

Rapporti tra ricerca e psicologia clinica: una proposta di lettura

di R. Carli

UNA PREMESSA NECESSARIA

Cari amici, vi parlo anche a nome dell'Orto dei Semplici: un gruppo di psicoterapisti romani che si ritrova periodicamente per mettere in comune riflessioni, ricerche, esperienze nell'ambito della psicoterapia. Siamo tutti psicoterapisti di indirizzo psicoanalitico, ma siamo interessati ad un confronto anche con colleghi di altri indirizzi; colleghi che, spesso, vengono alle nostre riunioni per un confronto sull'esperienza, per mettere a fattor comune riflessioni e intuizioni che concernono la nostra attività.

Vorrei proporre una riflessione e tre ipotesi di ricerca; sono molto contento di poter fare questo alla fine di un congresso che ha visto la partecipazione di moltissimi colleghi, tutti interessati ad un approfondimento della prassi psicoterapeutica, dei suoi fondamenti e dei suoi esiti.

Mi piacerebbe stimolare interesse e partecipazione ai tre indirizzi di ricerca che ora proporrò, nella speranza che molti di voi possano aderire alla proposta.

Ma veniamo alla riflessione che fonda le ipotesi di ricerca.

Da circa un ventennio, con diverse motivazioni, molti ricercatori nell'ambito clinico hanno concentrato la loro attenzione sulla verifica delle psicoterapie. Verificare, d'altro canto, significa valutare se la psicoterapia ha raggiunto gli scopi che si prefigge. Affermazione apparentemente ovvia. Lapalissiana, per così dire. Ma come tutte le verità lapalissiane, nasconde importanti implicazioni. Vediamone alcune.

In primo luogo, spesso si è dato per scontato lo scopo. Si è pensato, infatti, che si trattava di verificare se la psicoterapia, nei suoi "ovvi" aspetti "terapeutici", raggiungesse il suo fine. Qual è infatti lo scopo di una terapia, se non quello di realizzare la "guarigione" di un paziente? Di qui il tema della verifica associato a quello, indifferibile, degli esiti della terapia. Esiti che comportano, evidentemente, la nozione di guarigione, di recessione del sintomo, di miglioramento, di modificazione del comportamento, di riassetto delle emozioni, di adeguamento a sistemi di attese personali e sociali che hanno motivato la psicoterapia in funzione del cambiamento; cambiamento previsto e perseguito lungo le linee definite dai criteri che hanno codificato i disturbi da curare. Certo, mi si dirà, la ricerca si è spostata nel tempo dalla verifica degli esiti a quella del processo. E' vero; ma anche la verifica di processo non può eludere il problema degli esiti; esiti che sono formulati più nei termini della teoria che fonda la prassi psicoterapeutica che nei termini di una guarigione quale recessione dei sintomi che hanno motivato alla psicoterapia. Si potrebbe dire che quando si parla di "esito" si utilizza il linguaggio del profano e delle sue attese; quando si parla di "processo" si utilizza il linguaggio del tecnico e si entra nel merito della teoria che sostiene la prassi. Si pensi ad esempio all'interruzione della terapia ritenuta, sistematicamente anche se a volte implicitamente, quale evento negativo; ad essa si associano varie dimensioni di processo (ad esempio problemi nell'alleanza terapeutica).

Qual è il problema? Così potrebbe dire un lettore ingenuo o distratto. Non sappiamo se la verifica ha determinato un cambiamento negli obiettivi della psicoterapia, o se il cambiamento negli obiettivi abbia motivato il lavoro di ricerca sulla verifica. Sta di fatto che le due cose sono andate di pari passo: *con la stagione della verifica, si è inaugurata anche la stagione di una psicoterapia volta a correggere deficit*. Gli interrogativi che per lungo tempo hanno attraversato la prassi e la teoria della psicoterapia, se fosse davvero "cura" o piuttosto promozione della conoscenza; se avesse obiettivi prefissati e definiti, o piuttosto come diceva il poeta indiano "l'importante non è la strada ma l'andare"...tutta la questione sul *senso* della psicoterapia (per chi si avvicinava

all'esperienza quale paziente, come per chi la conduceva professionalmente) si è improvvisamente dileguata, davanti alle esigenze di verificare gli esiti e quindi di dimostrare il processo di cambiamento, di guarigione, di recessione dei sintomi, di modifica dei problemi, di miglioramento del paziente¹.

Come se, nell'ambito della psicologia clinica, i termini di terapia e di paziente non fossero metafore storicamente comprensibili, ma termini da prendere alla lettera, entro l'imitazione del modello medico. Si potrebbe obiettare: ma come, ancora una volta si vuol dire che la psicoterapia è una prassi che sfugge alla verifica? No. Non è questo l'intento. Al contrario, si vuol affermare che ben venga la verifica, purché tale. Quindi sottoposta a critica nei suoi presupposti, nei suoi intenti, nelle agenzie che la promuovono. Altrimenti si tratterebbe non di verifica scientificamente orientata, ma di un'operazione di controllo da parte di agenzie interessate, per diversi motivi, ad attuarlo.

Spesso si ricorda che la verifica è nata quale necessità irrinunciabile, per facilitare e fondare giuridicamente i rimborsi del lavoro psicoterapeutico da parte delle società di assicurazione nordamericane. Più vicino a noi, si pone la questione dell'esigenza di controllare l'erogazione delle risorse del servizio sanitario pubblico in campo psicoterapeutico. Questo, peraltro, ha di fatto connotato la psicoterapia quale atto medico, a pieno titolo situabile entro l'ambito sanitario, ponendo il problema dell'efficacia dell'atto stesso e del suo riconoscimento "ufficiale", almeno per quanto concerne i suoi aspetti economici. Tale connotazione "medica" della psicoterapia ha comportato conseguenze di grande rilievo nella concezione dell'atto psicoterapeutico, dei suoi obiettivi e del suo significato sociale. Volendo riassumere tutto questo in due parole, si potrà ricordare che la medicalizzazione della psicoterapia ha comportato la necessità di definire la "patologia" che con la psicoterapia s'intende curare. Ciò ha facilitato l'utilizzazione dei vari repertori sui disturbi mentali (DSM, ICD) quali strumenti di classificazione diagnostica della patologia di riferimento. Ha anche condizionato fortemente le varie tecniche di psicoterapia, privilegiando quelle volte alla soluzione dei sintomi, nei confronti di metodologie più complesse che si pongono problemi di cambiamento entro le dinamiche della personalità o di sviluppo dei sistemi di rapporto tra individuo e contesto. Ma, soprattutto, l'attenzione alla sintomatologia ha, di fatto, privilegiato le forme psicoterapeutiche che perseguono adattamenti conformistici, rispetto a quelle che perseguono sviluppo, creatività, capacità di pensare e di innovare. In una parola, il riferimento ai manuali diagnostici dei disturbi mentali ha orientato la psicoterapia alla *correzione del deficit*, mettendo in secondo piano o penalizzando fortemente la psicoterapia che *persegue e promuove sviluppo*.

Ecco una distinzione che può orientare e organizzare un criterio di analisi della relazione tra ricerca e clinica entro l'ambito psicoterapeutico: possiamo pensare a due modalità di costruzione della professione psicologica:

- lo psicologo quale terapeuta orientato a **ridurre un deficit**, nel paziente che a lui si rivolge;
- lo psicologo che realizza interventi per **promuovere lo sviluppo** delle persone entro il loro contesto.

Pensiamo, a questo proposito, all'uso che nella psicologia dell'intervento si può fare della nozione di *relazione*.

La relazione può essere intesa quale strumento che serve per migliorare la realtà. Oppure può essere utilizzata al fine di vedere ciò che accade al suo interno.

¹ Si veda al proposito, Carli R. (1997), I porcospini rivisitati, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6, 2, 89-98. L'articolo si trova anche su rete, nel sito del Pensiero Scientifico Editore, al seguente indirizzo: <http://www.pensiero.it/continuing/ebm/salmed/porcospini1.htm>.

L'interesse per la relazione, può essere orientato al fine di *correggere un deficit*. Oppure l'interesse per la relazione può proporsi di guardare alla relazione stessa, con l'intento di utilizzarla quale ambito di *promozione dello sviluppo*: sviluppo del rapporto tra psicologo e persona che a lui si rivolge; di conseguenza, sviluppo della relazione tra la stessa persona ed il suo contesto di vita e di lavoro. Ciò significa promuovere una consapevolezza ed un'evoluzione dei valori che reggono la convivenza, delle regole del gioco che la rendono possibile, in particolare di quelle regole del gioco che presiedono alla relazione tra individui, gruppi e contesto ambientale.

Correzione di un deficit, da un lato; sviluppo dall'altro, quali obiettivi dello psicologo.

Nel caso della correzione di un deficit, la posizione dello psicologo clinico è quella di chi pensa di essere legittimato ad intervenire sulla base di una situazione problematica, letta quale scarto da un modello che si ipotizza condiviso e legittimato socialmente. Nel caso dell'intervento volto allo sviluppo, sviluppo della relazione tra psicologo e committente, così come di quella tra committente e contesto, è l'analisi della domanda che guida l'intervento dello psicologo stesso. Si tratta di due opzioni professionali molto diverse, fondate su ruoli, funzioni e rapporti con la domanda del committente letti diversamente, su metodologie di azione professionale distinte, con obiettivi spesso divergenti.

[La riduzione del deficit è caratterizzata dalle seguenti connotazioni:

- l'obiettivo è fondato sulla valutazione dell'altro entro la logica "modello – scarto dal modello". Ciò significa che si guarda al comportamento, alle emozioni, ai vissuti dell'altro, valutandone la corrispondenza ad un modello di normalità, o allo scarto da tale normalità. La valutazione dello scarto dal modello può essere considerata come "oggettiva". Quindi, l'intervento di riduzione dello scarto è legittimo nel caso in cui la domanda provenga dalla persona portatrice dello scarto, come quando è posta da altre persone del contesto: un medico, un superiore gerarchico dell'interessato, un genitore. La denuncia, la rilevazione, l'evidenza di uno scarto dal modello implicano, sempre, una relazione di potere sociale efficace, tra chi denuncia, rileva, rende evidente lo scarto, e chi ne è l'oggetto. Si può affermare che questo rapporto di asimmetria del potere è funzionale al controllo: evidenziare uno scarto dal modello e correggerlo sono espressioni di una implicita volontà di controllo sociale e di riduzione degli scarti a dimensioni conformistiche. Questo fa capire come il *comportamento* sia l'oggetto più rilevante di questo modo d'intervenire.

- l'intervento di riduzione dello scarto dal modello è rivolta all'individuo, al singolo individuo conosciuto attraverso categorie a contestuali. Con la stessa logica si può intervenire anche entro il contesto familiare, è vero; ma nell'ottica, è bene sottolinearlo, di trattare la famiglia come un "individuo" che scarta da un modello prefissato, del quale il terapeuta è il depositario.

- l'intervento di riduzione del deficit si appoggia al modello medico, assumendo lo scarto dal modello quale "malattia", e l'intervento ortopedico (che riconduce all'*ortos*, alla retta via) quale terapia, quale cura della malattia, con obiettivi di guarigione. Ciò giustifica la confusione, nell'ambito della psicoterapia, tra professione medica e professione psicologica. Confusione curiosa e poco discussa, nonostante la profonda diversità, epistemologica e pragmatica, esistente nella formazione del medico da un lato, dello psicologo dall'altro. Nonostante, ancora, la fondazione biologica della prassi medica, ancorata non tanto all'individuo quanto al suo statuto biologico, corporeo; e la fondazione psicologica, appunto, della prassi psicologica, ancorata alla relazione tra individuo e contesto².

² E' sempre più frequente l'uso dell'espressione che definisce l'individuo, considerato entro la psicologia, quale unità bio – psico – sociale. Vorremmo ricordare che la psicologia generale, nella sua lunga storia di ricerca, di proposte teoriche, di costruzione epistemologica, non ha mai parlato di individuo. Oggetto di studio della psicologia, ricordiamolo, è sempre una fenomenologia che concerne la relazione tra individuo e contesto. Si potrebbe dire, anche, che l'inaugurarsi di una psicologia generale individuale si è avuta con la seconda topica freudiana (non con la prima, ed è importante sottolinearlo!), là dove si è

- a fondamento del mandato sociale su cui poggia l'intervento di riduzione del deficit, s'invoca la funzione diagnostica, fondata su elenchi dei disturbi mentali quali il DSM IV° o l'ICD 10. Tali manuali diagnostici, d'altro canto, pur rappresentando uno sforzo importante, per la psichiatria, di trovare un linguaggio comune per una definizione condivisa dei disturbi mentali, non può essere di certo un buon punto di partenza per un intervento psicologico clinico. Innanzitutto, si tratta di manuali che fanno riferimento alla Psichiatria, non alla Psicologia Clinica. In secondo luogo, ed è questo un grande limite della Psichiatria e della sua pretesa di assimilarsi ad altre aree della medicina, questi manuali sono descrittivi di fenomeni, non proponendo alcuna ipotesi eziopatogenetica dei fenomeni stessi. Si sa, d'altro canto, che l'intervento medico poggia le sue basi scientifiche e la sua efficacia pragmatica sulla conoscenza eziopatogenetica di gran parte delle forme curabili della malattia. Pensare di legittimare un intervento di correzione del deficit, sulla base di diagnosi riferite alla nosografia presente in questo tipo di manuali significa, quindi, prescindere radicalmente dal vissuto del singolo sullo "scarto dal modello"; ed al contempo definire lo stesso "scarto dal modello" tramite dimensioni diagnostiche che sembrano difficilmente suggerire l'utilità dell'una o dell'altra, tra le differenti tecniche d'intervento psicoterapeutico.

L'intervento che promuove sviluppo, di contro, è caratterizzato dalle seguenti dimensioni:

- l'obiettivo è orientato all'utilizzazione delle risorse, individuali od organizzative, che possono promuovere lo sviluppo della relazione tra individui e contesto. Questo comporta, per lo psicologo, la conoscenza del contesto, e non solo dell'individuo e delle sue dinamiche interne, al fine di orientare il suo intervento entro le coordinate, possibili, di sviluppo dei sistemi sociali. Se, ad esempio, lo psicologo interviene nell'ambito di un problema scolastico, lo sviluppo concerne l'obiettivo della scuola, il coinvolgimento dei singoli allievi da un lato, del contesto sociale su cui insiste la scuola dall'altro, quali protagonisti dello sviluppo stesso. Il perseguimento di sviluppo, in questo caso, richiede da parte dello psicologo una conoscenza approfondita degli obiettivi del sistema scolastico, e una conoscenza degli strumenti utili per la realizzazione degli obiettivi, quali le caratteristiche psicologiche dei singoli allievi e degli insegnanti, la dinamica del gruppo classe entro il quale avviene l'apprendimento, la cultura che caratterizza quel sistema scolastico, l'insieme degli allievi, delle famiglie, e del corpo insegnante.

- non esiste un modello prefissato di sviluppo. Ciò significa che l'intervento avrà, quale sua dimensione caratterizzante, la continua negoziazione delle linee di sviluppo, entro il sistema individui – contesto, con i protagonisti che ad esso partecipano. Lo sviluppo, nell'accezione da noi utilizzata, è ciò che consegue ad un progetto. Ha quindi la storicità e la contingenza del progetto; progetto di un singolo, entro il contesto, così come progetto di un'organizzazione, di un sistema sociale.

- l'intervento che promuove sviluppo può comportare, anche, un'evoluzione dei singoli individui, in parte assimilabile alla correzione del deficit; tale processo, d'altra parte, avrà quale criterio di verifica la capacità del contesto di realizzare i suoi obiettivi, non la normalità individuale. In altri termini, si può dire che lo sviluppo individuale si realizza, sempre, entro un contesto. L'intervento in analisi, quindi, si differenzierà chiaramente, senza confusioni e sovrapposizioni, dalla terapia medica, acquisendo uno specifico valore psicologico.

iniziato a considerare una realtà intrapsichica univocamente ed acontestualmente considerata, orientata dalle "forze" dell'Io, dell'Es e del Super-Io; istanze psichiche che hanno ridotto le vicissitudini della vita mentale a processi "totalmente" intrapsichici.

- lo sviluppo può essere inteso quale modo di pensare le emozioni; in tal senso, lo sviluppo è identificabile come *competenza a convivere*, entro un sistema a *risorse scarse*. Sviluppo, in questa accezione, quale alternativa alla predatorietà che fonda la relazione di possesso. Si parla, nell'ambito della sociologia delle organizzazioni e dei sistemi sociali, di sviluppo compatibile. In quest'espressione si fa riferimento ai costi ambientali dello sviluppo, non alla competenza dei gruppi sociali, necessaria per realizzare questa "compatibilità" tra esigenze personali, condivise socialmente da un lato, e sistema contestuale dall'altro. Con l'espressione "*competenza a convivere entro un sistema a risorse scarse*", di contro, si indicano le coordinate che definiscono la competenza psicologica a realizzare sistemi di convivenza capaci di guardare alle risorse in chiave di sviluppo, non di distruzione. Fornari, a questo proposito, parlava di sistemi fondati sulla logica "*mors tua, vita mea*", contrapposti a quelli fondati sulla logica "*vita tua, vita mea*", ove compare la reciprocità simmetrica. Questo ci sembra un punto importante: la nozione di sviluppo può essere intesa quale accrescimento, senza limiti né remore, di un'economia, di un'organizzazione, di una competenza, di un interesse personale. Introducendo il limite delle risorse scarse, lo sviluppo si rende funzionale alla relazione tra l'oggetto dello sviluppo stesso ed il contesto. Questa nozione può essere interessante anche per definire i "limiti" dello sviluppo personale, all'interno di un'esperienza psicoterapeutica; se si vuole la terminabilità di un processo conoscitivo di sé, la relazione tra sviluppo e costi dello stesso.

- l'intervento fondato sullo sviluppo comporta, nelle singole persone come nei gruppi sociali, la contrattazione attorno ad un progetto di sviluppo. Formulare un progetto, entro l'intervento psicologico clinico, vuol dire individuare le risorse presenti nel sistema individui-contesto, più che sottolineare i problemi e le difficoltà, i disturbi o le devianze. Ciò non significa non vedere disturbi e difficoltà, ma comporta il considerarli entro un progetto di sviluppo, non quali scarti da un modello socialmente legittimato. Si tratta di un cambio di ottica, di prospettiva, di grande rilievo sia per chi pone la domanda d'intervento come per lo psicologo clinico.]

UN ESEMPIO

L'istituto dell'affido prevede che un bambino sia affidato provvisoriamente e reversibilmente ad una coppia di genitori "affidatari", quando i genitori naturali siano, per i motivi più vari, impossibilitati a provvedere alla normale vita ed educazione del bambino stesso. Come garantire che i genitori affidatari siano capaci del loro compito? Questo sembra un interrogativo importante, se si tiene conto che l'istituto dell'affido segue ad una diagnosi di insufficienza nelle funzioni genitoriali per la coppia dei genitori naturali. Ci mancherebbe altro che i genitori affidatari non fossero all'altezza del compito loro affidato. Alcuni psicologi hanno proposto di selezionare le coppie di genitori affidatari in base al loro stile di attaccamento: coppie con stile di attaccamento sicuro, è stato sperimentalmente dimostrato, sono più affidabili di coppie con stile di attaccamento diverso da quello sicuro.

La psicoterapia cognitivista diagnostica il disturbo che porta una persona dallo psicoterapista. Ciò comporta un duplice vantaggio: la psicoterapia si potrà ancorare ad una specifica diagnosi iniziale; la verifica dell'efficacia della psicoterapia sarà avvantaggiata dalla diagnosi iniziale, potendo riferire i propri criteri ad una recessione dei disturbi diagnosticati. Anche la diagnosi è fondata, almeno in parte, sulla teoria dell'attaccamento e sulle conseguenze che l'attaccamento comporta nel processo di adattamento dei singoli individui.

Ecco due esempi di una modalità "individualista" di considerare l'intervento psicologico.

Abbiamo pensato a questi esempi perché essi sono fondati su una teoria, quella dell'attaccamento, che si pretende fondata sul rapporto, non sulla singola persona.

Con la teoria dell'attaccamento si afferma che l'individuo è il risultato di una relazione; la relazione che ha intrattenuto con le figure che si sono prese cura di lui nella prima infanzia. La teoria dice anche che lo stile di attaccamento si trasmette, prevalentemente per via materna, entro una riproduzione intergenerazionale.

