronaca giornalistica, in quanto tale lontano dall'astrazione concettuale dell'elaborazione teorica e dall'astrazione numerica della ricerca quantitativa. Si tratta di un modo di scrivere concreto, diretto, ricco di descrizioni dettagliate e cronache di eventi con dovizia di particolari, brani che riportano espressioni riprese dalla viva voce dei protagonisti.

¹³ Alcuni hanno parlato di due estremi: da una parte la scrittura scientifica o “*écriture savante*”, dall'altra quella soggettiva, o “*écriture subjective*” (Balandier, 1994, p. 28).

¹⁴ Sul ruolo della soggettività nella scrittura del rapporto di ricerca, basti ricordare il lavoro di Michel Leiris intitolato “*L'Afrique fantôme*”.

“Il fine è quello di trasmettere al lettore il più possibile della propria esperienza osservativa, offrendogli l’opportunità di una lettura immaginifica della cultura studiata, tramite un resoconto ricco di sentimento e di colore, capace di trasmettere la ricchezza di particolari e la vitalità del mondo osservato” (Corbetta, 1999, p. 394). Ecco che lo stile di Malinowski è molto vicino a quello dei romanzi di Conrad, o che i racconti di studiosi della realtà urbana inglese di fine secolo come Booth e Rowntree si avvicinano ai racconti di Dickens. Un modo di scrivere, quindi, che è un po’ come “raccontare una storia” (Van Maanee, 1988).

Se da una parte lo stile narrativo concepisce il resoconto come un racconto di una storia, dall’altro quello riflessivo fa sì che esso abbia anche come scopo l’enunciazione di una teoria:

“Non va dimenticato che il fine ultimo della ricerca sociale- e dunque anche dell’osservazione partecipante- è l’elaborazione di una qualche forma di generalizzazione e teorizzazione. Dal che consegue la necessità, se non altro nella fase conclusiva del rapporto di ricerca, che il livello dell’analisi si sollevi al di sopra del contingente e del particolare per giungere a quella individuazione di tipologie e temi culturali, e più in generale alla formulazione di elaborazioni teoriche” (Corbetta, 1999, p. 394).

La tecnica dell’osservazione partecipante è oggetto di un ampio dibattito all’interno delle scienze sociali. A chi obietta che esistano dei problemi che essa pone, tra cui la soggettività del processo osservativo, l’unicità del caso studiato e l’irripetibilità del processo di ricerca seguito, Corbetta (1999, p.402) riferisce che queste caratteristiche possono anche essere trattate come risorsa. Solo attraverso il coinvolgimento personale si può arrivare alla comprensione, e la conoscenza autentica è solo quella che passa per l’esperienza diretta.

Viene ora la curiosità di sapere chi si cimenta in un tale processo conoscitivo, chi è la figura professionale dell’antropologo o dell’etnografo, il quale, armato di penna, taccuino e in alcuni casi di registratore, si apre alla conoscenza di un’altra cultura. A che cosa va incontro? Corbetta sottolinea le difficoltà di questa professione, e come spesso i ricercatori siano giovani, poco più che ventenni, che studiano nell’ambito di un dottorato di ricerca e che si apprestano a scrivere la loro tesi, con grandi disponibilità di tempo e di entusiasmo, liberi da impegni familiari o da altre responsabilità (cfr. anche Madge, 1962). Ma si tratta anche di una ricerca solitaria: tutto passa attraverso gli occhi e la personale capacità di vedere e di capire del ricercatore, senza percorsi stabiliti o procedure statistiche: “da ciò un possibile senso di solitudine e disorientamento, che può anche condurre allo smarrimento” (Corbetta, 1999, p. 403). Le risorse psicologiche da investire per questo tipo di ricerca non sono poche: il ricercatore può anche incontrare situazioni difficili, e dover ripensare alle proprie emozioni e ai rapporti interpersonali. La soggettività del ricercatore, strumento e filtro della conoscenza, la sua sensibilità e la sua capacità di immedesimazione, scrive sempre Corbetta, orientano il processo di conoscenza, come anche l’appartenenza culturale: si tratta sempre di una cultura che conosce un’altra cultura: un ricercatore indiano ed uno norvegese, di fronte allo stesso oggetto di studio, ne darebbero descrizioni profondamente diverse.

2.2 La scrittura in ambito sociologico: autobiografie, biografie e storie di vita

Anche nel caso delle biografie o autobiografie lo stile è letterario, tanto che la filosofa spagnola Maria Zambrano parla di “Confessioni come genere letterario” (1943), considerando la confessione come una continua fuga e recupero di se stessi, una *quête* che si realizza attraverso il ricorso alla memoria e ai ricordi.

Se nella letteratura si fa riferimento alle celebri autobiografie di Sant’Agostino, Alfieri, Cellini, Vico, Rousseau, Joyce, in sociologia il racconto della propria vita o la confessione di sé sono utilizzati come strumento per la raccolta di informazioni. Il materiale documentario viene quindi analizzato per ricostruire le dinamiche e le relazioni sociali.

Le biografie costituiscono dunque documenti personali che permettono di avere testimonianze di vita da parte degli individui. L’analisi di tale materiale scritto diventa funzionale all’individuazione degli aspetti soggettivi dei processi sociali. L’obiettivo connesso all’utilizzo e alla redazione di tale materiale nella ricerca sociologica è coerente con

l'indagine su ruoli, azioni sociali e processi di interazione dell'individuo in rapporto dialettico con il gruppo, la società; indagine in cui l'individuo è posto sullo sfondo del suo ambiente sociale, che viene esaminato a partire dalla persona. Cavallaro afferma: "La storia di vita può quindi essere considerata come totalità la cui struttura, composta dalle regole sociali e culturali (linguaggio compreso) dell'individuo e del gruppo, si frammenta nella trama delle singole azioni sociali narrate" (citato in Macioti, 1995, p. 58).

Attraverso le biografie raccolte è possibile seguire dunque il processo di sviluppo della vita del soggetto nelle varie situazioni sociali, e nello stesso tempo avere una rappresentazione di questi ambienti, collettività ed istituzioni.

Esistono però vari modi di concettualizzare le biografie. Uno di questi è intenderle come "récits de vie". L'espressione "récit de vie", *racconti di vita*, fu introdotta in Francia qualche decina di anni fa (Bertaux, 1976), sostituendo quella fino ad allora adottata di "histoire de vie", traduzione letterale dell'americano *life history*. L'idea della storia di vita presentava, a detta di alcuni sociologi (cfr. Bertaux, 1997), alcuni inconvenienti: primo fra tutti il non poter distinguere tra la storia vissuta dalla persona e il racconto che di questa la persona fa al ricercatore, il quale le chiede di narrarla in un momento particolare della sua esistenza.

Quella tra *récit* e *histoire* è una distinzione essenziale, che ha visto contrapporsi due correnti in Francia: da una parte i *réalistes* e dall'altra gli *antiréalistes*: i primi affermano che il racconto costituisce una descrizione della storia realmente vissuta, i secondi invece sostengono che la relazione tra racconto e storia è molto incerta, e che non ha senso parlare di storia realmente vissuta.

Bertaux (1997) definisce il *récit de vie* il risultato di una forma particolare di intervista, l'intervista cosiddetta "narrativa", nel corso della quale un ricercatore domanda ad una persona che costituirà il "soggetto" da intervistare di raccontargli tutta o una parte della sua esperienza vissuta. L'uso dell'intervista narrativa è comune anche alla psicologia (Paolicchi, 2002) e fa riferimento all'approccio che utilizza la narrazione come modalità di resocontazione, a partire dall'importanza attribuita alla comprensione dei significati nel contesto degli scambi comunicativi e a ciò che è stato definito "il sé narrato" (Bruner, 1990).

Lo scopo è, come abbiamo detto, studiare un particolare frammento della realtà sociale e storica, mettendo l'accento sulla configurazione dei rapporti sociali, sui meccanismi, i processi e le logiche dell'azione che la caratterizzano.

Si tratta, in ogni caso, di una tecnica utilizzata in sociologia e sviluppatasi soprattutto negli ultimi due decenni (Heinritz & Rammstedt, 1991), oggetto di numerosi dibattiti. È giusto parlare di *récit de vie*? Quanto è importante che venga raccontata tutta la vita? Possiamo fidarci di quello che ci racconta il soggetto? Si tratta piuttosto di una ricostruzione soggettiva dell'esperienza vissuta? Come analizzare questi racconti? Come raggiungere conclusioni generalizzabili? Come articolare la qualità intimista, letteraria ed etica di un racconto di vita personale con lo stile e la rielaborazione della ricerca in scienze sociali?

La funzione dei *récits de vie* nella ricerca sociale si può individuare su tre livelli: innanzitutto esploratorio, quindi analitico (dal momento che attraverso la ritrascrizione o l'ascolto e l'analisi di quanto narrato il ricercatore inizia a fare ipotesi sulla società), infine, espressivo attraverso la comunicazione. A quest'ultimo è possibile secondo Bertaux (1997) attribuire la maggior parte delle reticenze che concernono il loro utilizzo e la loro pubblicazione in ambito scientifico. Il ricorso alle narrazioni di vita, sottolinea Bertaux, non è tuttavia esclusivo e può essere accompagnato dal ricorso ad altri fonti anche statistiche.

Per ricercare "frammenti della realtà sociale e storica", come scrive Bertaux, di cui non si sa granché *a priori*, occorrono tecniche di osservazione che non siano orientate alla verifica delle ipotesi quanto piuttosto alla loro costruzione. Il ricercatore dunque si presenta sul terreno consapevole della propria ignoranza.

Non sempre i *récits de vie* si presentano come narrazioni autobiografiche complete: Bertaux arriva dunque a concludere che "[...] il y a du récit de vie des lors qu'un sujet raconte à une autre personne, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécu »¹⁵

¹⁵ "Possiamo parlare di narrazioni di vita nel momento in cui un soggetto racconta ad un'altra persona, ricercatore o meno, un episodio qualunque della sua esperienza vissuta".

(1997, p. 32). Il verbo “raccontare” rimanda dunque alla produzione discorsiva del soggetto, che prende una forma narrativa.

Il contributo delle narrazioni di vita lungo una dimensione diacronica permette di considerare le logiche dell'azione in un processo storico, considerando la riproduzione e le dinamiche di trasformazione. Tali narrazioni si sviluppano all'interno di una prospettiva etno-sociologica, che mira a studiare le culture dal particolare al generale, attraverso lo studio dei rapporti sociali, dei processi ricorrenti, delle logiche dell'azione, all'interno di una stessa società in cui i mondi sociali sviluppano ognuno una propria subcultura (Laplantine, 1996).