Interessante il possibile parallelismo con la teoria psicoanalitica, nella sua versione classica. Anche nella psicoanalisi si pensa che il Super Io (severo e duro, oppure più benevolente) si istituisca nel mondo interno dell'individuo sulla base delle relazioni che egli ha intrattenuto con le figure d'autorità nella prima o seconda infanzia. Anche qui, come afferma Strachey, la cura consiste nel sostituire il Super Io severo con un Super Io ausiliario, quale il paziente può esperire entro la relazione di transfert psicoanalitico. Nel caso della psicoanalisi, peraltro, è previsto un intervento di modificazione di quanto si è istituito nella relazione con le figure parentali, mentre sembra che la teoria dell'attaccamento non preveda interventi di tal fatta. Ma su questo torneremo più approfonditamente in seguito.

Nell'un caso come nell'altro, l'individuo sarebbe, nelle sue problematiche come nella sua normalità, il risultato delle relazioni educative precoci.

Nella psicoanalisi, d'altro canto, la nozione di normalità contrapposta a quella di patologia è più sfumata, meno cogente. Nella teoria dell'attaccamento, di contro, le evidenze sperimentali consentono di differenziare tra attaccamento sicuro e attaccamento problematico, nelle sue varie declinazioni.

Importante considerare che, nell'ambito di queste teorie sull'individuo quale risultante della relazione precoce con le figure di care giving, si abbia una distinzione precisa tra ricerca scientifica, con la conoscenza che essa comporta, e applicazione della conoscenza entro le varie dimensioni della relazione sociale.

Pensiamo alle madri affidatarie, migliori se con attaccamento sicuro. In questo caso, la decisione di selezionare le madri affidatarie con prove volte a misurare lo stile d'attaccamento, non risponde certamente alla domanda delle potenziali madri affidatarie. Esiste, nella istituzione dell'affido, un "terzo" dotato di una grande potere: quel terzo (sia esso rappresentato dal magistrato, dai Servizi Sociali, dalla più ampia cultura entro la quale l'affido si applica) che decide se applicare le norme sull'affido nei confronti dei genitori naturali; e, nel caso, a quali madri affidatarie affidare, appunto, il minore separato dalla coppia genitoriale naturale. Non stiamo, ovviamente, criticando l'istituto dell'affido; stiamo constatando come si tratti di un intervento spesso fondato sull'autorità di chi decide che la coppia naturale non è in grado di occuparsi del piccolo e affida di conseguenza il minore alla coppia affidataria. Decide, inoltre, quale coppia affidataria dia fiducia per il delicato compito al quale è chiamata. L'utilizzazione di una rilevazione dello stile di attaccamento consente a questo "terzo", dotato di potere, di selezionare le coppie affidatarie che con maggiore probabilità daranno buon esito nella prova alla quale sono chiamate. Già, ma quale sarà il buon esito?

Pensiamo, ad esempio, ad una situazione realmente accaduta nell'ambito di un comune del centro Italia.

Cinzia, una bambina di quattro mesi, viene "affidata" ad una coppia disponibile all'affido, scelta dal centro appositamente costituito nel comune di una città del centro Italia.

I Servizi sociali hanno deciso l'affido di Cinzia ad una coppia diversa dai genitori, sulla base di queste considerazioni: la famiglia d'origine ha uno stile di vita poco idoneo alla cura della bambina: è stata definita una famiglia *multiproblematica*, in quanto vive in un camioncino, i genitori sono senza lavoro, il padre è appena uscito dal carcere ed ha comportamenti, a volte, violenti. La madre ha dimostrato un forte attaccamento alla piccola Cinzia. Anche dopo il collocamento iniziale della piccola in una casa-famiglia, provvisorio ed in attesa dell'affido, erano frequenti le sue visite alla figlia; non vi erano quindi le condizioni per ipotizzare una scelta più drastica, quale l'adozione.

L'assistente sociale responsabile del caso si propone di costruire "l'accoppiamento più adatto" tra bisogno (esigenze del minore) e risorsa (aspiranti affidatari che hanno seguito l'iter formativo del centro).

Creato l'abbinamento, nascono i primi problemi: la coppia affidataria, che si "scoprirà" in seguito ancora intenta all'elaborazione del lutto per la propria sterilità, *si comporta come se Cinzia fosse la propria figlia*, nonostante gli

operatori avessero rimarcato, nel corso della formazione all'affido, la temporaneità dell'istituto dell'affido stesso, che ha quale obiettivo il rientro del minore nella famiglia d'origine.

Gli operatori pensano di ovviare al problema organizzando un incontro, settimanale e della durata di mezza giornata, tra la madre naturale, la madre affidataria e Cinzia. Ma gli incontri periodici, che dovrebbero consentire alla piccola di continuare a costruire un legame con la propria madre naturale, si trasformano in un problematico gioco di potere tra le due madri.

Gli operatori pensano, allora, di affrontare il problema chiedendo ad uno psicologo di monitorare gli incontri.

Molto ci sarebbe da dire su questo caso, in sé altamente problematico. Qui sottolineiamo soltanto il fatto *che la coppia affidataria si comporta come se Cinzia fosse la propria figlia*. Perché questo rilievo è vissuto, dagli operatori che si occupano del caso, come un problema? Ci troviamo, evidentemente, di fronte ad una problematica che non è propria della coppia affidataria: fare come se il minore affidato sia un proprio figlio sembra un'attesa importante e per certi versi scontata dell'affido. Certo, il "fare come se si trattasse del proprio figlio" non vuol dire un granché. Il problema, sembra evidente, si pone nella relazione tra coppia affidataria e operatori. Ci si può immaginare la preoccupazione degli operatori nel vedere come la relazione tra Cinzia, piccola e bisognosa di affetto, e la coppia affidataria sia affiatata e rilevante emozionalmente. Anche le ragioni di questa relazione affettiva sono in qualche modo prevedibili: un qualche motivo per il verificarsi di un forte legame emozionale tra coppia affidataria e minore dovrà pur esserci: si tratterà di un lutto non elaborato, si tratterà di una fantasia di genitorialità onnipotente, si tratterà di una competitività sociale, una "diagnosi" dell'evento (peraltro atteso, e guai se mancasse) la si può sempre trovare.

E allora? Allora si può ipotizzare che gli operatori siano preoccupati di due dimensioni contraddittorie ma, a loro giudizio, entrambe necessarie: i genitori affidatari debbono essere affezionati al minore loro affidato; i genitori affidatari debbono essere pronti a separarsi, quando gli operatori lo decideranno, dal minore loro affidato. Se prevale la seconda condizione, potrebbe trattarsi di genitori affidatari poco presenti emozionalmente al bambino; se prevale la prima condizione, potrebbe essere difficile il distacco. Questo, evidentemente, agli occhi degli operatori. L'intima conflittualità insita nell'istituto dell'affido (forte legame tra genitori affidatari e minore; capacità di separarsi dal minore quando il terzo lo richiede) caratterizzerà ogni esperienza in tale ambito; e non potrà essere che così, viste le condizioni "contraddittorie" che l'affido stesso comporta.

Qui subentrano due modalità di affrontare il problema: l'una che cerca i genitori affidatari migliori; l'altra che si pone il problema di accompagnare l'esperienza dell'affido, tenendo in considerazione tematiche e fantasie concernenti la coppia affidataria, come anche concernenti gli operatori e la coppia genitoriale naturale. Ma, soprattutto, gli operatori quale dimensione più fortemente a rischio perché più dotata del potere di valutare e di decidere.

Nel primo caso, l'intervento dello psicologo è fondato sulla sua competenza a prevedere i problemi dell'affido ed a ridurre le evenienze sulla base di una selezione delle caratteristiche individuali dei soli genitori affidatari. Mettendo a loro carico ogni possibile problematica dell'affido.

Nel secondo caso, di contro, è l'esperienza nel suo complesso che può essere analizzata, creando situazioni di sospensione degli agiti fantasmatici e di istituzione di un pensiero sulle emozioni che l'esperienza stessa motiva nei vari suoi protagonisti.

Si può anche pensare che le due iniziative possano andare di pari passo. Questo, d'altro canto, è improbabile perché, quando si assume l'ottica della selezione individuale, è poi difficile poter integrare tale ottica con quella di una analisi della situazione, così come si viene creando passo passo. Nel primo caso si guarda alle singole persone, nel secondo si guarda alla relazione. Nel primo caso la committenza non può venire che dal potere che presiede all'istituto dell'affido; nel secondo verrà solo da chi quella esperienza sta vivendo in prima persona.

INDIVIDUO E RELAZIONE: PRECISAZIONI E PROPOSTE

Stiamo parlando di due sistemi di relazione diversi:

1. la relazione può essere intesa quale *antecedente* (ad esempio la relazione con le figure genitoriali) che comporta specifiche conseguenze sui *singoli individui*; conseguenze che sono usualmente definite entro le categorie di normalità – patologia.
2. la relazione può essere intesa quale *oggetto* e *strumento* della psicoterapia o dell'intervento psicologico. In tal caso è la relazione che motiva il ricorso allo psicologo; quest'ultimo interviene attraverso la relazione e con una teoria della tecnica che orienta l'uso della relazione. Quest'ultima è anche l'oggetto dell'intervento, il luogo entro il quale si organizza la verifica dell'intervento stesso.

Che gli individui siano l'esito delle relazioni familiari originarie e che la loro personalità, le loro caratteristiche individuali e differenziali siano la risultante di tali relazioni, la psicologia lo ha affermato ripetutamente e con forza. L'importante non è tanto questo, quanto il vedere se l'unità d'analisi della psicologia sia l'individuo (esito delle sue relazioni), o sia piuttosto la relazione in sé. Quando l'individuo è l'unità di analisi di chi fa ricerca o intervento in psicologia, la relazione tra individuo e sistema sociale può essere sintetizzata entro le due seguenti eventualità:

a – l'individuo “sarebbe in grado” di perseguire la felicità, di realizzare le sue aspettative e i suoi desideri, *sapendo ciò che vuole*, se non dovesse confrontarsi con i limiti che il sistema sociale gli pone: limiti costrittivi, che vincolano e frenano la realizzazione personale;

b – l'individuo avrebbe “la necessità” di un rapporto sociale, e sarebbe disposto a subire i limiti e la sofferenza che la relazione comporta, pur di soddisfare questo suo bisogno “primario”, ancora una volta *sapendo ciò che vuole*.

Nell'un caso come nell'altro, si pone una netta distinzione tra individuo e sistema sociale, visto quest'ultimo come “altro” rispetto all'individuo stesso. L'individuo, inoltre, è dotato di aspirazioni, desideri, aspettative e spinte a soddisfare quanto egli desidera “individualmente”; il sistema sociale è visto in un caso quale limite, in un altro quale strumento facilitante la realizzazione delle aspettative individuali.

Ciò che caratterizza questa nozione di individuo, è la convinzione che egli *sappia ciò che vuole, ed anche ciò che desidera*. E' la convinzione che il desiderio sia chiaro all'individuo, che ne fondi il comportamento e che ne orienti le emozioni. Questa ipotesi che regola la relazione tra individui e sistema sociale sembra ignorare radicalmente il contributo della psicoanalisi, ove l'individuo *non sa ciò che vuole*, almeno entro la sua dimensione emozionale. *Affermare che le persone non sanno ciò che vogliono, significa fondare la polisemia emozionale del desiderio e delle emozioni*. Non si tratta, quindi, di contrapporre coscienza ad inconscio. Quanto di mettere in rilievo la primaria importanza del modo di essere inconscio della mente quale modo emozionale di simbolizzazione della realtà. Stiamo parlando della contrapposizione tra prima e seconda topica della proposta freudiana. La psicoanalisi contemporanea sembra aver, in gran parte, rinunciato alle profonde e interessanti intuizioni della prima topica, per seguire un sistema mentale intrapsichico che ha via via annacquato il modo di essere inconscio della mente; sino a farne qualcosa che assomiglia troppo all'inconscio cognitivo, svuotando di senso l'intuizione psicologica di Freud. Non è un caso che due studiosi “italiani” della psicoanalisi quali Franco Fornari e Ignazio Matte Blanco siano stati ignorati per lungo tempo e solo recentemente ricordati, più dagli studiosi delle scienze sociali che dagli psicoanalisti ortodossi. Fornari e Matte Blanco avevano, a loro modo, sottolineato l'importanza del sistema inconscio quale modo della mente, quale dimensione fondante la dinamica affettiva nella relazione tra individui e contesto.

Può essere interessante notare che le due prospettive ora delineate (individuo che potrebbe realizzare i suoi desideri se non vi fosse il limite del sistema sociale; individuo che ha bisogno della relazione, ed è disposto a soffrire pur di soddisfare questa sua esigenza) fondano specifiche dimensioni che abbiamo in altri lavori definite quali neo-emozioni: pretendere, controllare, diffidare, provocare, obbligare, lamentarsi, preoccuparsi. Si tratta di dinamiche relazionali, comprensibili entro l'emozionalità che organizza e fonda la relazione, ove è centrale la negazione dell'estraneità dell'altro; quella estraneità che consentirebbe lo scambio tra estranei e quindi l'integrazione produttiva della diversità.

Manca, nella prospettiva prima evidenziata, che contrappone individuo e sistema sociale, la visione *produttiva* della relazione che fonda il sistema sociale stesso: produzione di valori, di regole del gioco, di cultura della convivenza e di modi di relazione con il contesto sociale ed ambientale. Questa funzione di produzione, fondante il sistema sociale quale sistema di convivenza, storicamente e culturalmente definito, nonché differente nelle diverse culture, viene sacrificata nella visione individualista: dove il sistema sociale è "dato" acriticamente, e dove la funzione psicologica viene ridotta ad una prassi volta a definire le differenze individuali: con l'obiettivo di presiedere ad esse in una prospettiva ortopedica, di riconduzione alla retta via di chi si presenta alla diagnosi quale deviante. Differenze individuali che lo psicologo, quasi senza accorgersene, rischia di considerare come "naturalmente date"³; spetta quindi agli psicologi, in questa visione della professione e della scienza psicologica, individuare (appunto), diagnosticare ed eventualmente, quando ciò sia possibile, correggere queste caratteristiche individuali; nel caso in cui la correzione non sia possibile, lo psicologo pensa di avere il potere, delegatogli dal sistema sociale, di selezionare gli individui, al fine di un buon funzionamento sociale.

Quando l'oggetto della psicologia è l'individuo, ne conseguono differenti ed interessanti dimensioni:

- nel caso dell'individuo, alla domanda ed alla sua analisi viene sostituita la diagnosi delle caratteristiche stabili delle quali l'individuo è portatore. Portatore inconsapevole, evidentemente, tanto è vero che egli ha bisogno dello psicologo per avere una diagnosi dei suoi problemi/disturbi
- l'individuo è problematico, quindi, indipendentemente dalla sua "volontà". Non serve che una persona sia consapevole del suo problema; serve solo che accetti di subire diagnosi e terapia. Ciò comporta un elevatissimo potere in chi ha le categorie e gli strumenti per decidere se una persona è normale o patologica
- la ricerca scientifica propone dei tipi, differenziati sulla base di specifiche evidenze sperimentali. Sta al potere dello psicologo decidere quali di queste caratteristiche siano "normali" e quali siano "patologiche". Ad esempio, lo stile d'attaccamento può essere visto quale difesa del bambino nei confronti delle evenienze problematiche vissute nel rapporto con la madre. In tal caso il così detto "attaccamento insicuro" sarebbe una risorsa adeguata, come l'"attaccamento sicuro", in funzione del diverso modo che assume il rapporto tra bambino e madre. Oppure può essere visto quale caratteristica stabile dell'individuo, che si ripete fissa ed immutabile per tutta la vita dell'individuo, con capacità di riproduttività legate alla stabilità delle caratteristiche entro la funzione di cura della prole. E' molto importante sottolineare questo passaggio, perché l'evidenza sperimentale non ha il potere logico o storico di definire le potenzialità adattive dei differenti tipi; né in termini sincronici

³ Ricordo un recente articolo di Gad Lerner: "In quel suo parolaio sentirsi già in guerra [...] risuonano gli echi della "nouvelle droite" europea che non celebra più la superiorità razziale, ma insiste sulla "naturale" differenza tra gli esseri umani." Lerner G. 2005, Io, meticcio immigrato che Pera non vuole, *la Repubblica*, 30, 198, 1-17.

- né diacronici. Anzi, si potrebbe dire che l'adattamento umano è avvenuto, sino ad ora, anche grazie alla differenziazione dei gruppi sociali e delle caratteristiche individuali
- con l'individuazione (appunto) delle caratteristiche individuali, e con un intervento psicologico fondato sui tali caratteristiche, si perde il senso dell'interazione sociale e della fenomenologia culturale entro la quale ogni individuo è necessariamente ed indissolubilmente iscritto.
 - la cultura è considerata quale "dato" che forma e determina l'evoluzione degli individui che alla cultura stessa appartengono. Viene così destrutturato e perso ogni approccio costruttivista alla fondazione delle dimensioni culturali
 - manca una teoria del legame sociale quale fondamento di una lettura psicologica della relazione tra individuo e contesto

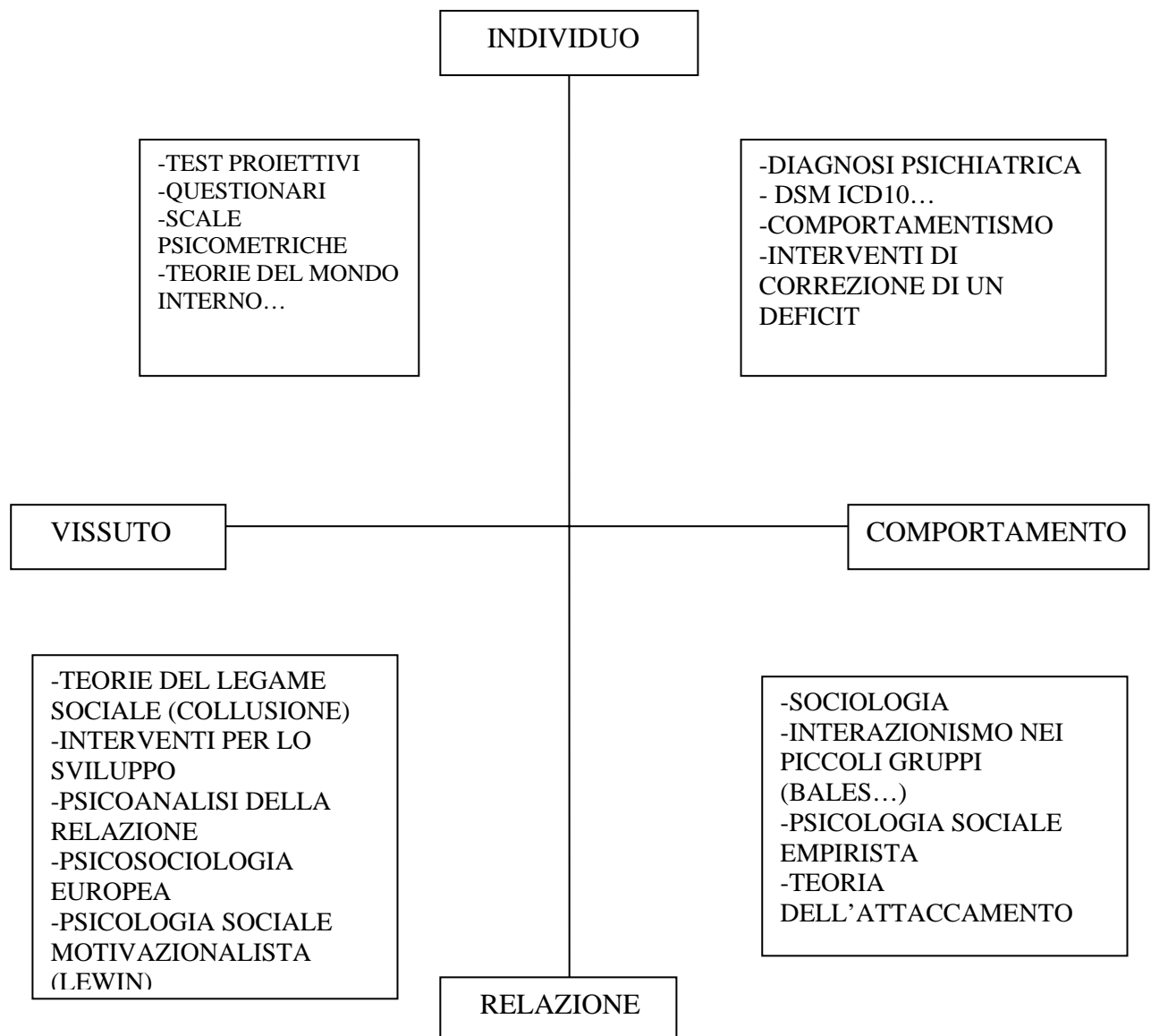
E' quest'ultimo punto che può indirizzare un approccio volto a promuovere sviluppo.