3. Il resoconto in psicologia clinica

Abbiamo ricordato come la scrittura che consente una riflessione sulle proprie azioni sia una caratteristica dell'essere umano (Harrè & Secord, 1972).

Il “rendersi conto” di quanto avvenuto è una pratica utilizzata anche in ambito psicologico clinico, in cui il resoconto costituisce uno strumento fondamentale della prassi professionale. La resocontazione in ambito psicoanalitico risale alla nascita e allo sviluppo della psicoanalisi, dunque a Freud, la cui mirabile capacità di raccontare le storie cliniche gli valse nel 1930 il “Premio Goethe”.

Fin dall'inizio l'utilità attribuita *in ambito clinico* alla scrittura fu legata alla comunicazione alla comunità scientifica e alla trasmissione di sapere. Attraverso un lavoro di connessione nel racconto, si produrrebbe infatti la conoscenza (Merendino, 1984).

A questo proposito alcuni autori hanno sottolineato la funzione del resoconto come strumento di *comunicazione della propria prassi alla comunità scientifica* (Semi, 1985), ipotizzandone le caratteristiche di “documento storico” (Sarno, 1990). Di fronte alla spinosa questione dell'oggettività e generalizzabilità di quanto resocontato, Lancia (1990) e Lo Verso (1991) sottolineano la scientificità del modello qualitativo rispetto a quello sperimentale che mira a spiegare cosa è accaduto, a mettere il lettore in condizioni di rifare l'esperimento, a trasmettere dunque una tecnica. Questi autori incitano invece a usare il resoconto come modalità di confronto tra colleghi, attraverso l'analisi del processo istituzionale e della dimensione simbolica della domanda e l'interpretazione delle simbolizzazioni *affettive* inconsce.

Il resoconto clinico differisce dunque sostanzialmente da quello *sperimentale*.

Il resoconto riveste un'utilità anche per chi lo scrive. Attraverso il resoconto è possibile collegare la prassi ai diversi modelli teorici utilizzati dallo psicologo clinico e stabilire le connessioni tra essi, esplicitando così i modelli che hanno orientato l'intervento stesso. Ogni resoconto è infatti strettamente collegato al modello interpretativo che si adotta e alla consapevolezza che il campo di osservazione è influenzato dall'osservatore, in senso diacronico e sincronico, come ricorda Carli (1987). Il resoconto in questa ottica non può essere una relazione dell'evento in sé, ma la “rappresentazione di uno stato emotivo” (Carli, 1987) che concerne la relazione, sul quale durante la stessa viene avviato un processo di riflessione e interpretazione. Esso dunque permette di collegare *teoria e prassi*, e di rileggere la relazione e il materiale offerto dal paziente secondo categorie “*meta*”.

Non si intende in questo senso il resoconto come un “*diario di vissuti*” di un evento emozionalmente denso da parte del terapeuta. Le emozioni non sono concepite come reazioni a fatti, non pensate, ma esse costruiscono significati e organizzano le relazioni all'interno di una cultura (Carli & Paniccia, 2005).

Il resoconto non è inteso neppure come una *diagnosi* dei sintomi portati dal paziente o una descrizione delle sue caratteristiche *individuali*.

Relazione e contesto permettono di dare senso ad un processo trasformativo. Relazione tra paziente e terapeuta in un contesto/setting con regole del gioco e obiettivi concordati con il cliente, la cui domanda nella sua formulazione e caratteristica simbolica è elemento di analisi (Carli, 1987); ma anche relazioni in contesti organizzativi con modelli psicosociologici che sostanziano le tecniche e la teoria della tecnica di intervento (Di Ninni, 1989).

Ipotizziamo una connessione tra i rapporti esistenti tra psicologo e cliente (sia esso un individuo, un gruppo o un'organizzazione) e la relazione tra psicologo e comunità scientifica. Quanto detto della relazione tra terapeuta e cliente è valido dunque anche per *la relazione tra comunità scientifica e psicologo*. Se l'attenzione è verso le appartenenze teoriche e non verso l'esplorazione delle estraneità e delle possibilità di cambiamento e trasformazione della teoria stessa in base all'esperienza, il rischio è di rimanere incistati in logiche di appartenenza definitorie e rassicuranti, che senza arricchire confermeranno la professionalità dello psicologo davanti alla comunità scientifica (Carli, 1987).

Da una parte dunque una relazione terapeutica ancorata a quelli che, come ricorda Carli (1987), Bion definiva "moti rigidi", caratterizzata da interpretazioni ripetitive, senza possibilità di verifica, in cui lo stesso resoconto è una descrizione di eventi non confutabili dall'esperienza ma impliciti nella teoria utilizzata. Potremmo definire questo tipo di resoconti come "assertivi", secondo la categoria utilizzata da alcuni psicologi che hanno condotto una ricerca sul resoconto negli anni '90 (Gandini, Gheduzzi, Montixi, & Ruggiu, 1990; Sesto, 1993), contrapposti a quelli "indagatori-esploratori". Dall'altra, forti logiche di appartenenza professionale – a fronte di una varietà polimorfa di teorie e prassi non sempre in raccordo tra loro- che hanno il vantaggio di garantire scientificità per il loro presentarsi come "scuole" caratterizzate, come notava C. Sesto nella sua ricerca iniziata alla fine degli anni '80, da forti dimensioni difensive di appartenenza collusiva e, certamente, da guerre al nemico "altro".

In questo tipo di relazione sia con il cliente che con la comunità scientifica sono azzerate le dimensioni di pensiero e di innovazione che producono cambiamento, così come difficili appaiono la definizione di un prodotto e la possibilità di una verifica.

A proposito della *verifica*, una questione posta dal documento proposto dal Circolo del Cedro "Tre tesi e sei questioni per la psicologia clinica" è: "Quali criteri e quali strumenti possono consentire una verifica dell'intervento psicologico clinico? La funzione di verifica implica un riferimento ai processi della progettazione e della realizzazione dell'intervento: quindi in primo luogo a come, in uno specifico contesto, l'analisi della domanda ha consentito la definizione di uno specifico contratto professionale, d'individuazione degli obiettivi e dei metodi ovvero delle strategie messe in atto all'interno della relazione. Lo strumento principe per questo tipo di verifica è costituito dal resoconto" (1991, p. 257).

La verifica consente dunque di poter pensare al prodotto professionale, comunicarlo ad altri e costruire un'identità fondata sull'*utilità sociale della professione*. Legandolo alla questione della verifica, Carli e Paniccia hanno ripensato all'uso del resoconto in ambito formativo psicologico clinico nei contesti della lezione, della prova di esame in psicologia clinica e della verifica attraverso l'esame di stato (Carli & Paniccia, 2005).

Pur presentandosi come strumento fondamentale della prassi professionale, il resoconto non sempre è stato tuttavia oggetto di dibattito e riflessione in ambito psicologico-clinico.

C. Sesto (1993) nella sua ricerca riscontrava la mancanza di concettualizzazione, l'assenza del termine resoconto negli indici analitici, il suo uso non sempre utile ai fini del pensiero negli articoli, le definizioni vaghe e astratte derivanti dalle interviste. In generale, in letteratura è evidente la difficoltà a rendere pubblica una prassi professionale, a "renderne conto" per la produzione di conoscenza, a esplicitare gli obiettivi del processo e a riflettere sul resoconto come strumento. Esiste infatti una quasi totale assenza di letteratura europea sull'argomento.

L'ipotesi è dunque che resoconto sia uno strumento dell'intervento, ma senza una teoria della tecnica che ne fondi l'uso. Può essere letto come un "agito" senza un "pensiero su" che ne permetta un uso e sviluppo.

In quanto *strumento della prassi psicologico-clinica*, cambia tutto a seconda dell'uso, perché lo strumento non è al di fuori della relazione che lo orienta. In un'annotazione sugli strumenti che caratterizzano gli interventi psicosociologici Di Ninni (1989), riprendendo il pensiero di Freud del 1911 a proposito de "L'impiego della interpretazione dei sogni nella psicoanalisi", ricorda che Freud non intendeva discutere il modo con cui devono essere interpretati i sogni, ma piuttosto quale uso fare dell'arte di interpretare i sogni, richiamando alla mente di tutti gli analisti la seguente questione: qual è l'obiettivo che perseguono e la motivazione che li sostiene nel fare quello che fanno? È questo continuo richiamo alla professione che rende

l'uso dello strumento non una pratica a se stante, elemento centrale o unico dell'analisi. Lo strumento, infatti, non garantisce di per sé nessuna professionalità al di fuori delle motivazioni e degli scopi di chi lo adotta. Il rischio altrimenti è quello di una relazione caratterizzata da una tecnicità forte e dalla fantasia dell' "esperto" (Carli, Paniccchia & Lancia, 1988), scissa dagli scopi dell'intervento. Il metodo che orienta l'uso di uno strumento si collega alle teorie e ai criteri della prassi clinica. "All'interno dell'ottica proposta, definire uno strumento è tutt'uno col dichiarare l'uso in base ad una tecnica dell'intervento che sia fondata su una teoria della tecnica stessa [...]. Riprendendo l'interrogativo postoci, è ancora possibile parlare di "strumenti" propri della professione dello psicologo clinico? È ancora possibile parlare di gestione del rapporto di committenza, colloqui, riunioni di lavoro, gruppi, seminari, ricerche, resoconti o documenti di analisi come altrettanti strumenti dell'intervento nelle organizzazioni, come la tradizione psicosociologica ci ha abituato a pensare? La risposta è ovviamente no e sì al tempo stesso" (Di Ninni, p. 310 e 314). No se pensiamo agli strumenti come *mezzi di controllo* delle variabili in gioco, sì qualora pensiamo alla categoria *strumento come fondante la conoscenza* di quelle stesse variabili. In altre parole, se si pensa agli strumenti come strumenti di *pensiero*, e non mezzi per agire le fantasie di controllo.

E' possibile dunque individuare due possibili modi di intendere un colloquio clinico o un intervento psicosociologico, fin dalla sua fase istituyente (Carli, 1987; Carli & Paniccchia, 2005):

- da una parte secondo una *dimensione diagnostica di conformismo*, in cui non interessa istituire una relazione, convenire su obiettivi, ma piuttosto "correggere" un comportamento, secondo una logica modello/scarto dal modello. Un colloquio inteso in questo modo non ha bisogno di informazioni, tutt'al più potrà giovare di una relazione empatica in cui sarà importante la relazione di dipendenza, il prescrivere consigli, dare compiti, enfatizzando la dimensione della fiducia. La relazione viene prontamente liquidata, a scampo di possibili riscontri. Si può arrivare, in questa ottica, anche ad inventarsi la relazione, consapevoli del fatto che il setting riguarda solo chi ha un potere forte autoriferito e senza competenza. Si pensi al libro di Dumont e Corsini (2000), in cui lo stesso caso clinico viene analizzato secondo ottiche psicoterapeutiche diverse. Anche in alcuni resoconti di situazioni inventate è evidente come l'interesse sia quello di applicare una tecnica, in un processo in cui il rapporto è irrilevante, si vanificano i riscontri, perché l'esito del processo è dato dalla diagnosi, da prescrizioni e da consigli.

- dall'altra secondo una *dimensione di sviluppo*. Pensare alla relazione come non data, ponendo attenzione al processo istituyente, alla condivisione di obiettivi, in un'ottica di sviluppo, con interesse a capire quello che accade nel rapporto, non alla sintomaticità, costruendo quindi, condizioni di intervento all'interno di un contesto, con ruoli ed obiettivi. Pensando al colloquio come evento con un obiettivo trasformativo, attraverso il resoconto si può comunicare ad uno staff un processo, leggendolo ed organizzandolo attraverso categorie conoscitive, in cui il progetto diventa un cantiere ed il resoconto diventa riorganizzazione categoriale di un'esperienza.

Queste due modalità di intendere il prodotto della professione psicologico clinica sono connesse a due modi di intendere il resoconto. *Il resoconto riflette infatti la teoria del cambiamento* assunta dal suo estensore e la sua struttura è organizzata da tale teoria (Carli, 1987, p. 305).

Nel primo caso si utilizzerà il resoconto come *descrizione*, in un'ottica dimostrativa, di fatti avvenuti o di emozioni sperimentate. Nel secondo caso il resoconto si pone come *strumento di riflessione* rispetto al simbolismo della domanda, alla modalità di analisi e al progetto di cambiamento. L'obiettivo in questo secondo caso è l'*esplorazione* di un nuovo senso con cui costruire interpretazioni da verificare nell'ambito della relazione, e il resoconto rappresenta una riflessione su come si declina l'intervento e sugli obiettivi perseguiti. In questo senso, considerando l'inutilità di un'ottica a-temporale e a storica, il resoconto può servire a formulare ipotesi dentro la costruzione di un rapporto, ad esplicitarne gli obiettivi e a permetterne la verifica in riferimento ad un interlocutore. Può essere uno strumento utile per leggere un percorso in itinere. Il resoconto permette di considerare dunque la logica processuale dell'intervento, senza un'esclusiva focalizzazione sugli esiti, dando senso alla durata del percorso trasformativo, alle sue modalità peculiari proprie della relazione. Di

passare dunque dalla dimensione mitica a quella storica, riducendo la polisemia emozionale propria della relazione e favorendo un pensiero.

Un particolare modello di resocontazione in ambito clinico è quello che fa riferimento all'uso della *narrazione* come modalità di resocontazione, sia pure con diversi scopi. Il paradigma "narratologico" introduce infatti l'idea delle storie multiple del paziente, con cui egli stesso si racconta. La rete di significati che si costruisce tra terapeuta e paziente permette di leggere e trasformare i significati stessi in una struttura narrativa portatrice di nuove prospettive. Accanto ad un pensiero logico-scientifico si ipotizza l'esistenza del pensiero narrativo, che si attua soprattutto nel racconto e lascia spazio alle possibilità interpretative dell'interlocutore, consentendo una nuova costruzione narrativa della realtà (Angus & McLeod, 2004; Bruner, 1990; Montesarchio, 2002; Hermans, 2001; Salvatore, 2004). A questo proposito Spence (1982) opera una distinzione fondamentale tra verità narrativa costruita nel lavoro analitico e verità storica aderente ai fatti accaduti. Afferma a questo proposito Corrao (1991): "I resoconti clinici, le interpretazioni in seduta, le teorie esplicative o ermeneutiche del campo analitico, appartengono tutti insieme alla categoria dei gruppi di trasformazione a carattere narratologico o narrativo" (p. 52). Smorti (1994) sottolinea come il pensiero narrativo consentirebbe l'interpretazione di una realtà risultante da un insieme di costruzioni narrative. Nel contesto psicologico clinico, Montesarchio sottolinea la dimensione relazionale e l'implicazione dello psicologo rispetto alla narrazione all'interno del setting, individuando tre tipi di narrazione di cui si occupa lo psicologo: la narrazione del cliente, ossia il testo delle sue esperienze emotive e cognitive, il mondo di fantasie, sogni e rappresentazioni; la narrazione dello psicologo, che ripensa al materiale offerto dal paziente e crea connessioni sulla base della propria prassi professionale e dei propri modelli teorici; infine, la narrazione comune, che dà significato alla trama del testo relazionale in riferimento agli obiettivi dell'intervento, aprendo a possibilità di cambiamento (Montesarchio, 2002). Il resoconto si presenta in questo senso come un'occasione per riflettere e costruire un pensiero e dare senso alla relazione.

Riflessioni conclusive

Calvino, in un'analisi della soggettività e dell'oggettività, scrisse che le avanguardie di inizio '900 erano tutte perse in un magma dirompente di soggettività, che pareva inondare tutto, mentre negli anni '60 si era affermata una tendenza opposta, in cui l'oggettività era assurda a mito. Non c'era però, né nell'una né nell'altra tendenza, la fiducia di indirizzare il corso delle cose, perché si riteneva che esse andassero avanti da sole; lo sforzo più eroico poteva essere solo quello di cercare di avere un'idea di come sono fatte, di comprendere e accettare questo insieme complesso: "tra conoscere il mondo e cambiarlo cent'anni fa pareva ci fosse un divario, adesso pare che si sia perso ogni rapporto tra i due termini" (Calvino, 1980).

Pensiamo al resoconto in un'ottica "oggettiva" come ad una diagnosi, o in un'ottica "soggettiva" come ad un diario di vissuti.

Quale il modello di cambiamento perseguibile in psicoterapia o in psicologia clinica?

Quando si ha come obiettivo la modificazione del comportamento, per esempio far smettere di fumare una persona, il terapeuta può fare quello che vuole, essendo fuori da una realtà che tiene conto di una psiche e dentro una realtà di pressione sul comportamento. Convincere qualcuno a comportarsi in modo diverso è molto vicino alla dimensione conformistica. L'obiettivo, reificato, della terapia è raggiungere una normalità, intesa come riduzione di sintomi, perseguendo un modello medico in ambito psicoterapeutico. La prospettiva diagnostica non tiene conto della valenza emozionale della realtà. D'altra parte, anche gli approcci intrapsichici fondati sulle caratteristiche del paziente lasciano fuori la relazione dal processo di conoscenza. Non basta infatti che l'evento sia "emozionale": deve avere un senso, obiettivi, scopi condivisi, promuovere una competenza organizzativa, attraverso un'azione orientata a scopo di sviluppo. La dimensione organizzativa deve essere

connessa quindi a quella emozionale, e d'altra parte non c'è sviluppo senza dimensione interna.

La modificazione del comportamento si contrappone alla possibilità di esplorare i fenomeni emozionali che caratterizzano la relazione sociale.

E' interessante ripensare alle pratiche di scrittura proprie delle cosiddette "scienze dell'uomo", a partire dal presupposto di un modello antropomorfo dell'uomo, per rintracciare terreni comuni, relativi soprattutto a temi e questioni che si pongono nei resoconti scritti per la comunità scientifica e per la trasmissione di sapere, ma anche peculiarità e differenze. Interessante perché, come abbiamo visto, l'antropologia si è posta il problema del ripensare un'altra cultura e resocontarla ad altri, con tutti i problemi che abbiamo evocato, legati per esempio alle emozioni del ricercatore o alla necessità di raccogliere dati e informazioni precise, laddove la dimenticanza non è una risorsa da comprendere quanto una lacuna da colmare.

La sociologia ha posto l'accento sulle narrazioni di vita come testi che resocontano una società. Un tema, quello delle storie di vita, ripreso anche dalla corrente della psicoterapia narrativa, che concepisce la narrazione come un resoconto co-costruito.

Il lavoro clinico, invece, a differenza di altri approcci, è orientato all'intervento e alla trasformazione della realtà. Lo stesso paradigma della psicologia clinica, fondato sul rapporto individuo-contesto, implica un diverso uso del resoconto rispetto ad approcci fondati su ottiche individualiste.

L'exkursus sulla letteratura nel presente contributo non ha la pretesa certo di essere esaustivo, quanto di riproporre riflessioni sull'argomento, a partire da connessioni e peculiarità delle diverse discipline. Tutte accomunate da una stessa metodologia, dalle diverse sfaccettature: la resocontazione. In tutti i casi analizzati, l'accento è sul fatto che la scrittura è comunque una ricostruzione di senso, perfino quando essa si presenta sotto forma di traduzione. Viene alla mente la figura dello scrivano, che nelle società tradizionali ad alto tasso di analfabetismo si occupava di scrivere lettere, redigere formulari, compilare richieste, una prassi che aveva luogo di solito nella piazza principale, rivolta a coloro che non sapevano scrivere. Tahar Ben Jelloun (1983), ricordando e immaginando questa figura, scrive che non poteva esimersi dal rendere più belle le lettere, più pregnante il significato, più avvincenti i finali, secondo il senso personale proprio di colui che esercitava l'attività della scrittura, impegnato com'era emozionalmente in una ricostruzione di senso. Ma in quel caso forse la prassi si spingeva un po' più in là degli obiettivi convenuti...e ciò senza possibilità di verifica.

Se ci riferiamo quindi ai resoconti clinici, dunque a tutti quei resoconti che non rientrano nell'area "sperimentale" della psicologia, abbiamo potuto notare una certa eterogeneità di concettualizzazioni, una scarsa letteratura sull'argomento, risalente soprattutto agli anni '80-'90, ed uno spostamento della questione a volte in ottiche acontestuali e astoriche. In questo panorama è possibile tuttavia rintracciare una tradizione di resocontazione di casi clinici come pensiero "meta" sulle simbolizzazioni affettive della relazione tra psicologo e cliente, portatore di una domanda, e una riflessione sul prodotto stesso della psicologia clinica e la verifica (Circolo del Cedro, 1991; Carli & Paniccia, 2005).