Da tempo abbiamo proposto una teoria psicologica del legame sociale: la nozione di *collusione*.

Ma la teoria della collusione si può comprendere solo a partire dal modo di essere inconscio della mente, considerando il legame emozionale quale motore di una costruzione del progetto di sviluppo entro le relazioni tra individui e contesto. Se si ritorna all'individuo, sia pur inteso quale prodotto di una relazione, o alla relazione quali unità di analisi e di intervento dello psicologo e dello psicoterapista, si potrà comprendere l'importanza di una teoria psicologica sul legame sociale. Per intenderci, la teoria dell'attaccamento non è, dal nostro punto di vista, una teoria psicologica del legame sociale. Mentre la teoria dell'inconscio, quale è stata proposta nella prima topica freudiana e quale è stata sviluppata da Matte Blanco, è una teoria del legame sociale. Rimando solo per accenni alla nozione di collusione (simbolizzazione affettiva del contesto condiviso da parte di tutti quelli che a quel contesto partecipano), alla nozione di cultura locale (il processo collusivo che caratterizza uno specifico contesto), alla nozione di analisi della domanda e di avvio del cambiamento entro i processi culturali (strutturazione del circolo metodologico: conoscenza – pensare su – nuova conoscenza – pensare su – nuova conoscenza...: è il cambiamento "metodologico" che l'analisi della domanda promuove).

Credo che l'intervento rivolto all'individuo e volto a correggerne i deficit; l'intervento rivolto alla relazione sociale e volto a promuoverne lo sviluppo siano le due modalità di attuazione della psicoterapia. Ciò che sostengo è la differenza tra le due modalità: differenza che potrà apprezzarsi in tutta la sua rilevanza se si approfondirà la domanda di psicoterapia presso che si rivolge allo psicoterapista, invece di dare la domanda stessa come "data" in base alle conoscenze ed alle convinzioni professionali dello psicoterapista stesso.

Vediamo di riassumere le differenti visioni del problema oggetto di analisi, presentando uno schema che contrappone su un primo asse: "vissuto e comportamento"; su un secondo asse: "individuo e relazione". Ne emerge un'area entro la quale è possibile situare gran parte delle impostazioni teoriche e pragmatiche della psicologia generale e della psicoterapia. Qui ne vengono accennate solo alcune.



Chi ha slegato Roger Rabbit?

*Correzione di deficit VS promozione di sviluppo in
psicoterapia:
implicazioni per la valutazione e per la ricerca
clinica*

di Pietro Stampa e Massimo Grasso

Premessa

La scelta del titolo di questo contributo ha origine, oltre che da ragioni di marketing (ci sono altri 5 simposî in contemporanea al nostro), dalla considerazione che la ricerca in psicoterapia è in larga misura caratterizzata da una (pericolosa) confusione tra fantasia e realtà.

Cartoonia (Toontown in originale) è il territorio della fantasia, in cui vigono non solo regole sociali, ma principi di funzionamento fisici del tutto diversi da quelli del mondo degli umani. Quando un umano si avventura a Cartoonia può perdere la vita in uno di quegli incidenti da cui Bunny o Wilcoyote si risolleivano incolumi - mentre i cartoni sembrano convivere abbastanza bene nel mondo degli umani: basta che accettino di rimanere dei non-cittadini, o degli esseri di rango inferiore, delle curiosità...

Facile e graziosa metafora dei rischi che ognuno di noi corre quando si ritrova - volontariamente e suo malgrado - ad addentrarsi nella propria personale follia, mentre spunti marginali di follia sono continuamente presenti nella nostra vita quotidiana.

Basta farsi un giro in autostrada e osservare (forse subire, anche) il comportamento standard di un automobilista italiano "medio".

Definireste un comportamento "normale" ignorare la distanza di sicurezza o sorpassare senza prima mettere la freccia a 130-150 chilometri orari? E immettersi da una rampa senza dare la precedenza, senza nemmeno guardare se dall' autostrada sta arrivando un' altra vettura? E gli automobilisti si accorgono al-

meno che questi comportamenti, statisticamente normali, sono folli?

Era solo un esempio, non intendiamo parlare di questo. Ci chiediamo però: quali indicatori scegliamo per affermare che una persona emotivamente sofferente, interiormente disarmonica, mal integrata in una rete di relazioni interpersonali – mettiamo che sia un paziente in psicoterapia – “sta meglio” o addirittura “guarisce”? Indicatori soggettivi piuttosto che oggettivi? Se oggettivi o oggettivabili, si possono rendere ostensibili in modo semplice e chiaro senza perdere informazioni preziose di tipo qualitativo? Ammesso che sia davvero importante quantificare i “progressi” esprimendoli in numeri, questi possono essere numeri reali? O non saranno numeri immaginari, come la radice quadrata di -1? (In un famoso racconto di Asimov, il comportamento incongruo stimolo/risposta di un animale portato sulla Terra da Marte veniva finalmente spiegato dai ricercatori inserendo nell' algoritmo dei tempi di reazione un numero immaginario).

Non siamo affatto sicuri che la psicologia clinica e la psicoterapia possano tollerare (non seguire o rispettare: letteralmente tollerare) le stesse regole di funzionamento delle scienze naturali e delle prassi che a quelle corrispondono, in testa la biologia, la medicina, la chimica farmaceutica... Ma diremo qualcosa anche di economia e forse di antropologia simbolica (e reciproca: Italia/USA, un po' come nelle *Lettres persanes* di Montesquieu, o in *Papalagi* di Scheurmann), di linguistica e di politica culturale.

Ammesso poi che l' immagine di Roger Rabbit “incastrato” in un sistema di regole che non comprende e non condivide, rappresenti i pazienti piuttosto che i terapeuti; e non siano semmai questi ultimi che meritano di essere “slegati” dagli schemi troppo rigidi d' una ricerca che troppo spesso non riconosce se stessa per come è: di fantasia.

Esploriamo, a questo proposito, alcune difficili situazioni cliniche, che dobbiamo, come si dice a comunicazioni personali.

Caso 1

Un uomo di 35 anni, impiegato in una ditta di informatica, chiede una consultazione psicologica in vista di una psicoterapia. Si occupa, specificamente, di virus informatici e, come ama dire fin dall'inizio, "è quando allenti la sorveglianza che il virus ti frega ...ma io sto all'erta".

La richiesta ha luogo anche sulla base delle forti insistenze in questo senso da parte della moglie; il rapporto, lui stesso lo ammette, è difficile e problematico: la donna si dice costantemente insoddisfatta e sembra non tollerare la sua visione del mondo, della vita, delle relazioni interpersonali; è insofferente nei confronti di quella che definisce la sua superficialità, la sua mancanza di sensibilità, ma anche della sua chiusura nei confronti di tutto ciò che proviene dagli altri e, in ultimo, della sua insensata gelosia. La donna gli rimprovera che, a causa del suo modo di fare, conduce una vita priva di legami amicali significativi e quindi povera sul piano delle relazioni sociali. Anche nel lavoro, a quanto sostiene la moglie, la sua carriera avrebbe potuto recargli maggiori soddisfazioni se solo abbandonasse quello che lei chiama il suo "egocentrismo". La donna non se la sente di progettare un figlio con lui che sembra non riconoscere i problemi che questo comporta: non si sente supportata nella difficile scelta "lavoro o famiglia o entrambi" e non sopporta il suo modo di dire preferito: "vedrai che tutto si aggiusta".

Il paziente si lamenta della difficoltà, incontrata anche in passato, a stabilire rapporti affettivi soddisfacenti, ma sembra fundamentalmente attribuirne la responsabilità alle donne che ha incontrato e che, dopo qualche tempo, si sono allontanate da lui. È convinto di aver sempre agito per il meglio, nel lavoro, nei rapporti con gli altri, con le sue partner: "forse" afferma "è proprio che le donne sono capricciose e non sanno bene nemmeno loro quello che vogliono. Io a una donna do tutto quello che può desiderare: non agiatezza, ma certo tranquillità dal punto di vista economico, cose normali ... non ho grilli per la testa, io. Ho molto faticato" continua "per raggiungere la posizione che ho: possiedo una casa decente, ho un buon lavoro, sono una persona normale e guardo positivamente al futuro. Sono convinto che le cose buone che mi capitano dureranno per sempre e le ho fatte io. Le cose negative, invece, capitano per caso e sono persuaso che è difficile che possano ripetersi. Che male c'è a pensarla così? Comunque, ero persuaso di tutto questo. Queste donne così difficili, quest'ultima soprattutto, mi stanno mettendo un po' in crisi. Dottore mi dica, in tutta sincerità," conclude "non è convinto anche lei che abbia ragione io e siano loro ad avere torto? Se è così, me lo dica, magari se non è troppo disturbo me lo scriva e così potrò avere il conforto del parere di un esperto e ritrovare la tranquillità".

Al collega, cui dobbiamo il resoconto, il caso apparve fin dall'inizio come particolarmente difficile. Egli ricorda di aver dedicato molto tempo alla definizione e alla negoziazione di un possibile progetto terapeutico con il paziente. Singolarmente complessa appariva la delimitazione di una reale e convinta motivazione "intrinseca" al lavoro terapeutico, così come sembravano fin dall'inizio problematiche da gestire le, per così dire, nuance di tipo "paranoideo" che di tanto in tanto parevano affiorare. Alla fine di un tale percorso, tuttavia, il collega giunge a definire con il paziente un possibile obiettivo condiviso: le cose, come l'esperienza segnala al paziente non sempre "si aggiustano", anzi spesso si complicano. Perché non provare a capire qualcosa di più di tali "complicazioni", invece che semplicemente evitarle? "Come con i virus" suggerisce il paziente "puoi limitarti ad eliminarli, come fa la maggior parte delle persone, o puoi metterti a studiarli per capirne il meccanismo dall'interno".

Anche se una tale formulazione, e la fantasia che ne è alla base, non soddisfa completamente lo psicoterapeuta, perché, ad esempio, ancora fortemente oggettivante il disagio, tuttavia essa viene ritenuta un utile punto di partenza per provare a mettere in discussione le "certezze", per così dire assolute, del paziente e proporgli, attraverso la metafora dell' "interno dei virus" un percorso autoriflessivo: il virus, il negativo, non è solo esterno a noi, ma forse un po' ci appartiene; ma poi cosa possiamo definire come assolutamente negativo (non è forse vero che i maggiori esperti di virus informatici sono spesso, allo stesso tempo, dei formidabili hacker?); l'assunzione della semplifica-

zione come regola di vita spesso ci fa solo sopravvivere (eliminare il virus), la complessificazione può aiutarci a vivere più pienamente, anche se è più difficile, forse più faticoso ecc. ecc.

Nel corso della terapia, con estrema difficoltà e con la necessità di dover costantemente riproporre il contratto terapeutico, il paziente sembra progressivamente sviluppare aspetti riflessivi. Il conflitto con la partner si precisa in termini di maggiore assunzione delle reciproche responsabilità, al punto che il paziente arriva a contestare alla donna il suo atteggiamento "lamentoso", negativista e distruttivo e la invita a fare qualcosa anche lei per modificare la situazione se è vero, come lei sostiene, che crede nella loro relazione e desidera che vada avanti. Il fragile equilibrio su cui si basa il rapporto sembra vacillare e ciò fa soffrire in modo particolare il paziente: se verrà meno anche questa relazione che accadrà? Sarà in grado di stabilire un nuovo rapporto, magari fondato su basi più solide?

È a questo punto che accade il fatto che vogliamo segnalare.

Il nostro, si è detto, è un informatico che ha dimestichezza con la rete e che la terapia ha forse contribuito a rendere più curioso, più esplorativo: ed è così che un bel giorno si imbatte in una vulgata di Seligman, il profeta del "pensare positivo" [autore, lo ricordiamo noi, di volumi dai titoli come "Learned Optimism" (1991) o, addirittura, "Authentic Happiness" (2002) fino a giungere al recente "Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification" (2004)] e scopre che la sua condizione ante-terapia, non solo non era contrassegnata da alcuna "anomalia", ma era addirittura, secondo i parametri di Seligman, da ritenersi auspicabile.

A commento di questo caso, possiamo dire che (il nostro paziente forse ne era ignaro, e probabilmente anche il collega) le opinioni di Seligman non sono da considerarsi come poco rilevanti e marginali rispetto alle riflessioni sulla salute mentale se trovano ospitalità sull'autorevole *American Journal of Psychiatry* in una rassegna curata da G. E. Vaillant (2003) come esito di un finanziamento del *National Institute of Mental Health*. L'autore considera infatti la "psicologia positiva" come uno dei sei diversi approcci empirici alla salute mentale particolarmente meritevoli di attenzione. Come scrive Vaillant¹:

Seligman si è dato da fare perché la psicologia positiva seguisse le regole di Meyer di studio coscienzioso ed imparziale e di sperimentazione costruttiva. Il concetto di Seligman di ottimismo appreso comprende in sé l'evoluzione empirica che si è sviluppata in psicologia cognitiva negli ultimi trent'anni.

...

¹ Per la traduzione italiana facciamo riferimento a quella di Carlo Fornesi, apparsa su *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 2004, pp. 465-490

La psicologia positiva è l'unico modello di salute mentale che lascia supporre la possibilità di innalzare un punteggio di 75 alla VGF² fino a 90.

Secondo il modello della psicologia positiva, la salute mentale si fonda, tra l'altro, sulla possibilità di implementare alcuni "punti di forza" che sono identificati nell'amore, nella temperanza, nella saggezza e conoscenza, nel coraggio, nella giustizia, nella trascendenza. In particolare viene data importanza all'ottimismo. Come scrive ancora Vaillant, e sembra di udire le parole del nostro paziente:

L'importanza dell'ottimismo per una buona salute mentale dipende da uno stile esplicativo di questo tipo: "Le cose buone che accadono a me dureranno per sempre. Sono pervasive e le ho fatte io. Le cose brutte che mi accadono capitano per caso, sono limitate ed è difficile che accadano di nuovo".

"Nihil tam absurde dici potest, quod non dicitur ab aliquo philosophorum" diceva Cicerone.

Caso 2

Una religiosa di 59 anni, chiede un intervento psicoterapeutico a causa a causa di alcuni fastidiosi disturbi somatici (difficoltà di digestione, coliche ricorrenti accompagnate da astenia e insonnia, ecc.) che, anche se da sempre in qualche modo presenti, si sono negli ultimi anni fortemente accentuati limitando notevolmente la sua vita. Le indagini mediche prescritte dal suo curante, numerose e approfondite, hanno dato esiti negativi. Per questo motivo il medico, che ha diagnosticato i malesseri della suora come "disturbi psicosomatici", le ha consigliato una psicoterapia.

La donna, che ha preso i voti all'età di 31 anni, definisce la sua fede come "salda e incrollabile", anche se sembra tollerare con qualche fatica le rigide regole e l'assetto fortemente gerarchico che caratterizzano la convivenza all'interno della casa religiosa in cui attualmente risiede. Laureata in Lettere, si è dedicata per qualche tempo all'insegnamento che ha lasciato, anche a causa dei suoi disturbi, circa un anno fa. Parla con calore e passione della sua scelta religiosa, si descrive come una persona "complicata", in eterno contrasto tra un'interpretazione della sua vocazione come ritiro dal mondo e preghiera da un lato (da giovane aveva addirittura pensato alla clausura "per riuscire a vivere in silenziosa letizia") e impegno nel sociale, con le sue contraddizioni, i suoi problemi, le sue difficoltà, dall'altro: adesso i suoi malesseri sembrano bloccarla, immobilizzarla, "depotenziarla" suggerisce lo psicologo che si occupa del caso. Ha un rapporto che definisce "difficile", di cui con fatica parlerà nel corso della terapia, con la superiora della sua residenza, sem-

² Valutazione Globale di Funzionamento. Si tratta di un criterio di valutazione empirica della salute mentale utilizzato nel DSM.

pre comunque mantenuto, si affretta a precisare, entro i limiti della corretta osservanza della regola dell'obbedienza.

Il lavoro psicoterapeutico sembra progressivamente slatentizzare, decolpevolizzandolo, l'atteggiamento critico e l'autonomia di giudizio della donna, al punto da metterla, in un primo tempo, in un aperto quanto sterile contrasto con molte delle sue consorelle, ma progressivamente consentendole di indirizzare, resoconta lo psicologo, la sua aggressività verso mete più costruttive. Si avvicina così, con convinzione, a posizioni lontane dalla rigida ortodossia fino a stabilire dapprima un contatto epistolare, quindi una vera e propria collaborazione che sfocerà in alcune pubblicazioni, con una combattiva teologa straniera favorevole al sacerdozio femminile. I disturbi psicosomatici per i quali quattro anni prima aveva richiesto la psicoterapia, pur se non completamente debellati, rimangono sullo sfondo della sua esperienza di vita, sembrano essere sufficientemente controllati e adeguatamente tollerati nelle loro, adesso più sporadiche, manifestazioni. A questo punto, di comune accordo con lo psicoterapeuta, la terapia si conclude.

Otto anni dopo, all'età di 72 anni, la donna muore a causa di un tumore a rapida evoluzione che l'aveva colpita due anni prima. Una volta venuta a conoscenza della sua malattia, la donna aveva contattato di nuovo, telefonicamente, lo psicologo al quale aveva confidato la sua infermità. Lo psicologo riferisce di averla sentita serena, anche se stanca e rassegnata all'esito infausto che aveva di fronte, soddisfatta delle sue scelte di vita e desiderosa di impegnarsi al massimo nel suo lavoro, dato il poco tempo che aveva di fronte.

I nipoti, affezionatissimi, ma che non hanno mai completamente condiviso le scelte che hanno caratterizzato l'ultima fase della vita della donna, vengono tuttavia a conoscenza, attraverso una trasmissione tv, di una ricerca che sembra aver rilevato che proprio le suore possono vivere più a lungo se accettano serenamente e senza conflitti la loro scelta. A tutta prima la notizia, raccolta confusamente durante una cena natalizia, non sembra avere un grande fondamento e appare come una delle tante "perle" che quotidianamente offre lo sciocchezzaio televisivo, per di più condizionata dalla melensa atmosfera di cui puntualmente la televisione si ammantava nell'imminenza della festività. Tuttavia qualcuno decide di andare più a fondo e trova che, invece, la notizia ha un fondamento più che serio: la ricerca sulle suore è stata effettivamente realizzata e pubblicata nel 2001 su un'importante rivista scientifica.

Il titolo non lascia dubbi: "Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study". Uno degli autori, D.A. Snowdon (2001), ha addirittura pubblicato un libro sulla stessa tematica: "Aging with Grace".

La ricerca rivela come a 180 suore ventenni sia stato chiesto di scrivere un'autobiografia di un paio di pagine. Tra quelle che avevano espresso in maggioranza emozioni positive, soltanto il 24% morì entro gli 80 anni, mentre tra quelle che avevano espresso emozioni meno positive il 54% morì entro gli 80 anni.

Alla cara zia, divenuta aggressiva e oppositiva, in una parola "negativa", erano dunque stati sottratti preziosi anni di vita: e tutto per una disinformata psicoterapia non scientificamente supportata.

L'ordine religioso cui apparteneva la donna viene informato e il giornalino dell'ordine (qualche milione di copie di tiratura in 12 lingue) pubblica un articolo di fuoco contro gli psicologi e la psicoterapia. Un legale si dice incuriosito dal caso e pensa ci possa essere materia per richiedere un risarcimento.

Del terapeuta non abbiamo più notizie.

Si parla, ma di questo non abbiamo alcuna certezza (si tratta forse solo di un gossip inconsistente), di una sua conversione al buddismo e addirittura di un ritiro, a causa di questa scelta religiosa, in un monastero buddista in terre lontane.

Forse perché, aggiungiamo maliziosamente e scherzosamente noi, grazie alla lontananza e al voto di povertà si potrà evitare il temuto risarcimento danni?

Anche a commento di questo caso, ci viene in soccorso l'ineffabile G. E. Vaillant (2003) cui più sopra abbiamo fatto riferimento che, nello stesso lavoro di review sulle concezioni più autorevoli e documentate di salute mentale, individua nella concettualizzazione della "salute mentale come benessere soggettivo" uno dei sei modelli cui prestare particolare attenzione per l'influenza che hanno avuto, che tuttora hanno e per le prospettive che aprono in tema di ricerca scientifica. Anche se l'autore si rammarica che storicamente gli europei siano stati

scettici rispetto all'interesse americano per la *felicità*³

sottolinea come il termine (*felicità*) presenti un'ambiguità di significato che ha prodotto non poche confusioni nel passato e che gli fa preferire il termine *benessere soggettivo*. Ma le cose sono fortunatamente cambiate. Egli, infatti, annota:

Fino a non molto tempo fa, i parametri scientifici del benessere soggettivo erano vaghi come quelli relativi alla salute mentale. Una definizione del 1967 suggeriva che una persona felice dovesse essere "giovane, sana, ben educata, ben pagata, estroversa, ottimista, senza preoccupazioni, religiosa, sposata, con un'autostima elevata, un buon lavoro, senso morale e ambizioni modeste" (Wilson, 1967).