Bibliografia

Achard, P. (1994). L'écriture intermédiaire dans le processus de recherche en sciences sociales. *Communications*, 54, 149-156.

Angus, L., & McLeod, J. (2004) (Eds.). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. London: Sage Publications.

Austin, J. L. (1962). *How to Do Things With Words*. Oxford University Press: Oxford, England.

Balandier, G. (1994). L'effet d'écriture en anthropologie. *Communications*, 54, 23-30.

- Banister, P. (1994). Report writing. In P. Banister, E. Burman, I. Parker, M. Taylor, C. Tindall (Eds.), *Qualitative methods in psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Barthes, R. (1972a). Le degré zéro de l'écriture. Paris: Seuil.
- Barthes, R. (1972b). Jeunes chercheuses. *Communications*, 19, 1-5.
- Bell, D. (1992). Objectivity. In J. Dancy & E. Sosa (Eds.), *A companion to epistemology* (pp. 310-312). Oxford: Blackwell.
- Ben Jelloun, T. (1983). *L'écrivain public*. Paris: Seuil.
- Bertaux, D. (1976). *Histoires de vie ou récits de pratiques. Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Paris : CORDES.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris: Nathan.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press (trad. it. *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Calvino, I. (1980) , *Una pietra sopra*. Milano: Mondadori.
- Carli, R. (1987). *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria ed alla tecnica*. Torino: UTET.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M., Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: FrancoAngeli.
- Ceserani, R., & De Federicis, L. (1988). *Il materiale e l'immaginario: Laboratorio di analisi dei testi e lavoro critico. La ricerca letteraria e la contemporaneità*. Torino: Loescher.
- Cicognani, E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.
- Circolo del Cedro (1991). Tre tesi e sei questioni sulla psicologia clinica. Materiali per un confronto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 251-260.
- Circolo del cedro (1991). Tre tesi e sei questioni sulla psicologia clinica: Materiali per un confronto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 251-259.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Corrao, F. (1991). Trasformazioni narrative. In M. Ammaniti & D. Stern (Eds.), *Rappresentazioni e narrazioni* (pp.43-52). Bari: Laterza.
- Davis F. (1973). The Martian and the Convert: Ontological Polarities in Social Research. *Journal of Contemporary Ethnography*, 2, 333-343.
- Di Ninni, A. (1989). L'intervento psicosociologico ed i suoi strumenti. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 307-316.
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris: Seuil.
- Dumont, F., & Corsini R. J. (2000). *Six Therapists and One Client*. New York: Springer (trad. it. *Psicoterapie a confronto. Un caso visto da sei terapeuti*, a cura di R. Carli, Milano, McGraw-Hill, 2003).
- Duranti, C. (1992). *Etnografia del parlare quotidiano*. Roma: Nis.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli,.
- Fornari, F. (1979). *Fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*. Torino: Boringhieri.

- Gandini, C., Gheduzzi, E., Montixi, M. C., & Ruggiu, P. A. (1990). Il resoconto clinico in psicoterapia: una proposta metodologica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 142-159.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of culture*. New York: Basic Books.
- Geertz, C. (1988). *Works and lives: The anthropologist as author*. Stanford: Stanford University Press.
- Ginzburg, C. (1986). *Miti Emblemi Spie. Morfologia e Storia*, Einaudi, Torino.
- Gori, E. C. (1990). La dinamica delle resistenze. *Rivista di Psicoanalisi*, 36, 1007-1027.
- Hammersley M., Atkinson P., (1983). *Ethnography: Principles in Practice*. London: Routledge.
- Harrè R., Secord P.F. (1972). *The explanation of social behaviour*. Oxford: Basil Blackwell (trad. it. *La spiegazione del comportamento sociale*, Il Mulino, Bologna).
- Heinritz C., Rammstedt A. (1991). L'approche biographique en France. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, XCI, 331-369.
- Henwood, K. L. & Pidgeon, N. F. (1992). Qualitative research and psychological theorising. *British Journal of Psychology*, 83(1), 97-111.
- Hermans, H.M. (2001). The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture & Psychology*, 7 (3) 243-281.
- Kilani, M. (1994). Du terrain au texte: Sur l'écriture de l'anthropologie. *Communications*, 54, 45-60.
- Labov, W. (1972). *Sociolinguistic patterns*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Lancia F. (1990). Prassi e resoconto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 52-64.
- Laplantine, F. (1996). *La description ethnographique*. Paris : Nathan.
- Laurau, R. (1994). Traitement de texte. *Communications*, 54, 157-166.
- Lieblich, A., Rivka, T.M. & Zilber, T. (1998). *Narrative Research. Reading, Analysis and Interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Liotta, E.(1995). La scrittura psicoanalitica: un travestimento? *Rivista di Psicologia Analitica*, 52, 67-76.
- Lofland, J. & Lofland, L. (1995). *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Lo Verso, G. (1991). Replica al Circolo del Cedro. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 99-286.
- Macioti, M. I. (1995) (Ed.). *Biografia, storia e società: L'uso delle storie di vita nelle scienze sociali*. Napoli: Liguori.
- Madge, J. (1962). *The origins of scientific sociology*. New York: The Free press (trad. it. *Lo sviluppo dei metodi di ricerca empirica in sociologia*, Il Mulino, Bologna, 1966).
- Merendino, R. P. (1984), Il racconto clinico. Sue funzioni nel processo di formazione e del sapere psicoanalitico, *Rivista di Psicoanalisi*, 30, 73-88.
- Merendino, R. P. (1984). Il racconto clinico: Sue funzioni nel processo di formazione e del sapere psicoanalitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 30, 73-88.
- Montesarchio, G. (2002) (Ed.). *Colloquio in corso*. Franco Angeli, Milano.

- Paolicchi, P. (2002). L'intervista narrativa in psicologia sociale. In B. Mazzara (Ed.), *Metodi qualitativi in psicologia sociale* (pp.193-207). Roma: Carocci.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Percheron, D. (1994). Le genre et le support. *Communications*, 54, 119-127.
- Perrot, M., & de la Soudière, M. (Eds.) (1994). L'écriture des sciences de l'homme. [Special Issue]. *Communications*, 54.
- Perrot, M., & de la Soudière, M.(1994). L'écriture des sciences de l'homme : enjeux. *Communications*, 54, 5-21.
- Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action: Essai d'herméneutique, II*. Paris: Seuil.
- Ricolfi, L. (1997) (Ed.). *La ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.
- Salvatore, S. (2004). Inconscio e discorso: Inconscio come discorso. In B. Ligorio (Ed.), *Psicologie e culture: Contesti, identità ed interventi* (pp.125-155). Roma: Carlo Amore.
- Sansot, P. (1994). Le gout de l'écriture : Une dérive épistémologique ? *Communications*, 54, 61-67.
- Sarno, M. (1990). L'archivio della tecnica: il resoconto psicoanalitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 36, 27-57.
- Semi, A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Milano: Cortina.
- Sesto C. (1993), Categorie di lettura del resoconto clinico: Un'analisi dei resoconti psicoanalitici e sistemico-relazionali. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 110-125.
- Spence, D. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth*. NY: W.W. Norton.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Van Maanen, J.(1988). *The tales of the field : On writing ethnography*. Chicago-Londres: Chicago University Press.
- Westmeyer, H. (2003a). Clinical case formulation: Introduction to the special issue. *European journal of Psychological Assessment*, 19, 3,161-163.
- Westmeyer, H. (2003b). On the structure of case formulation. *European journal of Psychological Assessment*, 19, 3, 210-216.

Pulcinella o dell'ambiguità

di Renzo Carli*

1 – Premessa

La relazione con gli “oggetti” simbolizzati emozionalmente, che fonda il nostro rapporto con la realtà, è connotata dall'ambiguità¹: una difficile e quotidiana commistione di emozioni che portano a vivere l'altro come amico e *al contempo* nemico; come potente e *al contempo* debole; come appartenente, interno a noi, e *al contempo* estraneo, fuori di noi. Potremmo continuare a lungo.

L'ambiguità, o meglio ciò che corrisponde emozionalmente a quanto chiamiamo ambiguità, è la modalità originaria con cui il modo inconscio della mente vive la relazione. Amico e nemico, fuori e dentro, potente e debole, presente e assente, d'altro canto, sono categorie descrittive che ci aiutano a parlare, sia pur approssimativamente, di eventi emozionali che siamo “costretti” a comunicare, anche in questo scritto, tramite il linguaggio; definizioni, già organizzate e orientate emozionalmente, di quanto si vive entro la “logica delle emozioni”², ben lontana dalla logica che organizza e intenziona il linguaggio. L'originaria ambiguità può indurre ansia; giustifica la propensione a “risolvere”, in un modo o nell'altro, la relazione ambigua e quindi non definita emozionalmente, con gli oggetti. L'agito emozionale serve allo scopo: quando si agiscono le emozioni, l'oggetto che è il destinatario dell'agito diviene univocamente “amico” o “nemico”, se l'ambivalenza originaria concerne questo primitivo “schema” di simbolizzazione. Soluzione dell'ambiguità e agito emozionale sono sincrone, temporalmente: non c'è soluzione dell'ambiguità senza agito emozionale; l'agito emozionale implica, sempre, una soluzione dell'ambiguità insita nella simbolizzazione dell'oggetto a cui l'agito è rivolto. Se, di contro, la simbolizzazione emozionalmente ambigua viene “pensata”, allora è possibile elaborare l'ambiguità originaria, è possibile coglierne le motivazioni, districarne le contraddizioni, costruire un pensiero “dividente” che stabilisce rapporti tra i vari aspetti dell'oggetto originariamente ambiguo.

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

* 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 Utilizzo questo termine, al posto di “ambivalenza” che è il termine più frequentemente usato per indicare una simile modalità di rapporto emozionale con gli oggetti della realtà esterna a noi; ritengo, infatti, che nella sua vera accezione l'ambivalenza indichi già un modo per “risolvere” l'ambiguità. Parlo di quell'insieme infinito di emozioni che Matte Blanco chiamava “sacche di simmetria” e che corrispondono alla polisemia con cui viene investito, originariamente, l'oggetto: un oggetto che è ancora confuso con il nostro mondo interno e che, per acquisire una connotazione “realistica”, ha bisogno di veder risolta, appunto, l'ambiguità: connotandosi emozionalmente entro schemi emozionali più definiti, quale lo schema amico-nemico, quello dentro-fuori o altri di simile funzione.

² Il modo d'essere inconscio della mente è, con Matte Blanco (1975), omogeneo e indivisibile; si differenzia dal modo d'essere della mente che utilizziamo per pensare, parlare, percepire e dare significato agli oggetti della realtà, che l'Autore chiama eterogenico e dividente. Quest'ultimo ha la funzione di stabilire relazioni tra gli oggetti, mentre il modo d'essere inconscio della mente fonde tra loro gli oggetti, entro *classi di generalizzazione* sempre più ampie; al contempo destruttura le asimmetrie della relazione, per formare *classi di simmetria* ove scompare ogni differenza e ogni relazione tra differenze. Se il modo eterogenico e dividente può separare e distinguere tra i differenti aspetti della realtà, la contemporanea presenza attiva del modo d'essere omogeneo e indivisibile conferisce agli stessi aspetti della realtà una confusa connotazione emozionale, che connota ad esempio uno specifico oggetto come “amico” e contemporaneamente “nemico”.

perdita della possibilità di scambio con l'estraneo. La soluzione dell'ambiguità comporta la trasformazione dell'estraneo in un oggetto che si può possedere, quindi il passaggio dallo scambio al possesso³.

La tolleranza dell'ambiguità originaria, associata agli oggetti della relazione, è difficile. Comporta la mancata soluzione dell'indefinitezza emozionale dell'oggetto, comporta quindi la capacità di stabilire relazioni con oggetti che non siano definitivamente configurati, sotto il profilo emozionale, come "buoni" o "cattivi", come "amici" o "nemici". Le componenti rituali delle culture possono essere intese quali modi per dare all'ambiguità una soluzione rassicurante e canalizzata entro linee di relazione usuali, ad esempio di relazione amica. La difficoltà di tollerare l'ambiguità è ben nota nella relazione psicoterapeutica ad orientamento psicoanalitico, dove il silenzio dell'analista può essere mal tollerato dal paziente che *vuole* configurare lo psicoterapista, fin dai primi momenti della relazione, entro lo schema amico-nemico. L'eroticizzazione della relazione, ad esempio, può essere un modo per dare una soluzione emozionale all'ambiguità dell'oggetto entro la psicoterapia. In una lettura che utilizzi le categorie in analisi, la psicoterapia può essere vista quale storia delle diverse soluzioni dell'ambiguità, agite entro la relazione analitica. Ma anche l'esperienza quotidiana di ciascuno di noi entro la relazione sociale può essere letta attraverso la categorizzazione delle diverse soluzioni dell'ambiguità emozionale incontrata nei nostri rapporti usuali. Le regole del gioco entro le relazioni, i ruoli sociali, le configurazioni del potere entro i rapporti, le categorie di conoscenza dell'altro sono tutte modalità volte a dare una soluzione sufficientemente stabile all'ambiguità emozionale, *inevitabile* entro ogni esperienza relazionale. Se, ad esempio, l'ambiguità viene risolta con una lettura del tipo amico-nemico, allora ci si potrà mettere in relazione con l'altro, l'estraneo fonte di ambiguità, tramite modalità di attacco-fuga, di dipendenza o di accoppiamento, per seguire il modello degli assunti di base proposti da Bion. Se di contro si tollera l'originaria ambiguità dell'estraneo, si potrà vivere un'esperienza di scambio ove la soluzione dell'ambiguità sarà, via via, l'esito elaborato entro lo scambio stesso. Si pensi, ad esempio, alla relazione ambigua con il cibo in un paese estraneo a noi, quale l'India. Ci sono persone che risolvono l'ambiguità verso un cibo sconosciuto con una categoria ripetitiva e semplice: speziato significa nemico. Di qui la ricerca di cibi "non speziati" nella patria delle spezie. Di qui, anche, l'impossibilità di conoscere un universo culinario complesso e variegato, con il solo obiettivo di evitare un aspetto dell'estraneità (l'uso delle spezie, il sapore delle spezie) simbolizzato come nemico. Questi processi di drastica e pragmaticamente violenta riduzione dell'ambiguità, d'altro canto, accompagnano quotidianamente l'esperienza di relazione sociale in tutte le culture. Sino al punto da far sembrare *utopica* l'accettazione dell'ambiguità, la sua "tolleranza" entro la relazione.

Con questo scritto intendo esplorare la figura dei Pulcinella, disegnati da Domenico Tiepolo, come espressione artistica dell'ambiguità che caratterizza il modo d'essere inconscio della mente.

Ritengo che i Pulcinella di Domenico Tiepolo siano, di fatto, "oggetti" indefiniti emozionalmente, capaci di rappresentare quell'ambiguità, quell'indefinitezza emozionale propria dell'inconscio. Penso anche che molte opere d'arte possono essere viste quali tentativi di dare una soluzione emozionale chiara e esplicita all'ambiguità emozionale; molte altre, di contro, possono rappresentare l'espressione dell'ambiguità che sospende, in chi ne fruisce, il prendere parte entro le dicotomie emozionali amico-nemico, dentro-fuori, sopra-sotto, davanti dietro; vale a dire entro quelle dicotomie emozionali che organizzano le più primitive soluzioni all'ambiguità. Esempi della prima funzione, attribuita all'arte, si possono ritrovare nelle opere di divulgazione religiosa; un esempio lo si può trovare negli affreschi, concepiti per divulgare la conoscenza del nuovo o del vecchio testamento al popolo dei fedeli, dipinti sulle pareti del duomo di San Geminiano. Ma anche le opere "didascaliche" e predicatorie di certa arte contemporanea: un esempio su tutti, la spazzatura eretta ad oggetto da contemplare e meditare. Esempi della seconda funzione si hanno in proposte artistiche che non danno soluzioni emozionali esplicite od implicite, quali l'arte astratta nelle sue espressioni più alte, ad esempio di un Kandinskij e di un Mondrian; il suprematismo di Malevich; ma anche il *nouveau réalisme* di Arman nei suoi *assemblages* di violini spaccati, di

³ Si veda al proposito: Carli, R. & Paniccchia R.M. (2003), *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna, Il Mulino.

pennelli, di orologi o di tubetti di colore. Quell'Arman caro ad Umberto Eco, che di lui ebbe a dire "trasforma la monodia dell'identico in sinfonia dell'eterogeneo"⁴.

2 – Divertimento per li ragazzi di Domenico Tiepolo

Giovanni Domenico Tiepolo (1727 – 1804) è figlio capace del più celebre Gianbattista Tiepolo (1690 – 1770); pittore, quest'ultimo, di tele, affreschi e incisore raffinato, culmine della grande pittura settecentesca veneziana. Giambattista dipinse, celebre in tutt'Europa, a Venezia, Milano, Würzburg, Madrid dove è sepolto. Ma torniamo a Domenico: accompagnò spesso il padre, assieme al fratello Lorenzo, quale validissimo aiuto nelle sue imprese pittoriche. Visse, si può dire, all'ombra del padre; si conoscono poche opere, tutte di sua mano: importante la via Crucis che ancora oggi si può ammirare nell'Oratorio del Crocefisso, a fianco della Chiesa di San Polo a Venezia. Attento ai particolari della vita quotidiana, rappresentò scene di vita raffinate in disegni e incisioni di vario soggetto. A settantanni si accinse ad un'opera che, ancora oggi, possiamo definire "strana" per il soggetto che rappresenta e per la dedica che la caratterizza; un'opera che occupò gli ultimi sette anni della sua vita e l'accompagnò sino alla morte: i centoquattro disegni ad acquerello che trattano della vita di Pulcinella. Nel 1921, al Musée des Arts Décoratifs di Parigi, l'opera di Domenico fu smembrata e i disegni vennero venduti separatamente. Adelheid Gealt ha riunito le riproduzioni di settantasette dei centoquattro fogli, con un commento approfondito e interessante, nel volume "Domenico Tiepolo – I disegni di Pulcinella"⁵.

La figura di Pulcinella era ben presente nella Venezia del settecento; Venezia, città di maschere dove il Carnevale durava sei mesi, dove molti uscivano in maschera per conservare la *privacy*, diremmo oggi; dove l'intrigo e il travestimento esercitavano un fascino curioso e ambiguo sui veneziani e i moltissimi *foresti* (forestieri) che popolavano la città. Pulcinella, d'altro canto, non era una "maschera" come le altre. Hetty Paerl⁶, nel suo interessante volume sulla maschera che con nomi diversi popola l'intera Europa, ne traccia le origini recuperando un racconto tradizionale napoletano: Pulcinella sta ballando e è allegro quando incontra una gallina, Cicerenella. Pulcinella la seduce e la monta, poi la arrostitisce e sta per mangiarsela. Arriva Chirichichì, il gallo, che riconosce la sua amata e vuole vendicare la sua miserevole fine. Chiama il suo amico Farfariello (che in napoletano è il diavolo); questi fa una "diavoleria" contro il responsabile Pulcinella. Quando Pulcinella mangia la gallina Cicerenella, la pancia gli si gonfia all'inverosimile. Il dottore, prontamente accorso, libera da sotto la camicia di Pulcinella un grande uovo che Pulcinella si mette a covare. Il guscio si apre e ne esce un Pulcinellino, poi un altro... sono cinque i nuovi nati che, appena fuori dall'uovo, già vestiti e con le sembianze identiche a quelle del padre (che è al contempo loro madre) si buttano voraci su un piatto di maccheroni. A Venezia, i maccheroni diventano gnocchi. L'alto cappello a cono tronco del Pulcinella veneziano, altro non è che la pentola per cuocere gli gnocchi, rovesciata e indossata a mò di copertura del capo, e sempre pronta per la bisogna.

Pulcinella genera Pulcinella, ne è padre e madre; lo genera montando una gallina e poi mangiandola. Quello che Hetty Paerl chiama "il mondo a testa in giù", nel commentare questa leggenda sulla nascita di Pulcinella, altro non sembra che una rappresentazione della simmetria del modo inconscio della mente.

Pulcinella, si diceva, è un personaggio presente nelle tradizioni popolari di molti paesi: è l'inglese Punch, il francese Polichinelle, lo spagnolo Don Cristobal, il russo Petruska, il turco Karaghoz, come ricorda la Paerl.