Tuttavia negli ultimi trenta anni, puntualizza ancora il nostro, la ricerca ha mostrato che una generalizzazione così vaga è corretta solo parzialmente. C'è voluto, ad esempio, il già ricordato Seligman (2002), tra gli altri, per definire quali delle precedenti aggettivazioni debbano ritenersi corrette.

Così finalmente adesso sappiamo che "giovane, sana, ben educata, ben pagata, senza preoccupazioni e con ambizioni modeste" non possano più essere ritenute delle qualificazioni corrette della persona felice. La ricerca, seria

³ Corsivo nostro

e documentata, svolta in questi anni ha dimostrato che solo "religiosa, sposata, con un'autostima elevata e un buon lavoro" possono essere mantenute.

La comunità scientifica ringrazia, la più vasta comunità sociale si sente rassicurata.

È in questo quadro che, anche se con un discutibile salto di piano logico (ma si sa gli europei sono scettici!), troviamo le suore di cui al caso precedente. Felici e longeve, a certe condizioni (ma non era necessario essere anche sposati?).

Vaillant infatti sostiene che proprio quello studio, condotto su un campione di suore,

mette in luce probabilmente il legame più convincente tra felicità soggettiva e salute

Ma, ed è qui che il salto di piano logico diventa evidente, la felicità o benessere soggettivo che dir si voglia non ce lo possiamo tanto guadagnare: o lo possiedi o te ne fai una ragione. Annota infatti Vaillant:

In effetti il benessere soggettivo è ampiamente ereditario e relativamente indipendente dalle variabili demografiche.

Lo sapevate che il "benessere soggettivo di due gemelli omozigoti cresciuti separatamente è più simile di quello di due gemelli eterozigoti cresciuti insieme (Tellegen et al., 1988)"? O che "tra i fattori parzialmente ereditari che contribuiscono in modo significativo ad un livello elevato di benessere soggettivo vi è un basso livello del tratto di nevroticismo ed un alto livello del tratto di estroversione, l'assenza di alcoolismo e l'assenza di depressione maggiore (Diener et al., 1999)"?

Confessiamo che noi, prima di leggere il contributo di Vaillant, non lo sapevamo.

Anche se, come europei, ci assumiamo la responsabilità del nostro essere comunque scettici aprioristicamente (ereditariamente?), a questo punto, tuttavia, non riusciamo a non sentirci anche un po' confusi.

Fortunatamente, però, in quanto europei siamo anche religiosi e quindi, per rimediare al nostro "remare contro", invociamo il perdono dell'Altissimo.

Parziale gratificazione si dirà: forse otterremo qualche credito in più per la felicità eterna, ma quanto a quella terrena, se manteniamo questo atteggiamento scettico potremo scordarci (ricordate l'importanza di avere un buon lavoro?) di essere pubblicati su una prestigiosa rivista internazionale e di essere recensiti su uno studio così autorevole come quello citato: con tanti saluti all'*impact factor* e alla nostra credibilità scientifica nazionale e internazionale.

E sì che spazio ci sarebbe per dire qualcosa, in positivo, intorno alla salute mentale. Scrive ancora Vaillant:

Si può dire che i recenti principali manuali di psichiatria non riportino alcuna seria trattazione della salute mentale concepita in positivo, cioè non solo come assenza di sintomi. Una ricerca computerizzata negli *Psychological Abstract* a partire dal 1987 ha selezionato 57.800 articoli sull'ansia e 70.856 sulla depressione, ma solo 5.701 citavano la soddisfazione della propria vita e solo 851 menzionavano la gioia⁴ (Diener et al. 1999)

Ma ci sentiamo in difficoltà a condividere, ad esempio, la prospettiva che individua il processo di selezione all'interno del programma Mercury, quello che negli anni 60 consentì di scegliere i primi 7 astronauti americani, come il prototipo delle ricerche volte alla definizione scientifica della salute mentale. Scrive ancora Vaillant:

Questo studio ha sottolineato sia l'importanza della salute mentale che i suoi legami con il senso comune. I sette astronauti effettivi non avevano solo *curricula* lavorativi esemplari, ma erano anche capaci di amare. Tutti provenivano da famiglie *intatte e felici*⁵ di piccole cittadine. Intorno ai trent'anni, tutti si erano sposati e avevano avuto figli. Sebbene fossero avventurosi piloti collaudatori, avevano subito insolitamente pochi incidenti nei loro anni di attività come piloti, e anche nel periodo precedente. Potevano tollerare con facilità sia la stretta collaborazione interdependente che l'estremo isolamento. Si fidavano degli altri e non si lamentavano in situazioni di di-

⁴ Corsivo nostro.

⁵ Corsivo nostro.

saggio. Tolleravano bene sia le emozioni positive che quelle negative. Non essendo particolarmente introspettivi, gli astronauti indugiavano di rado sulle proprie emozioni interiori, ma erano capaci di descriverle se richiesto. Erano consapevoli dei sentimenti degli altri, ed evitavano le difficoltà interpersonali.

Ma soprattutto, "il punteggio del gruppo nella scala del nevroticismo del *Maudsley Personality Inventory* è stato descritto come il più basso di tutti i gruppi riportati in letteratura", come rilevò uno dei loro selezionatori, il capitano Perry (1965).

Se una tale descrizione deve ritenersi un valido esempio di ciò che può scientificamente intendersi per salute mentale, quale modificazione o innovazione può essere apprezzata rispetto ai modelli pre-scientifici che concepivano la salute mentale come un ideale utopico o la vedevano come strettamente connessa con la moralità, modelli dai quali Vaillant pure sostiene sia necessario prendere le distanze?

Ci sembra invece che queste affermazioni abbiano come riferimento principale più obiettivi di controllo sociale che non obiettivi "puramente" scientifici come si pretenderebbe di far credere. Tanto da rischiare di giungere ad un risultato paradossale: se la salute mentale è dovuta, ad esempio, al fatto di appartenere a "famiglie intatte e felici", tutti possono sentirsi in diritto di pretenderne una. Quali sono infatti le domande che Vaillant, di tanto in tanto, nel suo scritto si pone? Ad esempio, domande come queste:

Il concetto di salute mentale come "utopia" mette in crisi i politici che si occupano di salute pubblica. Essi temono, pur senza esprimerlo in modo diretto che questa prospettiva ... possa costituirsi come un pesante fardello per le assicurazioni sanitarie. È lecito aspettarsi che i programmi di assicurazione sanitaria debbano coprire i costi necessari ad aiutare le persone ad essere più felici e soddisfatte di se stesse? Nel tempo la società sarà costretta a decidere chi dovrà pagare per una buona salute mentale: gli individui, il sistema educativo, le assicurazioni, le organizzazioni sociali o tutti quanti insieme.

Ma, nessuna paura. La risposta, rassicurante per i politici, come accennavamo sopra c'è e, con ineffabile grazia, al momento opportuno

Vaillant, la cava dal suo cappello a cilindro da prestigiatore:

La risposta è che il benessere soggettivo esercita sull'ambiente un effetto più marcato di quanto non faccia l'ambiente sul benessere.

...

In altre parole, il benessere soggettivo è dovuto più a processi "dall'alto verso il basso" (*top-down*) cioè a fattori del temperamento che governano il benessere soggettivo - piuttosto che a processi "dal basso verso l'alto" (*bottom-up*) - come ad esempio la soddisfazione dei bisogni primari universali.

La risposta c'è, si diceva. E il cerchio si chiude. E, ancora una volta la fascinazione di Cortoonia, torna a farsi sentire: questa chiusura del cerchio non ricorda forse la *Little Orphan Annie*, creata negli anni venti da Harold Gray, l'indomita piccola orfana senza pupille che nulla riusciva ad abbattere?

Il cerchio comunque si chiude. Ma, è opportuno registrarlo, sempre con maggiore difficoltà.

A proposito di benessere soggettivo come prevalente sull'ambiente, quale scienziato gliela va a raccontare oggi nel settembre del 2005, questa scoperta, ai cittadini di New Orleans?

Probabilmente non Vaillant, che, *nomen omen* ammonivano gli antichi, proprio come il suo omonimo Michel Vaillant (ma qui la pronuncia è francese) personaggio dei fumetti (siamo di nuovo a Cartoonia), formidabile pilota di formula 1, creato nel 1957 da Jean Graton, da cinquant'anni continua a sfrecciare a trecento chilometri all'ora, sui circuiti di tutto il mondo, senza chiedersi dove sta andando: l'importante è prendersela con i "cattivi".

Se la definizione di salute mentale naviga in acque agitate, anche quella, complementare, di disturbo mentale non sembra avere miglior sorte. Prendiamo a riferimento, ad esempio, quanto scritto recentemente da J.C. Wakefield (2004), stimato ricercatore della New York University, il quale, pur polemizzando (2005) con Vaillant "a causa di alcune confusioni concettuali" e del fatto che "purtroppo il

suo articolo non contiene un'analisi concettuale né dei sei modelli presi individualmente né del concetto di salute in generale" (si diceva di Vaillant, il fumetto, di corsa, di corsa ... forse troppo di corsa); nonostante questo, dunque, non trova di meglio che attaccare quell'

improbabile amalgama di antipsichiatri, comportamentisti, postmodernisti e sociocostruzionisti [per i quali] non esiste nulla di simile ad un disturbo mentale inteso nel senso letterale di "disturbo", e cioè nel modo in cui il concetto viene utilizzato in medicina. Essi affermano piuttosto che le diagnosi di disturbo mentale sono semplicemente giudizi di valore relativi a categorie socialmente costruite di un comportamento disapprovato, giudizi che consentono di esercitare il potere medico, con scopi di controllo sociale, su condizioni che in realtà non consistono in disturbi.

Ma il rimedio individuato non sembra molto migliore del male.

L'assunzione da parte dell'autore di un modello che lui stesso definisce "ibrido", che nella formulazione di base cerca di mettere d'accordo prospettive bio-mediche e socio-politiche, rapidamente si arena nelle secche di una visione che non può che declinare il comportamento umano e i processi mentali se non come un'invariante avulsa dalla processualità storica e sociale.

Il concetto, che ne deriva, di disturbo come "disfunzione dannosa" scontenta necessariamente l'una e l'altra prospettiva. Scrive infatti l'autore:

In questo modello "dannosa" consiste in un termine valoriale che si riferisce a condizioni giudicate negativamente secondo gli standard socioculturali, e "disfunzione" in un termine scientifico fattuale basato sulla biologia evolutivista che si riferisce al fallimento di un *meccanismo interno*⁶ nell'esecuzione di una delle sue funzioni *naturali*⁷.

Ma, dovendo spiegare cosa viene inteso per "meccanismo interno" e "funzione naturale" inevitabilmente annota:

⁶ Corsivo nostro

⁷ Corsivo nostro

Userò l'espressione "meccanismo interno" come termine generale per riferirmi alle strutture fisiche e agli organi così come alle strutture mentali e alle disposizioni, quali ad esempio i meccanismi motivazionali, cognitivi, affettivi, e percettivi. Alcuni autori distinguono tra "disturbo" (*disorder*), "malattia" (*disease*) e "vissuto di malattia" (*illness*); io mi focalizzerò sul termine "disturbo" ovvero sul termine più ampio entro il quale rientrano sia le ferite traumatiche che la malattia, e che, di conseguenza, è vicino al concetto medico globale di patologia.

...

È necessaria una componente fattuale aggiuntiva per distinguere i disturbi dalle molte altre condizioni mentali negative che non vengono considerate come disturbi, quali l'ignoranza, la mancanza di abilità, la mancanza di talento, la poca intelligenza, l'analfabetismo, la criminalità, la maleducazione, la stupidità e la debolezza morale.

Non sappiamo se siete d'accordo, ma a noi sembra di tornare a sentire il rombo dell'auto di Vaillant (il fumetto): se si va troppo di corsa tutte le cose si appiattiscono e perdono le loro connotazioni e le loro differenze.

È vero che obiettivo di Wakefield non è solo quello di "difendere la psichiatria dagli antipsichiatri", i quali pretendono che il disturbo mentale non esista, ma anche quello di permettere "una critica dall'interno degli assunti impliciti della psichiatria criticando i criteri diagnostici del DSM perché spesso patologizzano condizioni normali": tuttavia le argomentazioni addotte, che meriterebbero ben altro spazio di analisi di quanto in questa sede ci sia concesso, ci sembrano particolarmente deboli e intrinsecamente contraddittorie.

Ne riportiamo, a titolo di esempio, due stralci:

È evidente, dalla documentazione storica ed antropologica, che i valori, le norme e le ideologie influenzano pesantemente ciò che le persone ritengono essere funzioni naturali, specialmente quando vi è un'insufficiente comprensione scientifica della "funzione" e della "disfunzione" (come avviene attualmente nel caso di molte caratteristiche mentali). Ma nulla di tutto ciò implica che il contenuto semantico del concetto di "funzione naturale" sia valoriale. Allo stesso modo, se i valori religiosi di una persona la conducono a rifiutare che la Terra ruoti intorno al Sole e ad affermare che la Terra ha meno di 7.000 anni, ciò non significa che i concetti "ruota attorno al

Sole" o "meno di 7.000 anni" siano concetti carichi di valori, essi sono concetti puramente fattuali, descrittivi, veri o falsi che siano, riguardanti la Terra, indipendentemente dai valori di ciascuno, anche se le credenze di ognuno circa la loro applicabilità alla Terra sono ampiamente influenzate, o addirittura interamente determinate, da valori.

Ma, il porre la questione in termini di "verità-falsità" delle affermazioni suddette non implica già, di per sé, il porsi entro una prospettiva valoriale? E non implica quindi, a seconda dei contesti, trarre le necessarie conseguenze da quelle stesse affermazioni? Wakefield dovrebbe provare a chiedere a Galileo che dovrebbe saperne qualcosa.

E ancora, se

noi pensiamo che i medici sudisti anteguerra fossero ampiamente in errore nel classificare gli schiavi fuggiaschi come affetti da "disturbo di fuga degli schiavi" (*drapetomania*)

il problema non è tanto, crediamo, stabilire l'accuratezza o meno di una tale diagnosi, ma chiedersi quali condizioni contestuali la abbiano resa possibile e, ancora una volta, quali conseguenze sul contesto una tale diagnosi abbia avuto.

E poi, c'è davvero tanta differenza tra uno schiavo "affetto" dal "disturbo di fuga degli schiavi" e il già ricordato cittadino di New Orleans giustamente, crediamo noi, disperato per quello che gli è successo e quello che continua a succedergli, ma quindi evidentemente non felice, e in base a ciò identificato non sano mentalmente in base al modello "salute mentale come benessere soggettivo", dove, lo ricordiamo ancora, il "benessere soggettivo" dipende da un fattore temperamentale in larga parte ereditario e sostanzialmente indipendente dall'ambiente?

A conclusione di questa prima parte, un'altra domanda vorremmo porre, riflettendo sul contributo di Vaillant come su quello di Wakefield.

Una domanda, ancora una volta, scherzosa e magari un po' provocatoria.

Di nuovo ci soccorre il *presagio* legato al nome come per Vaillant, anche per Wakefield.

Chi non ricorda il mirabile personaggio creato da Nathaniel Hawthorne, Wakefield, appunto?

Quel tale che una mattina qualunque del 1837 esce di casa, attraversa la strada, sale in un appartamento di fronte, si siede. E rimane lì, per venti anni, a guardare dalla finestra la propria assenza.

Che anche nel nostro caso si voglia guardare un'assenza per vedere (scusateci, siamo irrecuperabili e non possiamo non mescolare il sacro con il profano) per vedere, si diceva ... di nascosto l'effetto che fa?

La ricerca clinica indirizzata all'efficacia della psicoterapia intende registrare e misurare i "progressi" del paziente? In questo caso, dobbiamo chiederci verso quali modelli di "normalità psicologica" o di "salute mentale" sono orientati tali "progressi". I contributi cui abbiamo fatto cenno hanno cercato di fare il punto su cosa sia accettabile oggi intendere con espressioni come "normalità psicologica" o "salute mentale".

Ne abbiamo tratto qualche (non auspicabile, ma non impossibile) èsito paradossale, riportato in apertura di questo intervento. Come si arriva al paradosso? Semplicemente declinando le estreme conseguenze di una visione intrinsecamente ideologica del problema, non riconosciuta dagli autori.

In alcuni casi questa visione ideologica potrebbe essere espressa come una equivalenza del tipo

conformismo = normalità = salute

nella quale il sentimento di benessere soggettivo, psicologico e/o fisico, corrispondente all'adesione a valori e stili di vita correnti, o al riconoscimento dell'appartenenza a un settore della società, è assunto acriticamente e in modo lineare quale parametro fondante il giudizio clinico.

Non si tratta qui, evidentemente, di contrapporre a una visione ideologica basata sulla valorizzazione del conformismo, una visione

alternativa basata su altri valori (banalizziamo?, ma non tanto, poi: la creatività che nasce dalla differenza, la spiritualità che si alimenta di privazioni, il "comfortante peso della responsabilità" di cui scrive Musil...). Si tratta di comprendere che questi modelli sono già paradossali in sé, sotto il puro profilo del metodo.

La radice ultima del problema sta nell' uso in psicologia dei paradigmi scientifici su cui poggia la medicina.

(1)

Questo uso è altrettanto comune quanto improprio.

Alcuni anni fa, entro un gruppo di studio più allargato che si denominava "Circolo del Cedro", avevamo dedicato al tema un certo spazio di riflessione. L' idea di partenza (anche qui banalizziamo? non tanto...) è di enunciazione relativamente semplice.

In medicina la distinzione tra "normalità" in senso statistico e in senso clinico è oggetto di una letteratura ormai consolidata e chiara nella sua struttura concettuale (a cominciare, per citare solo un nome, da G. Canguilhem (1966)). La maggior parte delle persone ha certi disturbi, prodotti dalla stessa capacità adattiva dell' organismo umano a condizioni ambientali e a stili di vita individuali e collettivi in continuo divenire: ciò non toglie che tali disturbi vadano diagnosticati, curati, "gestiti", che se ne eserciti una adeguata prevenzione ove possibile, etc.

Questo atteggiamento della medicina è consentito della catena logica delle conoscenze che si snoda come una vera e propria gerarchia di saperi: fisica -> chimica -> biologia -> fisiologia -> patologia generale -> patologie speciali -> semeiotica... ognuna di queste aree disciplinari è "sostenuta" metodologicamente da quella che la precede nell' elenco.

Ora, grazie a questa "piramide" concettuale, si può stabilire quale sia il funzionamento "ideale" - e di qui "normale" in un certo soggetto e in condizioni date - di un organo interno; e quale sia il range di variabilità che probabilisticamente definisce la sua pos-

sibilità di continuare a svolgere la propria funzione nell' organismo; e (se possibile) come intervenire per far sì che la funzionalità stia dentro questo range. Se e quando ne supera i limiti inferiore o superiore, si definisce una patologia come difetto o eccesso: deficit anche in questo secondo caso, perché il punto è che la funzionalità "normale" è compromessa.

Impossibile applicare alla psicologia lo stesso quadro epistemologico. Non c'è nulla, nella vita mentale, che si presti a essere gerarchizzato, ordinato, studiato e meno che mai modificato secondo un procedimento logico lineare come quello sopra schematizzato.

Scriviamo appunto con il Circolo del Cedro (1991: pp. 5-6):

In assenza di una elaborazione teorico-tecnica che, già a partire dalla formazione universitaria, ancori la loro identità a una competenza intesa come "specifica" modalità di trattare i problemi posti dalla domanda sociale, gli psicologi clinici tendono a condividere una rappresentazione della loro professione come identificata-con o derivata-da "una" pratica: la psicoterapia.

Questa riduzione a un solo tipo di operatività porta a definire la professione attraverso parametri di *performance* piuttosto che di *competence*, ovvero come una modalità applicativa di tecniche che mima la relazione domanda/offerta tipica di altre professioni. In particolare, l' identificazione con la psicoterapia è, allo stesso tempo, espressione e fattore costitutivo del *modello medico dell' operatività psicologico-clinica*.

In esso vengono agite *fantasie collusive con la committenza* che tendono a strutturare un rapporto professionale caratterizzato dai seguenti aspetti:

- i problemi su cui si interviene vengono trattati *come se fossero largamente indipendenti dalla contestualizzazione socio-culturale del rapporto domanda/offerta*;
- l' efficacia della prestazione è fondata su una concezione del cambiamento di tipo lineare, ovvero come *intervento sui "disturbi" al fine di realizzare o ripristinare uno statomodello di "salute"*; così che
- viene praticata una modalità relazionale che presuppone *la dipendenza "integrale" del committente-utente (il "profano", cui non è riconosciuto un "sapere") dal "tecnico"*;
- la relazione tra problemi e prestazioni, in quanto si suppone fondata su leggi scientifiche e su "regole del gioco" consolidate dalla

tradizione, si esprime attraverso una *logica della prescrizione*.

L'ottica di questo modello trova una traduzione paradigmatica nella serie degli *ICD* e dei *DSM*, i quali prevedono:

- una nosografia dettagliata centrata sui "disturbi"
- una diagnostica differenziale che riconduce e riduce la domanda a quella nosografia;
- strategie terapeutiche centrate sull'eliminazione dei sintomi previsti dalla nosografia.

[...] Nella pratica privata gli psicologi-
psicoterapeuti tendono a restare legati alle "Scuole" di provenienza, riproducendone così, con il discorso, anche il mercato; i Servizi si prestano, così come sono designati nell'ordinamento sanitario del nostro Paese, a trattare i "casi" secondo *schemi pre-definiti, nei quali vengono assunte quelle porzioni della domanda che corrispondono ai modelli di intervento in cui gli operatori si riconoscono*. La dipendenza dell'operatività psicologico-clinica dal modello medico è inoltre rafforzata dalla disposizione gerarchica dei profili professionali, che è funzione della tradizionale predominanza nel settore sanitario della cultura medica, cui stenta ad affiancarsi una cultura psicologica autonoma.

Forse per quanto riguarda l'identità degli psicologi clinici e la loro formazione universitaria, le cose non stanno più proprio come quattordici anni fa. Ma possiamo ancora sottoscrivere le considerazioni di allora sui presupposti epistemologici della psicoterapia e sulle distorsioni che vi determinano.

Da dove è entrato il "modello medico" nella psicologia clinica e nella psicoterapia? Come scrivono Nesse e Williams [1994 (1999: p. 253)],

Potenti forze hanno spinto la psichiatria ad adottare questo "modello medico" per i disturbi psichici. Il cambiamento comincia negli anni Cinquanta e Sessanta, con la scoperta di trattamenti farmacologici efficaci contro la depressione, l'ansia e i sintomi della schizofrenia. Queste scoperte spinsero il governo [degli Stati Uniti] e le società farmaceutiche a stanziare fondi per la ricerca sulle correlazioni genetiche e fisiologiche dei disordini psichici. Per definire questi ultimi e poter confrontare dati provenienti da studi diversi, è stato creato un nuovo metodo di diagnosi psichiatrica che traccia un confine netto intorno a diversi gruppi di sintomi, invece di vedervi una gradualità ininterrotta di emozioni

causate da fattori psicologici, eventi del passato e momenti particolari della vita. Gli psichiatri delle università si interessano sempre di più alle cause neurofisiologiche dei disordini mentali. Le loro ipotesi sono trasmesse agli internisti nei programmi di formazione dei medici generici nei seminari. Infine, con il diffondersi delle assicurazioni sulla salute e la disponibilità di fondi federali per l'assistenza sanitaria, le associazioni degli psichiatri hanno cominciato a fare pressione perché i disturbi di cui si occupano siano considerati malattie organiche come tutte le altre, e di conseguenza godano della stessa copertura assicurativa.

Fatti della psichiatria americana, si dirà. Se certe sostanze modificano l'umore o il comportamento in un senso atteso e convergente con i desiderata del paziente, favoriscono gli stanziamenti a favore dei centri di ricerca, sono compatibili con le esigenze di controllo delle compagnie d'assicurazione, che male c'è?

Ma il "modello medico" è imperialistico, come lo è così spesso la cultura (per quieto vivere non diremo qui: la politica...) americana in altri settori della vita delle comunità. Dalla psichiatria "pratica" di impianto biologico il "modello medico" (e assicurativo) filtra nella psicoterapia: ricordate ad esempio il protocollo di intesa psicoterapeuta/paziente illustrato dal ponderoso e autorevole manuale (1986 [1989: pp. 586-87]) di Davidson & Neale? Era presentato in una forma grafica un po' scomoda da riprodurre, per cui lo riproponiamo così come era riassunto da uno di noi in un articolo di qualche anno fa (Stampa, 1990: p. 151):

Il terapeuta sottoscrive il proprio impegno a "cercare di aiutare il cliente" nel conseguimento di "obiettivi di modificazione del suo comportamento" che vengono accuratamente descritti in un apposito item; seguono: una descrizione puntuale delle tecniche da impiegare, e delle fonti nelle quali è rinvenibile l'indicazione clinica di quelle tecniche in rapporto ai disturbi del cliente; una previsione sulle date progressive alle quali è presumibile si presenteranno i miglioramenti attesi per il cliente; infine, una valutazione sulla probabilità che si presentino "effetti collaterali indesiderabili", che anche vengono descritti e di cui il terapeuta indica i metodi di monitoraggio. Il cliente, nella sua parte del documento, prende formalmente atto di tutte queste dichiarazioni, e a sua volta dichiara che fornirà al terapeuta tutte le informazioni

idonee a consentirgli il suo intervento professionale, così come sopra descritto; si impegna anche a pagare l' onorario pattuito, di cui viene precisato l' ammontare. Il documento è controfirmato anche da un testimone.

Impossibile, appunto, comprendere questa impostazione se non all' interno di un contesto che non conosce assistenza sanitaria pubblica se non per casi marginali e non certo per la psicoterapia, e nel quale le compagnie di assicurazioni private determinano il mercato, ponendo due condizioni rigide:

(a) che la diagnosi sia emessa secondo formulari standardizzati; (b) che il programma di cura sia *diagnosis related*, esattamente come in medicina e in chirurgia (*n* giorni per un' epatite virale; *n* giorni per un' ulna fratturata: quante sedute per una fobia?); (c) paziente e terapeuta concordino alla fine di ogni seduta un resoconto della seduta stessa, con una valutazione dello step raggiunto.

Come dire, una serie di richieste tagliate su misura per un approccio rigidamente medico e behaviorista.

Senonché la psicoterapia, in quanto intervento psicologico entro una relazione, non può adottare la stessa modellistica che si utilizza per un trattamento farmacologico. A meno che la psicoterapia non venga intesa come un intervento puramente anti-sintomatico... Ma qui, allora, avremmo ancora altre obiezioni.

(2)

Quale concezione utilizziamo della vita mentale, per definire "sintomi" alcune sue manifestazioni?

In apertura d' un libro uscito quest' anno, due di noi (Carli & Paniccia, 2005: pp. 23-42) hanno messo a confronto la modalità psichiatrico-psicopatologica di formulare una diagnosi e quella propria della psicologia clinica, improntata all' analisi del processo relazionale che sostiene la domanda.

Per la prima modalità è stato preso il caso "La caffettiera" tratto dal *casebook* del *DSM-IV* (Spitzer & al., 1994 [1997]). In breve. Il paziente è l' avvocato Evans, un uomo di 42 anni, inviato dal medico curante per una visita psichiatrica in relazione ai seguenti

sintomi: astenia, perdita delle motivazioni, sonnolenza, cefalea, nausea, tendenza al ritiro sociale e difficoltà di concentrazione, con prevalenza delle manifestazioni nel week-end. Evans è in buona salute, non c'è anamnesi medica significativa. Lavora circa 60 ore a settimana, con ritmi frenetici, dovuti ai numerosi e impegnativi compiti che gli affida il suo studio legale. (Notare qui un elemento del tutto "americano": Evans non è, evidentemente un libero professionista, come sono da noi quasi tutti gli avvocati che lavorano da soli o in piccoli studi, bensì un dipendente a stipendio presso uno dei tipici mega-studi che operano negli Stati Uniti, con pochi partner titolari e decine o centinaia di procuratori più giovani sottoposti a ritmi di lavoro massacranti. Qui in Italia li incrociamo solo nei libri di John Grisham o di Scott Turow, ma lì esistono veramente: e, per dirla tutta, Evans a 42 anni, dipendente e con 10-12 ore al giorno di lavoro, sembra essere un po' in ritardo nello sviluppo di carriera). Il paziente vede a stento la famiglia, trascorre il week-end in stato di inerzia, e questo è causa di qualche frizione, ma non di una vera e propria crisi coniugale. Lamenta anche difficoltà a prendere sonno. Ha precedenti di abuso di alcol, ma non beve da circa 5 anni. Sta cercando di smettere di fumare (da due mesi), e assume al lavoro 4 tazze di caffè al giorno, mentre se ne astiene, appunto per timore dell'insonnia, durante il week-end. (E qui un'altra notazione antropologica: il caffè che bevono abitualmente gli americani è preparato per infusione, consumato in tazze grandi come quelle da tè, ognuna delle quali contiene almeno il doppio di caffeina del nostro espresso. Il paziente è uno di cui diremmo, da noi, che di caffè ogni giorno ne beve 8-10).

La diagnosi è: sindrome da astinenza da caffeina. La cura è: cercare di bere meno caffè durante la settimana. Ma poiché questo non è possibile perché, ribatte il paziente, calerebbe il suo rendimento nel lavoro, in subordine bere caffè anche nel week-end, "visto che non vi erano controindicazioni mediche al suo regolare consumo di caffeina" (e la prevenzione cardiovascolare?...). Viene aggiunto che il paziente "accettò di convivere con l'ansia e la difficoltà a dormire, che origina-

riamente lo avevano spinto a sospendere il caffè nel fine settimana".

Ed ecco alcune osservazioni che si possono avanzare in proposito dal punto di vista psicologico-clinico (pp. 26-32):

È il tipico caso in cui il medico si trova confrontato con un insieme di sintomi, in parte somatici [...], in parte soggettivi, legati al vissuto della persona [...], in parte di difficile definizione (astenia, sonnolenza); sintomi ai quali il medico non riesce a dare una spiegazione (eziologica) di tipo somatico, sentendosi quindi legittimato all'invio allo psichiatra [...] Ora, che il medico si sia soffermato soltanto sui *sintomi* denunciati dal nostro procuratore quarantaduenne, si può capire.

Ciò che stupisce, di contro, è la diagnosi psichiatrica, fondata sulla rilevazione del disturbo da astinenza da caffeina. Allo psichiatra in questione non è venuto alla mente di capire qualcosa di più sul signor Evans che "lavora 60 ore a settimana, esercitando freneticamente la professione legale e che a mala pena vede la famiglia durante la settimana"? Non si è chiesto perché il signor Evans, al lavoro, "è spesso ansioso, agitato e costantemente indaffarato"? Non si è domandato i motivi per cui "frequentemente ha problemi a dormire durante la settimana, perché si preoccupa per il lavoro"? Tutta colpa del caffè? [...] Anche l'anamnesi, ove sono segnalati nel signor Evans alcuni passati "problemi" con l'alcol e con il fumo, dovrebbe far pensare. Di tutto questo, ad esempio del rapporto che il paziente intrattiene con il suo lavoro, dell'autostima, del suo livello d'aspirazione, della sua immagine professionale, del rapporto vissuto con colleghi e superiori entro l'organizzazione di cui fa parte, nemmeno una parola.

Soprattutto, nemmeno una parola del rapporto tra il paziente e lo psichiatra. O meglio: il rapporto inteso quale *dipendenza* del paziente dal medico, quella dipendenza che porterà lo psichiatra a prescrivere la sospensione dell'assunzione di caffè, è dato per scontato e non se ne fa parola in quanto implicito e culturalmente ovvio [...] A ben vedere, attribuire la perdita di motivazioni e la difficoltà di concentrazione, nel corso del fine settimana, all'assenza di caffeina è molto azzardato. È azzardato perché la diagnosi si avventura in un rapporto tra lavoro e motivazione da un lato, effetto farmacologico della caffeina dall'altro, ignorando completamente la simbolizzazione affettiva del lavoro e dell'impegno lavorativo in una persona che, palesemente, esplicitamente, parla delle proprie difficoltà in tale ambito [...] Il signor Evans - è lecito arguire tutto questo dal resoconto presentato - ha par-

lato dei suoi sintomi, prima al medico e poi allo psichiatra, per sottolineare il suo malessere nel fine settimana, ma anche per evidenziare il suo modo convulso di affrontare il lavoro nel corso della settimana. Parla della sua assunzione di caffè, è vero, ma parla anche del motivo per cui ne beve numerose tazzine: una sorta di stimolante, sia pur inadeguato, per poter sostenere il ritmo elevato del lavoro e l' impegno emozionale che il lavoro comporta per lui. Fermarsi all' assunzione di caffè, senza vederne le cause e senza cogliere ciò che il paziente comunica, è espressione di una miopia notevole e imbarazzante. Miopia che si rivela problematica, per l' inefficienza che comporta, nell' ambito del follow-up del caso: "Al signor Evans venne *consigliato* di ridurre il suo consumo di caffè durante la settimana, ma egli *constatò* di non poter funzionare adeguatamente senza il dosaggio abituale di caffè". Il povero signor Evans aveva fatto di tutto per comunicare il motivo del suo assumere caffè: la sua modalità frenetica di lavorare, l' ansietà e l' agitazione che il lavorare gli procurava. Nulla da fare: ciò che ne ricava, dalla consultazione psichiatrica, è il consiglio di ridurre il suo consumo di caffè. Si può capire, allora, la risposta del paziente che è del tipo: "Grazie, non importa".

Dunque: tagliando la dimensione relazionale, sia nella modalità "qui e ora" che in quella "là e allora", fuori dal processo diagnostico, si arriva con un' allegra scorciatoia alla "terapia" intesa come remissione sintomatica.

(3)

C'è poi, non ultima e non meno importante delle altre, la questione dell' autovalutazione da parte del paziente.

In un bell' articolo, anch'esso di qualche anno fa, "Sintomo" (1982 [1986]) Th. Sebeok affrontava l' argomento dal punto di vista della semiotica, mettendo in evidenza proprio lo scarto tra valutazione come impressione soggettiva "interna" o "esterna", e valutazione "esterna" come interpretazione clinica.

Provo a passarmi la lingua su un dente che mi fa male: mi sembra di sentire una cavità enorme: il dentista mi può mostrare usando i suoi specchietti che la carie è un forellino di dimensioni insignificanti. Ma più interessante: per un' architettura evolutiva del si-

stema nervoso il cuore, quando subisce un' offesa, produce dolore da un' altra parte, non in corrispondenza di dove si trova, nel torace, "un po' in alto a sinistra". Guai se a fare la diagnosi fosse un tizio che non conosce quell' architettura.

È ben vero che le cose non stanno sempre così: se mi taglio un dito affettando il pane, posso constatare da me la presenza di una lacerazione, potrei descriverla anche in modo abbastanza preciso... Ma poi, non è proprio così: se appena occorre valutare la profondità della ferita, l' eventuale interessamento di un tendine, la possibilità di un' infezione etc., mi accorgo subito che farei bene a non fidarmi delle mie osservazioni "ingenua": non solo perché incompetenti sotto il profilo della tecnicità (e tanto basterebbe), ma anche perché condizionate da fattori emozionali (terrore del sangue? trepida speranza di non essermi fatto niente di grave? spavalderia alla Danny Kaye di *Sogni proibiti* ("Capitano, cosa avete?" - "Nulla, è solo un braccio rotto!"))? preoccupazione di come dirlo alla mamma?...). La psicologia complica sempre le cose!

E perché allora ci fidiamo delle rappresentazioni soggettive della "normalità" e/o "salute mentale" che i pazienti riportano come autovalutazioni? Con l' espressione "ci fidiamo" si intenda: le utilizziamo come se fossimo quello che non sono, cioè valutazioni cliniche.

Ma immediatamente legato a questo, ritroviamo il problema della quantificazione. Per quanto concepiti appunto per "obiettivare" i giudizi su di sé da parte dei soggetti di ricerca, e anche ammettendo l' indiscutibile vantaggio della facilità di somministrazione e di scoring, è opinione condivisa da molti che gli strumenti di self-report abbiano il drammatico limite di non riuscire a rappresentare né le caratteristiche implicite del funzionamento psicologico, né la discrepanza tra queste e il funzionamento psicologico esplicito; e, soprattutto, che possano cogliere le sfumature, i processi psichici più sottili, con la stessa finezza di un clinico dotato di esperienza e sensibilità. (cfr. per es. Barron, 1998 [2005: p. xi-xii]).

Scrivo a riguardo McWilliams (1998 [2005: p. 204]):

Dovrei dire esplicitamente che, secondo me, i limiti della soggettività (per esempio, distorsione al servizio dei bisogni personali dell'osservatore, i limiti imposti dalle identificazioni e dalle associazioni di quest'ultimo, l'impossibilità di costruire una scienza cumulativa affidabile e valida) non sono peggiori di quelli dell'oggettività (per esempio, il fatto che essa ignori i dati che non possono essere operazionalizzati, manipolati o studiati per mezzo di studi clinici randomizzati; la frammentazione di problematiche complesse e interrelate necessaria a renderle oggetto di ricerche empiriche). Inoltre, anche se non credo che l'intuizione sia una forma di saggezza mistica, rispetto le prove a sostegno dell'idea che tra gli esseri umani possano aver luogo processi comunicativi preverbalmente non riconducibili a un letto di Procuste di dati osservabili e misurabili in modo oggettivo. Per la mia esperienza, questi atteggiamenti sono comuni tra le persone che per temperamento sono portate al mestiere di psicoterapeuta, una sensibilità che inclina più alle dimensioni impressionistiche che a quelle quantitative e positiviste.

Punti di vista numerosi e diversificati, conclusioni convergenti. Si pensi alla lucida, scomoda autocritica di Hathaway (1972 [1989]), ideatore con McKinley del MMPI, che alla fine di una carriera interamente segnata dal successo del più celebre e utilizzato fra tutti i test psicodiagnostici, ammetteva di non riuscire a immaginare nulla di meglio, per una valutazione di personalità, che un colloquio clinico condotto da un professionista esperto. E ciò proprio perché, a suo avviso, i metodi di quantificazione dei fattori di personalità sono intrinsecamente inadatti a contenere la complessità del costrutto studiato. Non si possono applicare allo studio della personalità

gli stessi strumenti matematici e gli stessi disegni di ricerca che sono serviti per risolvere problemi in altri campi della scienza [...] L'analisi fattoriale, l'analisi della varianza e altri feticci sono procedure standard per l'analisi della personalità, ma ciò che non va nei test è stato causato proprio dall'applicazione di queste metodologie statistiche.

Né ci sembrano sfuggire a questa vera e propria trappola epistemologica i tentativi più

sofisticati di impostare in senso quantitativo la valutazione clinica, segnatamente entro i progetti di ricerca sull'efficacia delle psicoterapie. Così uno di noi (Grasso, 2005) ha sintetizzato i termini del problema:

Ricordate senz'altro la felice espressione proposta da Luborsky (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975) a proposito di uno dei più "inattesi" risultati iniziali di tale ricerca: il cosiddetto *paradosso dell'equivalenza* tra i vari modelli di psicoterapia.

Recuperando un bizzarro personaggio dell'*Alice* di Carroll, l'uccello Dodo, Luborsky fa proprio il suo famoso verdetto: "Hanno vinto tutti, e tutti debbono ricevere un premio". Ciò per affermare, con riferimento ai disegni di ricerca del tipo così detto *horse race*, l'impossibilità di stabilire un primato di uno o più modelli rispetto ad altri. Tutti alla pari dunque, anzi per meglio dire tutti in grado di conseguire un successo e quindi tutti degni di stima ed apprezzamento.

Va tuttavia notato che in *Alice* non si parla di *horse race*, bensì di *caucus race*. E la differenza è fondamentale. L'espressione in italiano è stata tradotta come *corsa elettorale*, e fa effettivamente pensare agli equilibrismi dialettici di cui danno prova i portavoce dei vari partiti politici all'indomani di una competizione elettorale: proprio come nel verdetto di Dodo, tutti hanno vinto.