La figura della maschera, le sue origini, le vicende della sua vita rimandano ad un mondo che potremmo definire onirico, ove vigono le leggi della generalizzazione e della simmetria, ove gli elementi che vengono descritti con il linguaggio conservano le connotazioni emozionali dell'ambiguità sconcertante o, per dirla con Freud, perturbante.

⁴ Eco U. (2005), *Arman e l'elenco*, <http://espresso.repubblica.it/dettaglio-archivio/1166852>

⁵ Gealt, A. (1986), *Domenico Tiepolo. The Punchinello Drawings*, George Braziller Inc., N.Y. (trad. it. *Domenico Tiepolo. I disegni di Pulcinella*, Mondadori, Milano 1986)

⁶ Paerl H. (2002), *Pulcinella. Het mysterieuze masker van de Europese cultuur*, Theater Instituut Nederland, Amsterdam (trad. it.: *Pulcinella. La misteriosa maschera della cultura europea*, Apeiron 2002)

3 – Il Mondo Novo

Pulcinella compare, tra le altre opere di Domenico, anche nel *Mondo Novo*.



Fig. 1 - Il *Mondo Novo* La figura è tratta dal sito: Web Gallery of Arts; <http://www.wga.hu>

E' un affresco che Domenico ebbe a dipingere per se stesso, sulle pareti della sua villa di Zianigo. Raffigura un gruppo di persone viste da dietro, affaccendate a raggiungere un casotto ove, da un pertugio, è possibile vedere il modellino di qualcosa, una città, un'illusione ottica, forse uno dei primi esempi di diorama. Si tratta di personaggi curiosi: un donnone gigantesco, che comparirà anche in un foglio dei suoi *Pulcinella*, al circo⁷; un signore di profilo, con l'espressione altera che deriva dal suo rango, uomini e donne persi nella curiosità per la macchina, un *Pulcinella* sulla sinistra. Personaggi che sembrano destinati al nulla, al vuoto dell'ignoto racchiuso entro un artefatto deformante. Persone che voltano le spalle all'osservatore, al pittore che le crea, al reale, alla loro realtà. Il ricordo corre ai ciechi di Brueghel, a Capodimonte; ma qui il grottesco sarcastico si trasforma in ironia, nell'ironia di chi cerca nella macchina il "*mondo novo*" e non lo vede attorno a sé.

L'affresco è dipinto e firmato nel 1791. Di lì a poco la Serenissima cadrà, vedrà una fine senza ritorno. Il 12 maggio 1797 le truppe napoleoniche entrano a Venezia. Il Doge Ludovico Manin è costretto ad abdicare, il Maggior Consiglio è sciolto e, sotto l'egida di Napoleone Bonaparte, viene proclamato il Governo Provvisorio della Municipalità di Venezia.

Con la fine della Serenissima sarebbe caduto un mondo, una concezione del mondo. Ne sarebbe nato un altro. Il *mondo novo*.

Il *Mondo Novo* rappresenta simbolicamente l'incoscienza con cui i veneziani si avviano alla decadenza e alla fine di un'istituzione, la Repubblica Serenissima, che si era sviluppata nell'arco di più di mille anni. Qui il tema è la ripetitività che nega il tempo della storia, che ignora fatti incombenti e tragici.



⁷ tav. 31 del *Divertimento*: Pulcinella trapezista

4 – La soluzione dell'ambiguità nell'arte

Nei Pulcinella, di contro, Domenico sembra utilizzare la maschera che copre emozioni, che “maschera”, appunto, ogni rispondenza emozionale con il contesto, per illustrare un mondo senza tempo e senza organizzazione strutturale degli eventi. Sappiamo quanto sia importante la connotazione emozionale delle rappresentazioni figurali.

Vediamo tre esempi che possiamo indicare quali modi “estremi” di una connotazione emozionale della rappresentazione figurale. Si tratta di tre opere di Quentin Metsys (o Massys, od ancora Matsys) , pittore fiammingo che operò a cavallo tra '400 e '500.

Qui le espressioni figurali non sono mascherate e l'emozionalità che esse intendono suscitare, almeno ad una lettura superficiale e immediata, sono chiare. L'ambiguità è stata risolta, nei primi due esempi, con la *bruttezza* della Duchessa della National Gallery o con l'espressione di *violenza rabbiosa* dell'Ecce Homo di Palazzo Ducale.



Fig. 2 - La Duchessa brutta, National Gallery, London (1525-30). La figura è tratta dal sito: Web Gallery of Arts; <http://www.wga.hu>

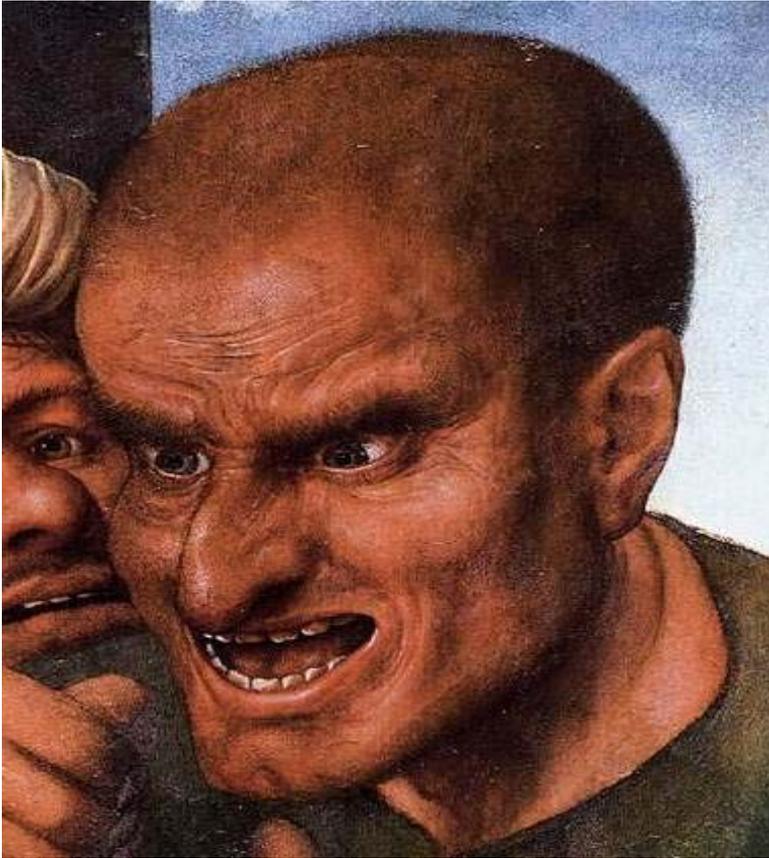


Fig. 3 - Ecce Homo, Palazzo Ducale, Venezia (1526) particolare. La figura è tratta dal sito: Web Gallery of Arts; <http://www.wga.hu>

Vediamo, nel terzo esempio, il ritratto che lo stesso Metsys fece ad Erasmo da Rotterdam nel 1517; un ritratto che doveva essere inviato a Tommaso Moro, grande amico e sodale di Erasmo nella costruzione dell'utopia. Riporto, a questo proposito, l'interessante dedica dell'"Elogio della follia" che Erasmo fece a Tommaso:

"da Erasmo da Rotterdam al suo Tommaso Moro

Alcuni giorni fa, tornando dall'Italia in Inghilterra, per non sprecare in chiacchiere banali il tempo che dovevo passare a cavallo, preferii riflettere un poco sui nostri studi comuni e godere del ricordo degli amici tanto dotti e cari, che avevo lasciato qui. Fra i primi che mi sono tornati alla mente c'eri tu, Moro carissimo. Anche da lontano il tuo ricordo aveva il medesimo fascino che esercitava, nella consueta intimità, la tua presenza che è stata, te lo giuro, la cosa più bella della mia vita. Visto, dunque, che ritenevo di dover fare ad ogni costo qualcosa, e che il momento non sembrava adatto a una meditazione seria, mi venne in mente di tessere un elogio scherzoso della Follia. "Ma quale capriccio di Pallade - ti chiederai - ti ha ispirato un'idea del genere?" In primo luogo, il tuo nome di famiglia, tanto vicino al termine moria, quanto tu sei lontano dalla follia. E ne sei lontano a parere di tutti. Immaginavo inoltre che la mia trovata scherzosa sarebbe piaciuta soprattutto a te, che di solito ti diletta in questo genere scherzi, non privi, mi sembra, di dottrina e di sale, perché nella vita di tutti i giorni fai in qualche modo la parte di Democrito. Sebbene, infatti, per singolare acume d'ingegno tu sia tanto lontano dal volgo, con la tua incredibile benevolenza e cordialità puoi trattare familiarmente con uomini d'ogni genere, traendone anche godimento. Quindi, non solo accoglierai di buon grado questo mio modesto esercizio retorico, per ricordo del tuo amico, ma anche lo prenderai sotto la tua protezione; dedicato a te, non mi appartiene più: è tuo. E' probabile, infatti, che non mancheranno voci rissose di calunniatori ad accusare i miei scherzi, ora di una futilità sconveniente per un teologo, ora di un tono troppo pungente per la mansuetudine cristiana; e grideranno che prendo a modello la commedia antica e Luciano, mordendo tutto senza lasciare scampo. Vorrei però che quanti si sentono offesi dalla scherzosa levità del mio tema, si rendessero conto che non sono l'inventore del genere, e che già nel passato molti grandi autori hanno fatto lo stesso. Tanti secoli fa, Omero cantò per scherzo "la guerra dei topi con le rane", Virgilio la zanzara e la focaccia, Ovidio la noce. Policrate incorrendo nelle critiche di Ippocrate fece l'elogio di Busiride, Glaucone quello dell'ingiustizia, Favorino di Tersite, della febbre quartana, Sinesio della calvizie, Luciano