È fin troppo palese dove risieda il "trucco": ognuno confronta il proprio risultato con il termine di paragone che più gli torna comodo. Proprio come nella *caucus race*, dove come si ricorderà il Dodo propone ai vari animali che si sono inzuppati delle lacrime di Alice la singolare sfida: traccia una pista vagamente circolare (la forma esatta non è importante), li distribuisce un po' qua un po' là, non dà nessun segnale di partenza (ognuno parte quando vuole e si ferma quando vuole). E in conclusione, dopo il grido "Fine della corsa!" e dopo lunga meditazione, il verdetto: "Hanno vinto tutti, e tutti debbono ricevere un premio".

Il verdetto di Dodo non solo descrive in maniera icastica la paradossale conseguenza di un'incredibile mole di ricerche diverse, ma soprattutto segnala il pressappochismo procedurale e la povertà di contenuti teorici che ha caratterizzato soprattutto la prima fase della ricerca sull'efficacia della psicoterapia, la fase dell'*outcome research*: la mancanza cioè di principi metodologici condivisi (*ognuno parte quando vuole e si ferma quando vuole*), all'interno di contenitori teorici approssimativi (*una pista vagamente circolare, la forma esatta non è importante*). La recentissima analisi cri-

tica di Drew Western & coll. (2004) Mi sembra ponga in risalto proprio le difficoltà metodologiche insite in gran parte degli studi clinici effettuati e la pericolosità di un' estensione generalizzata delle conclusioni raggiunte in tali studi alla pratica clinica "reale". E metto tra virgolette "reale".

Appunto, chi è che vive nel mondo "reale", e chi (stabilmente? da pendolare? senza saperlo?...) a Cartoonia?

Riferimenti bibliografici

- Barron, J.W. (ed., 1998), *Making Diagnosis Meaningful. Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*, Washington D.C., American psychological Association – Trad it. (2005), *Dare un senso alla diagnosi*, Milano, Cortina
- Canguilhem, G. (1966), *Le normale et le pathologique* – Trad. It. (1975), *Il normale e il patologico*, Rimini, Guaraldi
- Carli, R. (1997), I porcospini rivisitati, in *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2: pp. 89-98
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2005), *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*, Bologna, Il Mulino
- Circolo del Cedro (1991), *La formazione alla competenza in psicologia clinica*, fascicolo stampato in proprio e distribuito in occasione del seminario a inviti del 19 novembre, Roma, sede del Ministero dei Beni Culturali; poi in *Rivista di Psicologia Clinica* (1991), 3: pp. 249-259
- Danner D.D., Snowdon D.A., Friesen W.V (2001), Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study, in *J. Pers. Soc. Psychol.*, 80: pp. 804-813.
- Davidson, G.C. & Neale, J.M. (1986⁴), *Abnormal Psychology. An Experimental Clinical Approach* – Trad it. (1994), *Psicologia clinica*, Bologna, Zanichelli
- Diener E., Suh E.M., Lucas R.E., Smith H.L. (1999), Subjective well-being: three decades of progress, in *Psychol. Bull.*, 125: pp. 276-302.
- Grasso, M. (2005), *Psicologia clinica come correzione di un deficit o come promozione di sviluppo negli insegnamenti delle Facoltà di Psicologia e di Medicina*, Relazione al Convegno "Formazione e Ricerca in Psicologia Clinica", Ischia, aprile 2005
- Grasso M. Salvatore S. (1997), *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*, Milano, Angeli
- Hathaway, S.R.. (1972) Where Have We Gone Wrong? The Mystery of the Missino Progress, in Butcher, J.N. (ed.), *Objective personalità Assessment*, New York, Academic Press – Trad. It. (1989), Dove abbiamo sbagliato? Il mistero del progresso scomparso, in Del Corno, F. e Lang, M. (eds.) *La diagnosi testologica*, Milano, Angeli. (Nota - In un intervento dal titolo *Che cosa si studia oggi nelle Facoltà di Psicologia?*, in rete dal marzo 2004 sul sito www.repubblica.it, U. Galimberti, che si sofferma a lungo sulla vicenda, fa rilevare che nell' edizione del 1997 dello stesso volume è stato espunto il solo contributo di Hathaway: e senza tanti giri di parole, lancia l'ipotesi del complotto. Gustoso? Scandaloso? Irrilevante? Patetico? Certamente molto italiano...)

- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975), Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everybody Has Won And All Must Have Prizes"?, in *Archives of General Psychiatry*, 32: pp. 995-1008
- McWilliams, N. (1998 [2005]), Relazione, soggettività e inferenza nel processo diagnostico, in Barron (ed.)
- Nesse, R.M. & William, G.C. (1994), *Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine* - Trad. It. (1999), *Perché ci ammaliano?*, Torino, Einaudi
- Perry C.J.G. (1965), Psychiatric selection of candidates for space missions, in *JAMA*, 194: pp. 841-844
- Peterson C., Seligman M.E.P. (2004), *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*, Oxford, Oxford University Press
- Seligman M.E.P. (1991), *Learned Optimism*, New York, Simon & Schuster
- Seligman M.E.P. (2002), *Authentic Happiness*, New York, Free Press
- Sebeok, Th.A. (1982), Symptom, relazione letta al *III Semiotisches Kolloquium der Deutschen Gesellschaft für Semiotik*, Hamburg 4-8 ottobre - Trad. It. (1986), Sintomo, in *Giornale Italiano di Psicologia Clinica*, I, 1: pp. 45-57
- Snowdon D.A. (2001), *Aging with Grace*, New York, Bantam
- Spitzer, R.L. & al. (1994), *DSM-IV Casebook*, Washington D.C., American Psychiatric Press - Trad. It. (1997), *DSM-IV; casi clinici*, Milano, Masson
- Stampa, P. (1990), "Malpractice". Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell' errore in psicologia clinica, in Colamonic, P., Montesarchio, G. & Saraceni, C., *Psicodiagnostica e psicoterapia*, Roma, SIRP
- Tellegen A., Lykken D.T., Bouchard T.J., Wilcox K.J., Segal N.L., Rich S. (1988), Personality similarity in twins reared apart and together, in *J. Pers. Soc. Psychol.*, 54: pp. 1031-1039
- Vaillant G.E. (2003), Mental Health, *American Journal of Psychiatry*, 160: pp.1272-1284
- Wakefield J.C. (2004), Realtà e valori nel concetto di salute mentale: il disturbo come disfunzione dannosa, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4: pp. 439-464
- Wakefield J.C. (2005), Il concetto di salute mentale: una critica a Vaillant, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1: pp. 91-96
- Western, D., Morrison, K. & Thompson-Brenner, H. (2004), The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials, in *Psychological Bulletin*, 130: pp. 631-633
- Wilson W. (1967), Correlates of avowed happiness, in *Psychol. Bull.*, 67: pp. 294-306.

Quale empiria per la ricerca in psicoterapia.

di Rosa Maria Paniccia

La ricerca sperimentale mette fuori dal laboratorio, e più in generale dai suoi strumenti, la relazione. L'agito di dinamiche di potere, che organizza una relazione che non sia oggetto di conoscenza, l'hanno caratterizzata da sempre. Sia all'interno del laboratorio, che entro il progetto che lo istituisce e ne utilizza i risultati. Questo non impedisce di ottenere esiti interessanti. A meno che l'oggetto di studio non sia la relazione. La nostra ipotesi è che senza strumenti di studio psicologico clinici della relazione, le dinamiche di potere invadano la ricerca in psicoterapia, impedendone significativi avanzamenti. Diremo le considerazioni dalle quali siamo partiti, e faremo alcune proposte.

Nella letteratura sulla ricerca in psicoterapia, appare un dato evidente: le ricerche sulla domanda dei clienti sono scarse, se non assenti. Sappiamo poco o nulla delle attese di chi potrebbe rivolgersi agli psicoterapeuti, o di chi li ha consultati; di cosa si pensa di poter ottenere da una psicoterapia, o di come se ne valutino i risultati, nel caso che si sia avuta un'esperienza psicoterapeutica. Questa assenza è interessante. Perché c'è, e perché è poco notata e commentata. Evidentemente, la domanda è vissuta come ovvia. Non si pensa di dover conoscere la domanda di psicoterapia. Non si ritiene che la sua esplorazione dia indicazioni indispensabili sia nei porsi obiettivi, che nel verificarli.

Anche gli obiettivi della psicoterapia spesso vengono dati per scontati. Ci si aspetterebbe, invece, che se ci si impegna in una verifica, si espliciti dove si voglia andare a parare, per poter effettuare un confronto tra gli scopi che ci si era prefissi e quelli perseguiti. Verificare la realizzazione dell'obiettivo non è mera operazione di controllo, dove si misurano gli scarti dall'esito atteso, ma è occasione indispensabile, se si hanno intenti di ricerca e non di monitoraggio di una prassi acquisita, per mettere in discussione gli stessi obiettivi perseguiti. Nel caso della psicoterapia invece, spesso si procede come se fosse ridondante precisare cosa si intenda conseguire. Si dà per scontato che sia una guarigione o qualcosa di assimilabile ad essa, come la risoluzione di un disagio, la diminuzione di una sofferenza, il ripristino di capacità normali di adattamento, la riduzione di un deficit. Non si dichiarano le premesse circa le teorie dell'adattamento e dell'intervento che sostengono tali intenti.

Al silenzio su domanda e obiettivi della psicoterapia, deve corrispondere una cultura implicita e condivisa (collusivamente, diremmo noi) di tale utilità e forza, da giustificarlo. La premessa taciuta alla psicoterapia come correzione del deficit, si fonda da un lato su una concezione individualista e acontestuale dei fenomeni sui quali si interviene, dall'altro sul modello di intervento proprio della medicina. Quello della diagnosi, prognosi, terapia per il ripristino di una situazione il più possibile vicina alla norma del funzionamento di un organismo. Dando per acquisito che il contesto nel quale tale organismo individuale vive e si adatta sia di per sé funzionante. O al più, sia oggetto di altri modelli di lettura e altri strumenti di intervento, in altre occasioni e per altri specialisti. L'ipotesi che l'ambiente di riferimento sia efficacemente funzionante è molto importante. Senza di essa, non sarebbe possibile l'intervento come riconduzione alla norma di un individuo che presenta una disfunzione nell'adattamento. Per il ripristino di una situazione il più possibile vicina alla norma, rivolto a un individuo di cui si considerino caratteristiche acontestuali relativamente stabili, ciò che serve è una diagnosi del deficit di cui quest'ultimo è portatore. Il riferimento alla psicopatologia sostituisce obiettivi e domanda.

Queste considerazioni sono già state proposte più volte. E' imbarazzante ricordare, quante volte e da quanto tempo sia stata avanzata la critica del modello medico e dell'individuo acontestuale come riferimento per l'intervento psicologico clinico. Da Carli, Grasso, Salvatore, Stampa, il Circolo del

Cedro ed altri. Imbarazzante, perché in letteratura non si dibatte di tale critica, sia pure con argomentazioni che ne dimostrino la poca fondatezza; semplicemente, non se ne parla. Forse è talmente priva di senso, che va ignorata. Obiettiamo che ci sono retoriche più convincenti dell'ignoramento per controbattere un'ipotesi scientifica poco valida. Rimangono così i motivi per reiterare la critica. Ma non si può non essere interessati alla comprensione del suo insuccesso.

Riteniamo che l'insuccesso della critica alla psicoterapia come riduzione del deficit e riconduzione alla norma, derivi dalla grande forza, efficacia ed utilità del conformismo. Quando ci riferiamo al conformismo pensiamo al modo con cui Bruner definisce la cultura e ne indica le funzioni di adattamento. Il conformismo offre un codice condiviso e una cultura comune ad alcune delle principali agenzie implicate nell'operazione di verifica, dalle amministrazioni che erogano fondi, alle istituzioni che controllano qualità e attendibilità dell'offerta psicoterapeutica, ai gruppi di ricerca.

Agli psicologi che affrontano l'esame di stato, viene proposto di prepararsi a risolvere il cosiddetto 'caso clinico' studiando tanto il DSM4 che manuali che al DSM4 fanno riferimento. Senza nessuna altra fondata ragione, che non sia quella di ancorare la legittimazione della professione alla correzione del deficit. Ragione ritenuta essenziale, nonostante questo addestramento diagnostico, fuori dal contesto dei servizi psichiatrici dove può trovare una sua utilità, senza nesso con una prassi di intervento, privo di qualsiasi riferimento alla psicologia, comporti costi molto rilevanti sotto il profilo dell'identità e della competenza professionale degli psicologi implicati. L'impostazione conformista dell'esame di stato permette di sostenere alcune pretese della professione psicologica, nei confronti di professioni concorrenti e delle agenzie di controllo. Di avere, ad esempio, un ordine professionale, o leggi che prescrivano la presenza di psicologi entro differenti situazioni, a loro volta controllate da quelle agenzie. Pensiamo, ad esempio, all'atteso psicologo scolastico.

Poiché riflettere sul conformismo, le sue ragioni, la sua efficacia, ma anche i suoi limiti e i suoi fallimenti, è al centro della nostra proposta su una teoria della relazione, quindi della psicoterapia, la questione ci interessa particolarmente. Il conformismo non esaurisce il problema dell'adattamento, poiché lascia irrisolte tematiche centrali come il cambiamento, i casi di fallimento dell'adattamento che non possono essere attribuiti a deficit individuali, il conflitto. L'interesse per la relazione e la sua genesi psicodinamica, ci ha offerto delle ipotesi su tali questioni. La relazione e la dinamica inconscia che la organizza è importante per le nostre proposte teoriche; abbiamo ipotizzato una mente che ha un funzionamento fondato sul principio del terzo escluso, ma anche una funzione emozionale che permette di entrare in relazione con gli altri, e che con le sue caratteristiche polisemiche riformula e cambia le categorizzazioni acquisite.

Ripercorriamo i punti essenziali del rapporto conformismo-psicoterapia. La riduzione del deficit, dando per scontato che si interviene sull'individuo e non sulla sua relazione con il contesto, contesto che viene così assunto come adeguato per definizione, adotta criteri conformisti. Se la psicoterapia adotta un'ottica conformista, si possono dare per scontati sia gli obiettivi che la domanda.

Il conformismo mette d'accordo tutti gli attori in gioco, senza bisogno che si esplorino le loro attese. Attori in gioco che vanno ben oltre la coppia psicoterapista - paziente. Se una persona arriva sistematicamente in ritardo al lavoro senza riuscire a correggere tale comportamento, e va da uno psicoterapista perché lo aiuti a risolvere il problema, lo psicoterapista si adopererà perché questa persona diventi puntuale. Tutto fila. C'è perfetta concordia tra l'azienda che impiega la persona, che risolve la grana di un impiegato sempre in ritardo, la persona stessa, che non dovrà più temere per la propria posizione lavorativa, la famiglia e gli amici, che non dovranno più preoccuparsi per lui, la fidanzata, che non dovrà temere un licenziamento del futuro marito, lo psicoterapista, che avrà un

obiettivo chiaro e verificabile, le assicurazioni, che potranno controllare l'efficacia e i costi del processo, la comunità scientifica, che raccoglierà dati ostensibili e verificabili sull'intervento e potrà dimostrare la sua utilità. Tutto ciò, purché si funzioni sulla base del senso comune, per il quale arrivare puntuali è molto meglio che arrivare in ritardo. Sarà perfettamente verificabile, da tutti gli attori in gioco, orologio alla mano, se la persona avrà risolto il problema.

Noi mettiamo in discussione tale perfetta concordia. Non è vera, non è coerente con un reale intento di verifica della psicoterapia, non difende gli interessi del cliente, che potrebbe avere fondati motivi di arrivare in ritardo al lavoro.

Per una lettura un po' più articolata del rapporto tra gli attori in gioco, che ne differenzi gli intenti, potrebbe essere utile l'uso di due categorie psicosociali: mandato sociale e committenza. Il mandato indica finalità socialmente desiderabili. Mettiamo, ad esempio, che la famiglia venga tutelata. Tali finalità vengono definite, entro un complesso gioco delle parti, da più agenzie - scientifiche, politiche, economiche, religiose, professionali - portatrici di differenti e spesso conflittuali ottiche e interessi. Il mandato trova espressioni dei suoi indirizzi, in una relativa e storicamente connotata coerenza, entro una gamma di articolazioni, dall' 'opinione pubblica', alle leggi. Ciò che consideriamo normalità, è quanto risulta da questa complessa, conflittuale, transitoria mediazione. Che si voglia definire 'naturale' tale normalità, ovvero fuori discussione e storica, invece che culturale, ovvero discutibile e soggetta a cambiamenti, si può comprendere. Pensiamo a come si tenti di proporre la famiglia come realtà storica e naturale. Se a rischio, da tutelare come la tigre o il panda. Mentre si tratta di una realtà sociale contrassegnata da così tante differenti declinazioni, nello spazio e nel tempo, da essere a stento riconoscibile come un soggetto permanente. Quanto all'infinita scoperta di fondamenti genetici di ogni pensabile comportamento, non ci convince, ma nemmeno ci sorprende. Così non meraviglia che il relativismo abbia dei nemici non solo nell'ambito della filosofia e della metodologia della scienza.

Individuiamo invece nella committenza quelle declinazioni contingenti, contestualmente e storicamente connotate, in cui le finalità del mandato si concretizzano in prassi specifiche entro un rapporto professionale. Le generali finalità del mandato diventano, entro il rapporto di committenza, problemi che attendono risposta entro prassi che hanno specifici obiettivi, concordati tra professionista e chi pone la domanda.

La considerazione degli attori in gioco fa comprendere che i rapporti tra loro sono caratterizzati da conflitti e da alleanze di potere. Basti pensare alle esigenze di controllo delle assicurazioni, che confliggono con quelle di verifica del risultato, nel rapporto psicoterapeutico tra psicoterapista e cliente. Tale conflitto non può essere banalizzato come confronto tra chi vuole risultati ostensibili (le assicurazioni, mettiamo, che in tal caso andrebbero di conserva con la comunità scientifica) e chi vuole tutelare, con la riservatezza e il silenzio, l'ineffabile qualità del rapporto psicoterapista - paziente, mettendolo al riparo da tali brutalità. Mettiamo in discussione la leggenda metropolitana che chi fa pratica clinica fondata sulla relazione non voglia o non sappia parlare, attraverso codici psicologico clinici scientificamente attendibili, di ciò che fa. Come mettiamo in discussione che, come diceva Pier Francesco Galli, la stessa persona non può fare sia pratica clinica che ricerca, a meno che non sia particolarmente dotata. Non si tratta di doti, ma di metodo. Clinico, appunto. Piuttosto, bisogna chiedersi come intendere l'alleanza tra agenzie interessate al controllo della spesa psicoterapeutica, e agenzie che presidiano la ricerca in psicoterapia e le risorse ad essa destinate.

Spendiamo qualche parola sulla ricerca empirica. Se per empiria si intende l'indagine di fenomeni come fonte prima della conoscenza, d'accordo. Certamente, è questo il bello, ci sono più cose in cielo e in terra di quante non ce ne siano nella nostra filosofia, e vogliamo scoprirlo. Se invece per

empiria si intende metodo sperimentale e laboratorio, non conveniamo. Perché l'uno e l'altro escludono dai fenomeni studiati quanto per noi è centrale: la relazione. La nostra empiria è l'intervento. Se si vuole, in continuità con la storia della psicologia, la ricerca - intervento e il setting. Questo crea un problema: quando la relazione, invece di essere agita, viene conosciuta nel corso dell'intervento, non possiamo più fare riferimento al buon senso e al conformismo. L'intervento sospende l'agito della relazione, quindi la sua dimensione conformista, per promuovere una conoscenza sulla relazione stessa. In proposito, abbiamo proposto una teoria dell'intervento che contrappone, come obiettivo perseguibile, lo sviluppo della relazione tra individuo e contesto alla correzione del deficit propria dell'ottica conformista.

Sembrerebbe di poter rilevare che nella ricerca sulla psicoterapia, questo complesso panorama, che abbiamo appena accennato, ma che sarebbe interessante articolare nelle sue varie componenti e discutere approfonditamente, non sia abbastanza considerato. Le finalità di controllo del mandato prevalgono sulle esigenze di verifica dei risultati proprie della committenza. Quando affermiamo che il mandato ha esigenze di controllo, pensiamo al modello e allo scarto dal modello, all'accertare il rispetto delle categorizzazioni della realtà già esistenti. Ciò comporta, come stiamo rilevando, problemi di potere e di conflitto tra le agenzie che presidiano il modello da assumere come criterio e i parametri con i quali misurare lo scarto. La committenza ha invece l'esigenza di aprire prospettive di sviluppo. L'intervento propone nuove categorie, utili a trattare esplorativamente la variabilità dei contesti di riferimento del committente, perché questi, a partire dal suo problema, pensi ipotesi di sviluppo. I ricercatori sembrano molto più preoccupati di rispondere ad agenzie di controllo, di quanto non tengano conto della domanda dei clienti della psicoterapia. Lo riteniamo l'agito di un processo collusivo. Quanto a noi, chiariamo che la nostra critica è più ambiziosa di quanto non sarebbe una valoriale promozione della trasgressione al conformismo. Pensiamo piuttosto ad un'integrazione tra mandato e committenza, tra controllo e verifica. Integrazione che non potrà nemmeno essere immaginata e pensata, se prima non si distinguono le parti in causa.

Si può ipotizzare che la ricerca psicosociale darebbe un buon contributo alla ricerca sulla psicoterapia. Ricordiamo la funzione che le assicurazioni hanno avuto nella realtà statunitense perché la verifica si attuasse, e come tale pressione si riverberi sulla realtà italiana. Tale pressione non può essere importata ed assunta senza considerarla criticamente, storicamente, con gli strumenti dell'analisi psicosociale. Quanto al servizio pubblico, con la sua recente esigenza di giustificare la spesa presso gli investitori, differenti dal cliente, non possiamo non ritenerlo ben diverso dalle assicurazioni nella sua richiesta di controllo, ma anche di verifica. Servizio pubblico di cui andrebbe definita la gamma dei clienti e dei problemi da loro posti. Viene alla mente quel 70% della domanda individuata da alcuni servizi, che non è riconducibile alla psicopatologia e tantomeno al "malato grave". Domanda in alcuni casi etichettata con la vaga denominazione di "disturbi emotivi comuni", e alla quale non è chiaro che risposta venga data. Chi di noi ha esperienza di intervento psicosociale, sa come i servizi possano chiedere due tipi di consulenza: le supervisioni, in cui fanno confluire i problemi posti dagli interventi che possono essere ricondotti alla psicopatologia, e le consulenze sui conflitti che travagliano le equipe. Per ciò che concerne questi ultimi, sistematicamente si scopre, una volta criticata insieme con i servizi l'autocentratura implosiva che l'esclusiva attenzione al clima interno comporta, che il servizio ha problemi che hanno a che fare con la difficoltà di categorizzare i "disturbi emotivi comuni" e di intervenire su di essi. In altri termini, il servizio ha problemi con quelle domande che gli vengono rivolte, per le quali una competenza psicopatologica non basta. Si tratterebbe di analizzare la domanda, e di integrarla con gli strumenti diagnostici. Riteniamo quindi che un'operazione di verifica dovrebbe tener conto del contesto nel quale viene attuata, che si debba considerare chi la promuove, a chi si rivolge, chi esclude.

Riassumendo, il modello conformista non ci convince né come teoria generale dell'adattamento, né come teoria dell'intervento psicologico e psicoterapeutico. Noi abbiamo trovato un'alternativa al conformismo come teoria esaustiva della relazione sociale, riprendendo e sviluppando quel filone della psicologia che si occupa della relazione. E contrapponendo la relazione organizzata dal potere, dal possesso, dalla negazione dell'estraneo, a quella organizzata dallo scambio e dal riconoscimento dell'estraneità. In quest'ottica, si interviene attraverso la relazione, sulla relazione, con l'obiettivo di sviluppare una competenza a scambiare e produrre. Questo, pur entro un forte rapporto con la psicoanalisi e grazie al contributo della psicologia e della psicosociologia, ci ha portato a superare un lavoro analitico che resti entro la storia simbolica del paziente, dove la realtà è solo alimento delle fantasie. Lavoriamo invece a un modello di intervento dove le fantasie sono un modo per intervenire sulla realtà e svilupparla.

Siamo convinti che, nella prassi, gli psicoterapisti vivano realtà più complesse di quanto non venga indicato dalla linearità: diagnosi, terapia, verifica della scomparsa del deficit. Non a caso queste considerazioni nascono da psicoterapisti che hanno messo in discussione la psicoterapia a partire dalla propria prassi. Nel corso degli ultimi quattro anni, un piccolo gruppo di psicoterapisti si è incontrato per 100 volte per discutere del loro lavoro. Quando si scelse un nome per il gruppo, si pensò ai semplici, le piante officinali che venivano coltivate nei conventi oppure cercate – anche da vecchie sapienti signore, che corsero molti rischi per questo – tra forre e monti. Di qui, l'Orto dei Semplici. Si intendeva essere semplici, esplorando l'uso di modelli e teorie a partire dall'esperienza. I Semplici sono circa 10 persone. Si tratta di psicologi e psichiatri con una formazione psicologica, che lavorano in ambito sia pubblico che privato. Alcuni con un'attività universitaria o specialistica di formazione alla psicologia clinica e alla psicoterapia. Altri che integrano psicoterapia e consulenza psicologica più ampiamente intesa. Altri psicoterapisti sono stati implicati come ospiti, intervenuti nel corso degli incontri dei Semplici, o hanno partecipato tramite quel gruppo più ampio che si va costituendo attraverso il diramarsi di idee e occasioni di ricerca entro i diversi contesti ai quali i Semplici appartengono. L'incontro di oggi testimonia questo allargamento e questa fertile permeabilità di confini.

L'ANALISI EMOZIONALE DEL TESTO (AET) E IL CASO K COME IMPOSTARE UNA VERIFICA

di

Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia

1 - Premessa

Da circa un ventennio, con diverse motivazioni, molti ricercatori nell'ambito clinico hanno concentrato la loro attenzione sulla verifica delle psicoterapie. Verificare, d'altro canto, significa valutare se la psicoterapia ha raggiunto gli scopi che si prefigge. Affermazione apparentemente ovvia. Lapalissiana, per così dire. Ma come tutte le verità lapalissiane, nasconde importanti implicazioni. Vediamone alcune.

In primo luogo, spesso si è dato per scontato lo scopo. Si è pensato, infatti, che si trattava di verificare se la psicoterapia, nei suoi "ovvi" aspetti "terapeutici", raggiungesse il suo fine. Qual è infatti lo scopo di una terapia, se non quello di realizzare la "guarigione" di un paziente? Di qui il tema della verifica associato a quello, indifferibile, degli esiti della terapia. Esiti che comportano, evidentemente, la nozione di guarigione, di recessione del sintomo, di miglioramento, di modificazione del comportamento, di riassetto delle emozioni, di adeguamento a sistemi di attese personali e sociali che hanno motivato la psicoterapia in funzione del cambiamento; cambiamento previsto e perseguito lungo le linee definite dai criteri che hanno codificato i disturbi da curare.

Qual è il problema? Così potrebbe dire un lettore ingenuo o distratto. Non sappiamo se la verifica ha determinato un cambiamento negli obiettivi della psicoterapia, o se il cambiamento negli obiettivi abbia motivato il lavoro di ricerca sulla verifica. Sta di fatto che le due cose sono andate di pari passo: con la stagione della verifica, si è inaugurata anche la stagione di una psicoterapia volta a correggere deficit. Gli interrogativi che per lungo tempo hanno attraversato la prassi e la teoria della psicoterapia, se fosse davvero "cura" o piuttosto promozione della conoscenza; se avesse obiettivi prefissati e definiti, o piuttosto come diceva il poeta indiano "l'importante non è la strada ma l'andare"...tutta la questione sul senso della psicoterapia si è improvvisamente dileguata, davanti alle esigenze di verificare gli esiti e quindi il processo di cambiamento, di guarigione, di recessione dei sintomi, di modifica dei problemi, di miglioramento del paziente¹.

Come se, nell'ambito della psicologia clinica, i termini di terapia e di paziente non fossero metafore storicamente comprensibili, ma termini da prendere alla lettera, entro l'imitazione del modello medico. Si potrebbe obiettare: ma come, ancora una volta si vuol dire che la psicoterapia è una prassi che sfugge alla verifica? No. Non è questo l'intento. Al contrario, si vuol affermare che ben venga la verifica, purché tale. Quindi sottoposta a critica nei suoi presupposti, nei suoi intenti, nelle agenzie che la promuovono. Altrimenti si tratterebbe non di verifica scientificamente orientata, ma di un'operazione di controllo da parte di agenzie interessate, per diversi motivi, ad attuarlo.

Spesso si ricorda che la verifica è nata quale necessità irrinunciabile, per facilitare e fondare giuridicamente i rimborsi del lavoro psicoterapeutico da parte delle società di assicurazione nordamericane. Più vicino a noi, si pone la questione dell'esigenza di controllare l'erogazione delle risorse del servizio sanitario pubblico in campo psicoterapeutico. Questo, peraltro, ha di fatto

¹ Si veda al proposito, Carli R. (1997), I porcospini rivisitati, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6, 2, 89-98. L'articolo si trova anche su rete, nel sito del Pensiero Scientifico Editore, al seguente indirizzo: <http://www.pensiero.it/continuing/ebm/salmed/porcospini1.htm>.

connotato la psicoterapia quale atto medico, a pieno titolo situabile entro l'ambito sanitario, ponendo il problema dell'efficacia dell'atto stesso e del suo riconoscimento "ufficiale", almeno per quanto concerne i suoi aspetti economici. Tale connotazione "medica" della psicoterapia ha comportato conseguenze di grande rilievo nella concezione dell'atto psicoterapeutico, dei suoi obiettivi e del suo significato sociale. Volendo riassumere tutto questo in due parole, si potrà ricordare che la medicalizzazione della psicoterapia ha comportato la necessità di definire la "patologia" che con la psicoterapia s'intende curare. Ciò ha facilitato l'utilizzazione dei vari repertori sui disturbi mentali (DSM, ICD) quali strumenti di classificazione diagnostica della patologia di riferimento. Ha anche condizionato fortemente le varie tecniche di psicoterapia, privilegiando quelle volte alla soluzione dei sintomi, nei confronti di metodologie più complesse che si pongono problemi di cambiamento entro le dinamiche della personalità. Ma, soprattutto, l'attenzione alla sintomatologia ha, di fatto, privilegiato le forme psicoterapeutiche che perseguono adattamenti conformistici, rispetto a quelle che perseguono sviluppo, creatività, capacità di pensare e di innovare. In una parola, il riferimento ai manuali diagnostici dei disturbi mentali ha orientato la psicoterapia alla *correzione del deficit*, mettendo in secondo piano o penalizzando fortemente la psicoterapia che *persegue e promuove sviluppo*.

E' stato quindi molto interessante per noi analizzare il caso in esame; ci chiedevamo, infatti, se tale analisi avrebbe interloquuto con gli interrogativi che abbiamo appena posto, e in che modo. Crediamo che ciò sia accaduto, e con spunti di riflessione rilevanti. Vediamo i dati; in conclusione dell'analisi torneremo su quanto stiamo dicendo.

2 - AET, l'Analisi Emozionale del Testo.

Una breve premessa su AET², la metodologia di analisi dei testi che abbiamo adottato. L'Analisi Emozionale del Testo si propone di individuare le culture, o per meglio dire le dinamiche emozionali collusive che attraversano ed organizzano un testo. Alla base di AET ci sono le *parole dense*. Si tratta di forme verbali, presenti in un testo, caratterizzate da elevata polisemia e da bassa ambiguità. Sono forme capaci di veicolare una elevata valenza emozionale, indipendentemente dal contesto linguistico entro il quale sono situate. In un testo ci possono essere molte parole dense. L'analisi fattoriale delle corrispondenze e l'analisi dei cluster consentono di vedere come le parole dense presenti nel testo in analisi si organizzano tra loro, raggruppandosi in funzione di un legame statistico. Legame che per noi è anche legame collusivo, capace di organizzare quel cluster e di differenziarlo dagli altri, presenti nel testo stesso. Entro un cluster o Repertorio Culturale (R.C.), le parole dense (organizzate gerarchicamente dalla più centrale a quelle via via più periferiche) hanno la capacità di ridurre, nel loro incontrarsi entro il Repertorio, la polisemia infinita che le caratterizza se prese una ad una. Questo incontro di parole dense, con la loro riduzione reciproca della polisemia, intreccia un senso entro il Repertorio: un senso che viene dalla co-occorrenza (statistica) e dal processo collusivo (psicologico clinico) che il ricercatore può rintracciare e descrivere. Questa ricerca di senso, entro l'incontro di parole dense, propone il processo di collusione³ quale alternativa ad una lettura narrativa del testo. Con questo intendiamo affermare che, in ogni testo, si può rintracciare una dimensione narrativa volta appunto a narrare un evento, un'emozione, un'esperienza. La narrazione utilizza i legami presenti nel linguaggio, ed individua il senso che viene dall'articolazione del linguaggio stesso. Ma in ogni testo vi è anche una dimensione collusiva, quale emerge dalla simbolizzazione emozionale condivisa di un contesto. Alle parole dense ed al loro articolarsi entro i Repertori Culturali spetta il compito di veicolare la dinamica collusiva insita nel testo stesso. AET può essere utilizzata per evidenziare la dinamica collusiva presente in molti

² Il lettore che intenda approfondire la teoria e la tecnica che fondano AET possono consultare il volume: Carli R., Paniccia R. M. (2003), *L'Analisi Emozionale del Testo*, FrancoAngeli, Milano.

³ Per una definizione ed un approfondimento della nozione di collusione si veda: Carli R., Paniccia R. M. (2004), *Analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna.

testi: ricordiamo, come esempi, i registrati di focus group condotti su argomenti interessanti per la ricerca-intervento; colloqui di analisi della domanda; diari tenuti da persone appartenenti a panel di ricerca su specifici argomenti; documentazioni prodotte da organizzazioni entro le quali interviene lo psicologo clinico; repertori di e-mail inviate da specifiche popolazioni a siti interessati ad analizzarle; scritti richiesti ad hoc a gruppi sociali per valutare esperienze formative o di psicoterapia. Come si vede, i testi dei quali stiamo parlando sono prodotti da più persone, da una numerosa popolazione entro la quale è interessante analizzare la dinamica collusiva. AET, d'altro canto, può essere utilizzata anche quando un testo è prodotto da due persone, come è il caso della psicoterapia; può essere utilizzato anche se a produrre il testo è una sola persona, purché siano definiti i tempi di produzione e sia interessante l'analisi dei processi collusivi, in funzione dei differenti momenti "storici" di produzione del testo stesso.

Con questo lavoro presentiamo la nostra prima esperienza di utilizzazione della metodologia AET sul testo di una psicoterapia. A partire dalla registrazione, abbiamo tenuto il testo nella sua interezza, con le verbalizzazioni sia della paziente che del terapeuta. Ma paziente e terapeuta, nel dialogo psicoterapeutico, hanno il paziente quale unico referente emozionale. Le inferenze che poniamo sui dati emersi dall'AET concernono, quindi, il rapporto tra paziente e psicoterapeuta, in riferimento alla paziente del caso K. Quanto emerso è quindi rintracciabile entro le parole dense prodotte da entrambi i protagonisti della vicenda psicoterapeutica. Ricordiamo, infine, che la registrazione rappresenta, nel rapporto tra paziente e terapeuta una variabile rilevante, il cui senso simbolico va esplorato e trattato. Il caso K, già analizzato con differenti metodologie da vari studiosi italiani, ci è stato gentilmente inviato dallo psicoterapeuta che lo ha trattato, al fine di una sua analisi anche con AET. Abbiamo pensato utile per condurre l'analisi con AET di non leggere preliminarmente il testo registrato della psicoterapia. Abbiamo preparato il corpus per l'analisi sapendo soltanto che la paziente è una giovane donna.

3 - Analisi dei dati.

Il testo da analizzare è molto ampio: 1380 pagine, carattere Courier New, corpo 10. Si tratta del testo registrato di quattro anni di psicoterapia, con 123 sedute così suddivise: 38 al primo anno, 34 al secondo, 40 al terzo e 11 sedute al quarto anno. La procedura di analisi è stata quella standard: il testo è stato sottoposto ad un primo trattamento con Alceste⁴. Si è così ottenuto l'elenco di tutte le forme verbali presenti nel testo. Le forme verbali emerse sono più di 22.000. Sono state individuate e lemmatizzate, entro questo elenco di forme verbali, le *parole dense* presenti nel testo. Preliminarmente a questa operazione, che rappresenta la dimensione centrale di AET, si sono disambiguate alcune forme linguistiche ambigue. Si è così giunti ad un elenco di 1093 parole dense (sarebbe meglio dire: forme verbali dense). Il programma informatico, dal canto suo, aveva segmentato il testo in 5897 Unità di Testo. L'analisi dei cluster, operata sulle co-occorrenze delle parole dense entro le Unità di Testo, ha utilizzato 3670 Unità di Testo (62,24% del totale). Il numero medio di parole dense analizzate per ogni Unità di Testo è stata di 6,24. L'analisi dei cluster ha evidenziato 5 Repertori Culturali (cluster), entro i quali si sono così suddivise le Unità di Testo:

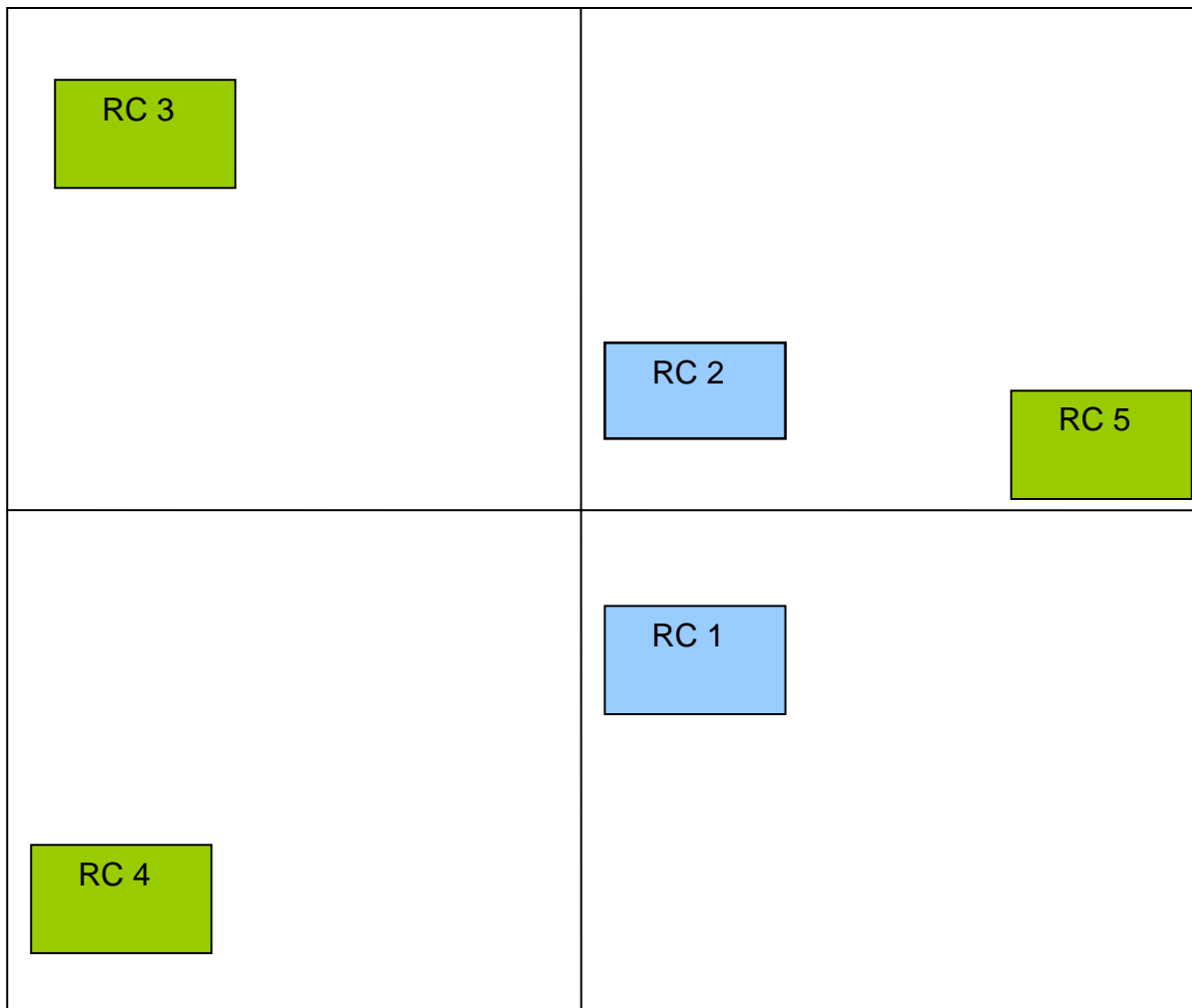
R.C. 1	634 U. di Testo (17,28%)
R.C. 2	502 U. di Testo (13,65%)
R.C. 3	376 U. di Testo (10,22%)
R.C. 4	1364 U. di Testo (37,25%)
R.C. 5	794 U. di Testo (21,60%)
	3670 U. di Testo totali

⁴ Alceste (Analyse lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte), di Max Reinert, è il programma informatico da noi utilizzato per AET.