della mosca e dell'arte del parassita. Sono scherzi l'apoteosi di Claudio scritta da Seneca, il dialogo fra Grillo e Ulisse di Plutarco, l'asino di Luciano e di Apuleio, e il testamento – di cui ignoro l'autore - del porcello Grunnio Corocotta menzionato anche da san Girolamo. Lasciamo perciò che certa gente, se crede, vada fantasticando che, per svago, a volte, ho giocato a scacchi o, se preferisce, che sono andato a cavallo di un lungo bastone. Certo, è una bella ingiustizia concedere a ogni genere di vita i suoi svaghi, e non consentirne proprio nessuno ai letterari, soprattutto poi quando gli scherzi portano a cose serie, e gli argomenti giocosi sono trattati in modo che un lettore non del tutto privo di senno può trarne maggior profitto che non da tante austere e pompose trattazioni. Come quando con mucchi di parole si tessono le lodi della retorica o della filosofia, o si fa l'elogio di un principe, o si esorta a fare la guerra ai Turchi, mentre qualcuno predice il futuro, o va formulando questioncelle di lana caprina. In realtà, come niente è più frivolo che trattare in modo frivolo cose serie, così niente è più gradevole che trattare argomenti leggeri in modo da dare l'impressione di non avere affatto scherzato. Di me giudicheranno gli altri; eppure se la presunzione non mi acceca completamente, ho fatto sì l'elogio della Follia, ma non certo da folle. Quanto poi all'accusa di spirito mordace, rispondo che si è sempre concessa agli scrittori la libertà d'esercitare impunemente la satira sul comune comportamento degli uomini, purché non diventasse attacco rabbioso. Per questo mi meraviglia tanto di più la delicatezza delle orecchie d'oggi, che riescono a sopportare ormai solo titoli solenni. In taluni, anzi, trovi una religione così distorta che passano sopra alle più gravi offese a Cristo prima che alla minima battuta ironica sul conto di un pontefice o di un principe, soprattutto poi se entrano in gioco i loro privati interessi. D'altra parte, uno che critica il modo di vivere degli uomini così da evitare del tutto ogni accusa personale, si presenta come uno che morde, o non, piuttosto, come chi ammaestra e educa? E, di grazia, non investo anche me stesso con tanti appellativi poco lusinghieri? Aggiungi che, chi non risparmia le sue critiche a nessun genere di uomini, dimostra di non avercela con nessun uomo, ma di detestare tutti i vizi. Se, dunque, ci sarà qualcuno che si lamenterà d'essere offeso, sarà segno di cattiva coscienza o per lo meno di paura. Satire di questo genere, e molto più libere e mordenti, troviamo in san Girolamo, che talvolta fece anche i nomi. Io non solo non ho mai fatto nomi, ma ho adottato un tono così misurato che qualunque lettore avveduto si renderà conto che mi sono proposto la piacevolezza piuttosto che l'offesa né ho seguito l'esempio di Giovenale: non ho mai smosso l'oscuro fondo delle scelleratezze; ho cercato di colpire quanto è risibile piuttosto che le turpitudini. Se poi c'è ancora qualcuno che nemmeno così è contento, ricordi almeno questo: che è bello essere vituperati dalla Follia e che avendola introdotta a parlare, devo rimanere fedele al personaggio. Ma perché dire queste cose a te, avvocato così straordinario da difendere in modo egregio anche cause non egregie? Addio, eloquentissimo Moro, e difendi con zelo la tua Moria.

Dalla campagna, 9 giugno 1508⁸

Ecco le tracce di una relazione tra persone colte e pervase da interessi umanistici. Di persone intelligenti e capaci; persone buone, ove la bontà deriva dalla competenza ironica. Il ritratto di Erasmo, dipinto da Metsys, si prova in questo compito, con grande efficacia. Qui l'equilibrio e la serenità, la bontà d'animo e l'arguzia, la profondità dello spirito e il coraggio che nasce dalla competenza e dalla conoscenza, sembrano trasfusi nello sguardo di Erasmo e nel contesto entro il quale l'umanista è iscritto. Un contesto fatto di frugalità e di libri, che rimanda a luoghi analoghi presenti nella pittura: il San Gerolamo nello studio, di Antonello, alla National Gallery; il Sant'Agostino nello studio, di Carpaccio, nella veneziana Scuola di San Giorgio agli Schiavoni; ancora il San Gerolamo nello studio, di Colantonio, a Capodimonte. Tutte opere pittoriche che non lasciano spazio all'ambiguità, che orientano ad un'emozione specifica, intensa e serena al contempo.

⁸ Testo tratto dal sito: www.liberliber.it/biblioteca/e/erasmus_roterodamus/elogio_della_follia/; edizione elettronica a cura di V. Guagliardo e G. Cacciotti.



Fig. 4 – Erasmo da Rotterdam, Palazzo Barberini, Roma (1517). La figura è tratta dal sito: Web Gallery of Arts; <http://www.wga.hu>

5 – Pulcinella e l'ambiguità

Torniamo ai nostri Pulcinella e a Domenico Tiepolo. Qui l'ambiguità regna sovrana, e questo effetto è ottenuto con una strategia precisa e ripetuta, che Domenico utilizza per dare ai suoi disegni una atmosfera emozionale sospesa e perturbante al contempo.

Tutto questo si ritrova in alcune affermazioni e in alcuni giudizi che la massima studiosa dei Pulcinella di Domenico, Adelheid Gealt, riporta nella sua introduzione a "I disegni di Pulcinella". Vediamoli assieme:

"egli è allo stesso tempo personaggio ordinario e straordinario"

"appare fondamentalmente umano, anche se si lascia andare ad eccessi bizzarri"

"il personaggio si avvicina alla realtà, ma non la riproduce mai esattamente"

"succedono cose simili e allo stesso tempo così diverse da noi... "

Il mondo di Pulcinella: *"così diverso dal nostro e allo stesso tempo così familiare"*

"è quasi impossibile ricostruire l'ordine nel quale si sviluppa la storia"⁹

⁹ Tutte queste citazioni sono a pag. 15 op. cit.

“Domenico è riuscito a creare uno dei suoi più grandi paradossi, poiché ogni disegno è così specifico da assorbire completamente la nostra attenzione, e allo stesso tempo ci sfugge”

“... tutti i Pulcinelli hanno lo stesso aspetto, dandoci poche possibilità di individuare un personaggio centrale”

“Domenico lavorò in un periodo e all'interno di una tradizione per i quali un significato preciso non veniva considerato sempre necessario e desiderabile”

“E' possibile che Domenico abbia voluto creare più di un intreccio e lasciare che lo spettatore consultasse questi fogli sciolti, cambiandone l'ordine a piacimento, in modo tale che potessero assumere un significato diverso in ogni nuovo contesto? Nel nostro zelo di scoprire un unico intreccio narrativo, abbiamo forse trascurato l'intenzione molto più audace e originale dell'artista, di lasciare che il *Divertimento* raccontasse una serie infinita di storie? Non possiamo che avanzare delle ipotesi, tuttavia la serie ha indubbiamente queste potenzialità”¹⁰

Pulcinella: “maschera al tempo stesso più grande e più umile di un uomo”¹¹

Queste citazioni sembrano parlare, esplicitamente e diffusamente, delle caratteristiche proprie del sistema inconscio: quell'inconscio che rimanda alla *coincidentia oppositorum* di Nicola Cusano, l'autore del *De docta ignorantia*, che dice:

“La verità non ha né gradi, né in più né in meno, e consiste in qualcosa di indivisibile. [...] Perciò l'intelletto, che non è la verità, non riesce mai a comprenderla in maniera tanto precisa da non poterla comprendere in modo più preciso, all'infinito”

Il riferimento della Gealt all'“infinita” serie di storie, che si possono infinitamente riorganizzare, sembra esplicitamente ricordare quanto viene detto a proposito della struttura polisemica dell'attività onirica, in psicoanalisi.

Forse inizia a chiarirsi la tesi che voglio proporre circa i Pulcinella di Domenico: si tratta, nella mia ipotesi, di figure e storie che non hanno risolto l'ambiguità entro una dimensione precisa dello schema amico – nemico. Si tratta di rappresentazioni del modo inconscio della mente. Come tali sfuggono ad una precisa identificazione e ad un univoco e condiviso riferimento emozionale.

La lettura delle citazioni, tratte da Adelheid Gealt, sembra confermare questo assunto: la ripetitività di elementi, che peraltro non sono mai “eguali”, rimanda all'emozione disorientante e spaesante che viene suscitata, ad esempio, dagli angeli della *Maestà* di Duccio, nel Museo dell'opera del Duomo a Siena; ma anche dal movimento delle lance nella *Battaglia di San Romano*, di Paolo Uccello agli Uffizi. In quest'ultimo caso, il movimento delle lance è curiosamente vicino a quello dei cappelli-pignatte delle tavole di Pulcinella.

Perché i disegni di Pulcinella rimandano a qualcosa che sentiamo così vicino a noi, e al contempo così lontano? Non è la stessa emozione che proviamo quando ricordiamo, sia pur a vaghe linee, un sogno? O quando parliamo di emozioni vivide e confuse, vicine e lontane allo stesso tempo?

Guardiamo alcune tavole del *Divertimento* di Domenico (riportate nella numerazione originale):

¹⁰ Tutte queste citazioni sono a pag. 16 op. cit.

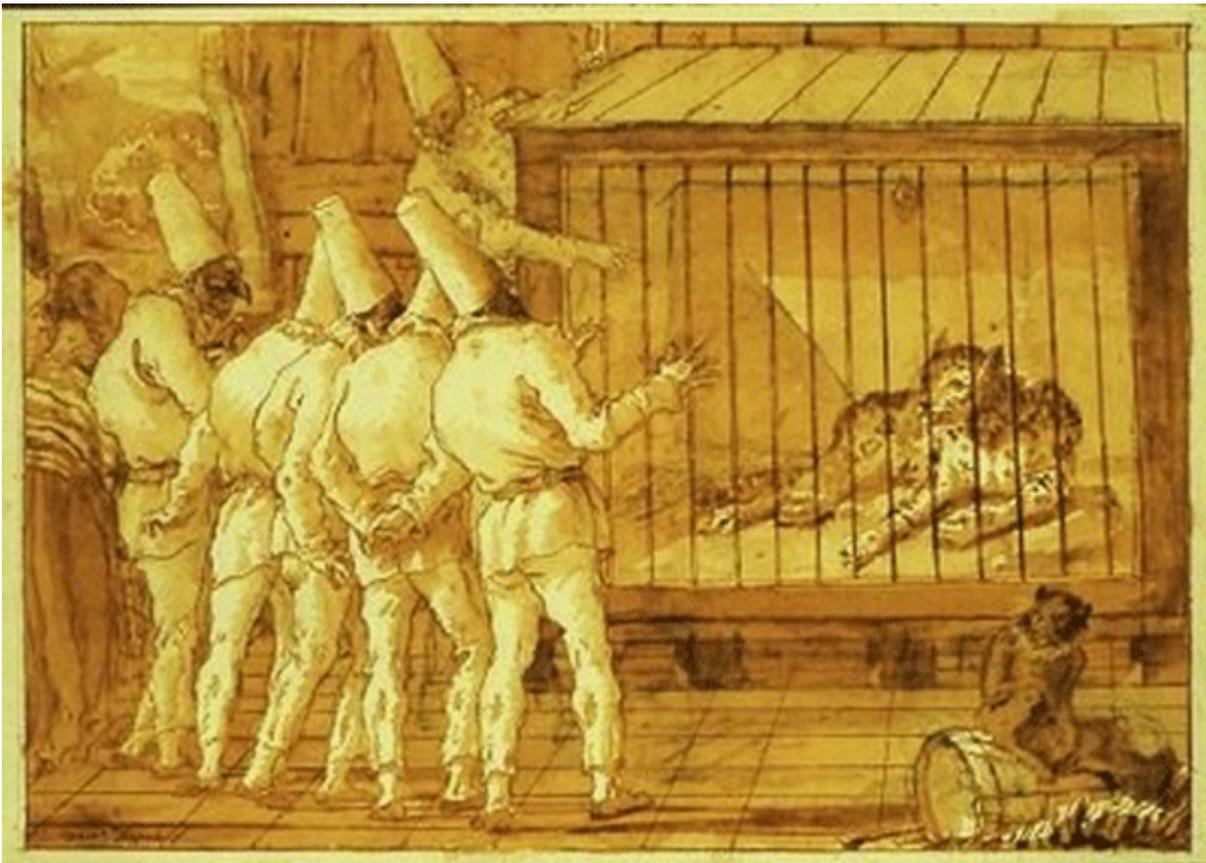
¹¹ Citazione a pag. 21 op. cit.



Tav. 16 del *Divertimento*: Pulcinella impara a camminare



Tav. 76 del *Divertimento*: La sepoltura di Pulcinella



Tav. 30 del *Divertimento*: La gabbia del leopardo

Ebbene, colpiscono alcune caratteristiche di queste e di altre tavole del *Divertimento*: vediamole assieme.

Un primo elemento è il numero elevato dei Pulcinella presenti nelle tavole, spesso dislocati in una sorta di serialità ripetitiva ove sono le differenti inclinazioni del cappello-pentola ad articolare la scansione delle figure entro lo spazio della tavola. Ciò è particolarmente evidente ne “La gabbia del leopardo”, ma si può osservare anche nelle altre due tavole presentate.

Un secondo elemento è dato dall’assenza di un’espressione dei visi; i volti coperti dalla maschera sono ripetuti, eguali, in tutte le figure di Pulcinella.

L’espressività emozionale è affidata ai gesti delle mani e delle braccia di alcuni. Altri sembrano presenziare senza un’emozione definita, con le braccia conserte.

Ci sono, in ogni tavola del *Divertimento*, alcuni Pulcinella che compiono gesti “utili” al senso della scena, ma ci sono sempre altri Pulcinella che assistono alla scena, che fungono da spettatori di se stessi, in una sorta di scomposizione della propria funzione emozionale.

C’è una forte differenza tra l’emozione espressa dalle figure “umane” delle tavole, quali il vecchio sulla destra della “sepoltura” (tratto peraltro da un dipinto del padre Gianbattista), e l’anafettività dei Pulcinella. Questi ultimi sembrano configurare una sorta di “commedia dell’arte” ove a chi guarda le tavole è affidata la soluzione emozionale dei gesti ripetitivi e espressivi univocamente di stupore, di fronte alle situazioni più diverse e emozionalmente implicanti nei modi “umanamente” più diversi. Si potrebbe dire che la risposta emozionale dei Pulcinella, lo stupore, sia sostanzialmente eguale, che si tratti di assistere ai movimenti di un grosso granchio, alla fucilazione di Pulcinella, alla sua impiccagione, alla sua nascita, ad un corteggiamento o all’abbattimento di un albero, al lavoro nei campi.

Nel nostro linguaggio, potremmo dire che la grande “scoperta” di Domenico sia quella di *non dare una soluzione emozionale specifica e agita all’ambiguità che permea tutte le sue scene*. Scene a volte mutate ironicamente da quadri noti, del padre (“Pulcinella ritrattista”, che rifà il verso al quadro di Giambattista “Alessandro e Campaspe nello studio di Apelle”; “Il banchetto nuziale” che richiama “Il banchetto di Antonio e Cleopatra” sempre di Giambattista). Ma anche scene che si

riferiscono ad opere di Goya, rifacendone alcune figure od anticipando situazioni drammatiche, ad esempio nella tavola "Il plotone d'esecuzione".

Pulcinella, nella sua serialità ripetitiva sembra inverare le caratteristiche di generalizzazione e di simmetria che Matte Blanco riferisce al modo inconscio della mente. Sembra, soprattutto, sospendere quella separazione tra amico e nemico, tra buono e cattivo che organizza l'agito emozionale volto a risolvere l'ambiguità. Si pensi ad esempio a "Il plotone d'esecuzione".



Tav. 71 del *Divertimento*¹²: Il plotone di esecuzione

Si è detto come questa scena, creata da Domenico alla fine del '700 od ai primi anni dell'800, anticipi il Goya dell'opera "Il tre maggio 1808 o Los fusilamientos".

Domenico sembra aver disegnato la sua tavola quale commento a come venivano trattati i patrioti italiani, dai francesi, durante l'occupazione iniziata nel 1797.

L'opera di Goya, commissionata dal governo spagnolo, intendeva celebrare l'eroica resistenza del popolo di Madrid contro le truppe Napoleoniche.

Il tema sembra analogo, come le circostanze che hanno motivato i due artisti.

Nella tavola di Domenico, d'altro canto, sono gli stessi Pulcinella che fucilano Pulcinella, ed è un Pulcinella che comanda il plotone d'esecuzione, in un rispecchiamento di ruoli. I Pulcinella a terra, già fucilati, ricordano la posizione del Pulcinella sazio di gnocchi, anch'esso steso a terra, in una posizione di riposo, perché il troppo cibo e la pancia gonfia non gli consentono di reggersi in piedi. Si veda al proposito "La partenza di Pulcinella", affresco staccato dalla Villa di Zianigo, oggi al Museo del Settecento veneziano di Ca' Rezzonico.

¹² Le quattro tavole sono state fotografate dall'Autore, dal volume di A. Gealt, nell'edizione italiana.



Fig. 5 – La partenza di Pulcinella La figura è tratta dal sito: Web Gallery of Art; <http://www.wga.hu>



Fig. 6 – Goya, Il 3 maggio 1808 o Los fusilamientos. La figura è tratta dal sito Web gallery of Art; <http://www.wga.hu>

Ben diversa è la scena rappresentata da Goya, ove persecutori e perseguitati sono figurativamente diversi, e l'emozionalità differenzia tra chi uccide e chi è ucciso.

Si potrebbe ancora parlare del sentimento di estraniamento che le tavole di Domenico suscitano in chi le guarda. Perché *Divertimento per li ragazzi*? Perché una dedica ai più giovani? A ben guardare, nelle scene rappresentate da Domenico non sembra esserci molto di divertente, soprattutto per giovani di età infantile o preadolescenziale. Ciò che sembra "divertente", può essere colto se si guarda al termine nella sua etimologia: *de* che indica allontanamento e *vertere* che vale volgere. Divertimento, quindi, significa letteralmente andare da un'altra parte. Da una parte diversa da quella rappresentata dalla "realtà", potremmo dire. Divertirsi e trasgredire hanno origini etimologiche simili: si tratta di andare oltre, di non prendere la strada diritta e scontata. Si può allora capire perché Domenico parli di *Divertimento*. I suoi Pulcinella non stanno nella realtà, in quella realtà ove l'amico e il nemico sono separati e definiti, riconoscibili e suscitatori di emozioni lontane dall'originaria ambiguità. Il *Divertimento* contiene una serialità, senza ordine né senso, di "sogni" ad occhi aperti, di eventi che stanno a mezzo tra dimensioni conoscibili e complessità emozionale.

Non è certamente possibile stabilire un "ordine", una "sequenza" negli episodi rappresentati nelle tavole, e i commentatori se ne accorgono, anche se spesso riferiscono tutto questo alla "stranezza" dell'artista. Stranezza: rimanda ad estraneo, all'estraneità che sembra evocata, nello scorrere delle tavole, in chi le guarda.

Viene alla mente che Domenico, ormai alla fine della vita, della sua vita e di quella della Serenissima, abbia realizzato la *coincidentia oppositorum* sentendosi un ragazzo, lontano dalle emozioni dividenti e eterogenee, dall'ansia per il nemico, confondendo vita e morte, gioia e tristezza, vecchiezza e giovinezza. E allora quei *ragazzi* ai quali dedica il *Divertimento* è lui stesso, moltiplicato in tanti ragazzini quanto è moltiplicato Pulcinella nelle tavole. L'artista si sente un vecchio che è anche un ragazzino, proprio come Pulcinella.

6 – Congedo

Sono uno psicologo clinico. Non sono, lo si coglie benissimo, uno "storico dell'arte".

Appassionato di cose da vedere, sono rimasto colpito dalle tavole di Domenico, sin dalla prima volta che ebbi l'occasione di vederne alcune, molti anni fa, ad una mostra della Fondazione Giorgio Cini, a Venezia.

Con questo lavoro propongo anch'io un "divertimento".

Propongo, anche, una categoria di lettura "psicologica" di alcune opere d'arte; nella speranza che la dicotomia "soluzione dell'ambiguità emozionale - sospensione dell'ambiguità emozionale" possa orientare nella comprensione della rispondenza emozionale che alcune opere evocano in chi le guarda.

Bibliografia

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

Erasmus, D. (1549). *In praise of folly* (Erasmus da Rotterdam, *L'elogio della follia*, edizione italiana a cura di Gagliardo, V. & Ciccotti, G., Testo tratto dal sito: www.liberliber.it/biblioteca/e/erasmus_roterodamus/elogio_della_follia/).

Eco, U. (2005). *Arman e l'elenco* [Electronic Version]. Retrieved from: <http://espresso.repubblica.it/dettaglio-archivio/1166852>.

Gealt, A. (1986). *Domenico Tiepolo: The Punchinello Drawings*. NY: George Braziller Inc. (trad. it. Domenico Tiepolo: *I disegni di Pulcinella*, Mondadori, Milano, 1986).

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

Paerl, H. (2002). *Pulcinella: Het mysterieuze masker van de Europese cultuur*. Amsterdam: Theater Instituut Nederland (trad. it.: *Pulcinella. La misteriosa maschera della cultura europea*, Apeiron, Roma, 2002).