Presentiamo ora lo Spazio Fattoriale entro il quale si sono disposti i Repertori Culturali: il R.C. 5 si pone sul primo asse fattoriale, quello orizzontale, e sembra reggere l'intero assetto della relazione tra Repertori Culturali. Al R.C. 5 si contrappongono, sulla parte destra del primo fattore, i R.C. 3 e 4. Questi, a loro volta, sono tra di loro contrapposti sul secondo fattore, quello verticale. I R.C. 1 e 2, di contro, si situano sul terzo fattore, entro il quale si contrappongono al R.C. 5. Vanno quindi immaginati come Repertori che si pongono in posizione tridimensionale, i R.C. 1 e 2 in fuori rispetto all'osservatore ed il 5 all'interno, oltre la superficie del foglio.

Riportiamo, prima, la tabella con i valori delle relazioni tra Repertori Culturali e Fattori:

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
R.C. 1	0.38	0.08	-0.65
R.C. 2	0.41	0.30	-0.56
R.C. 3	-0.82	1.28	0.33
R.C. 4	-0.53	-0.49	0.01
R.C. 5	0.65	-0.06	0.70



(Fig. 1)

4 - Lettura del caso

Possiamo ora passare all'analisi degli incontri di parole dense entro i singoli Repertori Culturali. Metteremo quindi in relazione i differenti R. C. per delineare una sintesi psicodinamica del caso.

R.C. 5

Iniziamo con questo Repertorio per la sua posizione nello spazio fattoriale: come s'è visto si pone nella parte destra del primo fattore ed anche sul terzo fattore: sembra reggere l'intera impalcatura dello spazio fattoriale. Il R.C. in analisi non è saturato da parole dense appartenenti ad uno specifico anno della terapia. Si tratta di parole dense che attraversano l'intera esperienza psicoterapeutica e che organizzano emozionalmente la relazione terapeutica stessa.

Ecco le parole dense principali⁵ del Repertorio:

Arrabbiarsi
 Incazzata
 Rabbia
 Reazione

⁵ Le parole dense sono presentate in ordine decrescente di importanza nel processo di costruzione del cluster. E' il valore di *chi2* associato a ciascuna parola densa che consente questo.

Irritata
Fastidio
Giudicare
Annoiarci
Noia
Negativo
Aggredire
Suicidarsi

Micetta

Vergogna
Arroganza
Poveretta
Falsità

Vediamo i primi incontri di parole dense:

Arrabbiarsi, dalla radice *rebh*, che indica impeto, violenza. E' la stessa radice di rabbia. Incazzata, è la forma volgare dello stesso sentimento di rabbia. Reazione viene da una sintesi tra reagire ed azione: implica un'iterazione dell'azione aggressiva. Irritata, dal latino, può essere collegato a *ritus* ed allora vale come "andare contro i riti". Questo primo incontro parla di rabbia, reattiva ai "riti" che possono essere riferiti alla psicoterapia ed alla relazione con lo psicoterapista. Si tratta di una forte risposta emozionale alla situazione psicoterapeutica, che può dare qualche indizio sulla modalità con la quale la paziente vive l'esperienza in analisi.

Continuando, abbiamo fastidio, dal latino *fastus* che vale alterigia e *taedium*, noia come le parole dense seguenti: annoiarmi, noia. Ma noia, a sua volta, significa letteralmente avere in odio (dal provenzale *enoja*, sostantivo del verbo *enojar* che nel tardo latino vale *inodiare*, avere in odio, appunto). Giudicare, dal latino *ius* e *dic* vale ciò che indica il diritto; diritto quale legge ma anche quale via diritta, quindi ortodossia.

Si può ora cogliere il senso emozionale di questi primi incontri di parole dense: a fronte del rito psicoterapeutico, vissuto dalla paziente quale indicazione di ciò che deve essere fatto, cioè dell'ortodossia, si rileva una forte reazione fatta di rabbia, di odio "annoiato", di fastidio. Ma nonostante la rabbia reattiva, il confronto con il giudizio della psicoterapia comporta forti reazioni contro se stessa, anche, che possono giungere all'aggressione suicidaria quale fantasia di risposta tragica, come una sorta di sottrazione alla situazione insopportabile.

Qui avviene un break emozionale, nella sequenza sino a questo momento coerente delle parole dense: la parola "micetta" segna un passaggio tra la rabbia iniziale e quanto vedremo tra poco. E' una sorta di recupero dell'affettività affiliativa, un vezzeggiativo tranquillizzante e carico di simpatia, di affetto protettivo.

Seguono alcune parole dense di grande interesse; in primo luogo: vergogna. Precedenti ricerche effettuate con l'AET hanno consentito di mostrare la differenza percepita tra le emozioni di vergogna e di colpa in un vasto gruppo di persone intervistate sull'argomento. La colpa è la risposta ad un'autorità condannante, "costruita" dalla persona o incontrata nelle relazioni parentali dei sistemi familiari o familisti; la vergogna, di contro, è la risposta emozionale ad un incontro con la realtà, che mostra la falsità messa in atto dal soggetto stesso. La colpa, quindi, è una risposta emozionale a dinamiche interne al soggetto. In quanto tale, ignora l'altro e la relazione con la realtà. Mentre la vergogna deriva proprio dall'incontro con la realtà e dallo svelamento delle falsità costruite, ad esempio, entro processi di falso sé o di illusorie identità. E' interessante che qui

vergogna e falsità siano contigue. Ma vergogna, in latino *verecondia*, ha in sé la radice *vere*, che rimanda a verità. Arroganza, dal latino *ad rogans*, vale colui che chiede con prepotenza. Infine poveretta: *pauper*, latino, da *pau* che vuol dire poco e *per* quale tema del verbo *parere* che significa produrre; povero indica quindi colui “che produce poco”. Sembra che quest’ultimo gruppo di parole dense rappresenti una sorta di ripensamento nei confronti della belligeranza con la quale inizia e prosegue a lungo il Repertorio. Si può pensare all’intervento dello psicoterapeuta ed alla rielaborazione della rabbia attraverso il lavoro di un pensiero che “pensa le emozioni”. Ciò comporta lo svelamento della falsità di emozioni che si orientano contro un lavoro di terapia chiesto dalla paziente e condotto per affrontare i suoi problemi. In altri termini, la paziente sembra dichiarare la propensione a costruire interlocutori obbliganti, ai quali reagire. L’arroganza produce poco, sembra si dica al termine del Repertorio, e vale la pena smascherare il falso dell’aggressività portata nella terapia, evocando il sentimento della vergogna. Vedremo che simili pause nella mobilitazione emozionale sono presenti entro la maggior parte dei Repertori che analizzeremo.

Volendo sintetizzare quanto emerge all’analisi del R.C. 5, importante perché organizza il primo e il terzo asse fattoriale dell’AET, possiamo dire quanto segue: la terapia sembra evocare reazioni di forte rabbia, noia, irritazione nella paziente che si sente giudicata e non sopporta i “riti” che la terapia comporta. Questa rabbia arriva ad un apice con le fantasie di aggressione verso se stessa, sino alla comparsa della parola densa suicidio. Poi le emozioni sembrano venire pensate, e qui si può ipotizzare l’efficacia dell’intervento psicoterapeutico, sino al riconoscimento della loro falsità e ad una sorta di compatimento che si coniuga con l’impotenza (produrre poco) che la reattività emozionale comporta entro il lavoro psicoterapeutico.

La sequenza rabbia – vergogna sembra attraversare l’intero processo psicoterapeutico, visto che il Repertorio in analisi non è ristretto ad uno specifico periodo temporale della terapia ma si declina lungo il suo intero arco. Sono 25 le sedute che principalmente organizzano questo Repertorio: vanno dalle prime (9, 10, 21, 31, 33) a quelle intermedie (56, 57, 60, 64 ed altre) sino alle ultime (108, 109, 112, 124).

Analizzeremo ora i due Repertori che si contrappongono al R.C. 5 sul primo asse; ricordiamo che si tratta dei R.C. 3 e 4. Questi Repertori sono, d’altro canto, tra loro contrapposti sul secondo asse fattoriale. Data la loro posizione si può ipotizzare che si tratti di Repertori ove non compare l’emozionalità evocata dalla psicoterapia e dal rapporto con lo psicoterapista. Si può ragionevolmente ipotizzare che si tratti di Repertori “narrativi”, collegabili alle vicende che la paziente vive all’”esterno” della terapia e che in qualche modo giustificano la sua domanda terapeutica.

R.C. 3

Anche questo Repertorio non è generato in un periodo specifico della psicoterapia e presenta temi che si dispiegano entro l’intero arco del lavoro terapeutico. Vediamo le parole dense che lo caratterizzano:

Avvocato
Magistrato
Guadagnare
Milioni
Banca
Penale
Pagare
Laurearmi
Congressi

Tribunale
Computer
Soldi
Udienza
Sentenza

Carriera
Raccomandazione

Avvocato (colui che è chiamato) e magistrato, da *magister – magis*, il più forte, sono professioni caratterizzanti l'area giurisprudenziale. Anche penale, tribunale, udienza e sentenza, rimandano allo stesso tema. Ciò che interessa è che la laurea, finalizzata ad una professione entro quest'area, è peraltro valorizzata come fonte di guadagno e si pensa ai milioni, ai soldi, al pagamento che si riscuoteranno. Si potrebbe dire che le fantasie della paziente siano rivolte ad un'area definita delle professioni liberali, con uno sguardo particolare al guadagno, al danaro, ai soldi che la professione stessa comporta. In sintesi: entrare nel mondo della giurisprudenza per guadagnare molti soldi. Ma anche far carriera. Carriera viene dal latino *via carraria* la via principale, quella dove si poteva correre con i cavalli o con i carri. Carro è una forma tarda, gallica, del latino *currus*, cocchio, da cui correre. Ma come far carriera? Ecco la raccomandazione, che rimanda al comando; quel comando che viene dai santi in paradiso, dagli amici degli amici, dai potenti che ci mettono una parola buona. Dall'abitudine al falsare ogni ordine meritocratico per far prevalere il potere senza competenza di chi è "potente". Potente che ha il potere di segnare a vita il raccomandato, facendone una sorta di specie antropologico culturale, di gruppo sociale allo stesso tempo pernicioso e distrutto a vita. Ecco l'altro senso del pagamento: sarà pagata e guadagnerà molto, ma dovrà pagare altrettanto. Essere raccomandati significa vivere una forte dipendenza dalla famiglia, quale fonte di ogni raccomandazione e di una capacità di provvedere ai figli che non sanno farsi strada da soli, che hanno bisogno dell'intervento dei genitori, dei loro amici e conoscenti, per tracciare una strada (*via carraria*) a chi, da solo, non sarebbe in grado di farcela. Di qui la difficoltà, per la ragazza, di pensare ad una competenza professionale in sé gratificante: la fantasia di finalizzare tutto al guadagno è figlia, evidentemente, della fantasia di essere raccomandata e di fare in tal modo carriera. Il guadagno, quindi, come sostituto della stima di sé, della competenza professionale. Se la rabbia del Repertorio precedente era rivolta alla figura dello psicoterapista vissuta come obbligante ai riti della terapia, qui la paziente sembra doverla pagar cara ad un sistema familista vissuto come passaggio obbligato per la carriera.

R.C. 4

Vediamo ora il Repertorio 4, che si contrappone al precedente sul secondo fattore. Si tratta di un Repertorio che è generato dal testo raccolto nel primo anno di terapia. Vedremo più avanti l'interesse di questo rilievo. Le parole dense del Repertorio sono:

Macchina
Sognare
Madre
Regalo
Mangiare
Vacanza
Week end
Passeggiata
Simpatica
Tardi
Agosto

Stress
Natale
Padre
Feste
Sposarsi
Albergo
Fidanzata

Rubare
Morire

Interessante notare che il primo incontro di parole dense concerne un oggetto di culto per i giovani, la macchina, ed il sognare. Sognare come portare un sogno in psicoterapia, ma anche sognare di avere l'automobile, come desiderio che non è possibile esaudire con i propri mezzi. Di qui il regalo che la paziente s'aspetta. Regalo viene da *rex-regis* e dallo spagnolo *regalar* inteso quale rendere omaggio al re. Nel medioevo, regalia significava l'insieme dei diritti pertinenti al re, all'imperatore, o ad altra autorità per delega del sovrano. Regalie e regali erano i doni che il suddito "doveva" fare al sovrano o al padrone del fondo. Nel termine regalo c'è sempre un rapporto d'inferiorità tra chi dona e chi è il beneficiario del dono stesso. La paziente s'attende, quindi, quale sovrana il regalo dalla madre. L'automobile sembra uno strumento per emanciparsi dalle relazioni familiari, per evadere da un contesto limitante: ecco le vacanze, dal latino *vacare* che vale essere liberi. Liberi dal lavoro o dallo studio, per mangiare, passeggiare, passare i fine settimana in simpatia con qualcuno, facendo tardi... Lo stress, forma inglese che deriva dal francese antico *estrece* (strettezza, oppressione), sembra segnare questi sogni fondati sul regalo dell'automobile quale mezzo per allontanarsi dalla famiglia e dalle sue regole. Ritorna l'ordine del padre, ora, con i pranzi di Natale (dove si conta chi non c'è, perché Natale coi tuoi...) ed anche le relazioni amorose vengono regolate dal fidanzamento, dal matrimonio con albergo incorporato. Si contrappone il far tardi, l'agosto ed i fine settimana come tempi dell'evasione dalla famiglia e dalle sue regole, alle feste "comandate" quali il Natale, al fidanzamento ed al matrimonio quali dimensioni dell'ordine e dell'appartenenza familiare. Se la fuga dalla famiglia è assimilata al rubare (*rauba* nel gotico era il bottino, la preda), l'iscrizione entro le regole della famiglia è vissuto come un morire. Si tratta, in sintesi, di un Repertorio segnato dall'ambivalenza nei confronti della famiglia e delle sue norme. Le due tendenze dell'ambivalenza sono l'andarsene ed il subire; l'andarsene produce un sentimento di colpa, come se si depreddasse il patrimonio familiare; il restare entro le regole viene vissuto come un distruggere la propria identità, come una uniformizzazione mortale.

Abbiamo così esaurito l'analisi dei primi due fattori, ove si dispiegano i Repertori 5, 3 e 4. E' possibile notare come, con il R.C. 5 si esprima il "dentro" della psicoterapia, la modalità aggressiva entro cui sembra organizzata la relazione nel lavoro psicoterapeutico, fondata sulla rabbia, l'odio e la noia, con la vergogna riparatrice. Con i R.C. 3 e 4, di contro, si può analizzare il "fuori" della psicoterapia, con le due dinamiche dell'arrivismo esoso e fondato sulla raccomandazione da un lato; del tentativo di allontanamento dalla famiglia, vissuto come trasgressivo, e dell'inevitabile ritorno all'ordine del "padre", dall'altro. La contrapposizione tra i R.C. 3 e 4, sul secondo fattore, comporta un confronto tra il "potere forte" della carriera raccomandata ed il "potere debole" del tentativo di allontanamento dalla famiglia, presto rientrato⁶. Sembra che questo assetto emozionale collusivo sia in grado di definire il "problema" che la paziente porta in terapia: si tratta di una persona che ha una fragile e conflittuale immagine di sé, con l'autostima in bilico tra fantasie onnipotenti e insicurezza profonda. Si tratta, inoltre, di una persona che utilizza l'aggressività quale modo per evocare attenzione nei suoi

⁶ A proposito di queste dimensioni: "dentro - fuori" sul primo fattore e "potere forte - potere debole" sul secondo fattore si vedano le ipotesi di lavoro proposte in: Carli R., Paniccia R. M., L'analisi emozionale del testo, op. cit.

confronti, con la speranza che le persone aggredite si prendano cura di lei. Strategia fallimentare, evidentemente, che aumenta la necessità di essere aggressiva, in un circolo vizioso che sembra creare un forte disadattamento contestuale. E' una persona che provoca chi ha a che fare con lei, e che pensa di poter istituire regole del gioco personali, fondate sul disprezzo per l'altro e per ogni forma di meritocrazia, nell'illusione di poter governare la propria avidità utilizzando l'altro quale oggetto di predatorialità. Si tratta, infine, di una persona che appare molto dipendente dalla famiglia e dalle relazioni familiari, vissute in modo ambivalente; in bilico tra una reattività provocante nei confronti dei familiari e una dipendenza che attende il richiamo all'ordine, forzato e rassicurante al tempo stesso.

Vediamo ora gli ultimi due Repertori Culturali, che si situano sul terzo fattore dello spazio fattoriale: i R.C. 1 e 2.

R.C. 1

Ricordiamo che i due R.C. 1 e 2 stanno sul terzo fattore, entro la stessa polarità; all'altra polarità infatti, troviamo il R.C. 5. Vediamo le parole dense del Repertorio:

Sofferenza
Emotiva
Separarsi
Sentimenti
Innamorata
Evoluzione
Affetto
Distanza
Dolore
Abbandono
Pretendere
Allontanare
Perdita
Coinvolgere

Dubbio
Delusione
Malessere

Sofferenza, da latino *sub fero* indica sopportare (un peso, una pena); una pena emotiva, dal latino *movere*: interessante la contrapposizione, in questo primo incontro di parole dense, tra lo stare fermi di chi sopporta ed il movimento implicito nell'emozionalità. Una contrapposizione che sottolinea come il soffrire emozionalmente stia proprio nell'impotenza di questo movimento "emozionale", contrapposto all'immobilità del peso che si deve portare. Impotenza che viene dalla terza parola densa: separarsi. Nella separazione ci si sente messi da parte (*se* come "a parte" e *parare* "preparare") e si può comprendere l'impotenza che questa situazione comporta, implicita nella sofferenza emozionale. La separazione, d'altro canto, implica un legame che con la separazione stessa viene violato e distrutto; ecco allora l'altra parola densa: innamorata. Si è dentro l'amore, e si viene messi da parte. Con la separazione si ha distanza, abbandono, allontanamento, perdita. Interessante il gioco dei prefissi di queste prime parole: *dis* (lontano), *à ban* (a chicchessia), *ad* che sembra spingere lontano da sé nell'allontanamento, *per* (al di là) che con *dare* segna l'etimo di perdere. Questa separazione comporta un sentimento di solitudine, di allontanamento e di dolore. L'innamoramento ed il coinvolgimento comportano una vicinanza che giustifica la pretesa: per noi una neoemozione che comporta una relazione obbligata dell'estraneo con chi pretende quella

relazione in base al proprio ruolo; nel nostro caso si tratta, evidentemente, del ruolo di innamorato. L'innamorato può pretendere dall'altro: "mi devi amare". Perché? Perché sono innamorata di te. Ma l'allontanamento, la perdita sono anche perdite del pretendere, della certezza ottusa che il pretendere consente. Sorge allora il dubbio, la delusione, si sta male, si soffre, si prova dolore. Il Repertorio, quindi, sembra indicare la situazione collusiva che consegue all'allontanamento, alla perdita della sicurezza fondante la pretesa; mostra l'impotenza, il dolore, l'incertezza di chi si sente abbandonato, di chi deve affrontare la perdita, la separazione.

In questo Repertorio, in sintesi, si parla del separarsi, del dolore che comporta la perdita, l'allontanamento, la distanza. E' un Repertorio che caratterizza il 2° anno di Psicoterapia. Si può pensare a separazioni che la paziente vive nella sua vita al di fuori della terapia, ma anche agli allontanamenti, alle perdite che ella vive al termine delle sedute, nel periodo di allontanamento dal terapeuta. Ed infine alle perdite, dovute al progredire della terapia, di modalità di relazione fondate su neoemozioni quali la pretesa. E' importante che, nel Repertorio, si delinei una prima reazione all'allontanamento, vale a dire la pretesa: ad esempio la pretesa di poter avere il terapeuta a disposizione quando se ne senta la necessità. Ma anche il superamento della pretesa: l'accettazione del dolore, del malessere che la perdita comporta, la comparsa del dubbio e l'elaborazione della delusione nei confronti dell'impotenza, che le prime parole dense adombrano quale basso continuo della dinamica collusiva del repertorio stesso.

R.C. 2

Ecco le parole dense del nostro ultimo Repertorio, il 2:

Timore
Rischio
Paura
Intimità
Consapevolezza
Controllo
Limite
Volontà
Silenzio
Tranquillizzarsi

Routine
Barriera
Schiava

Il primo incontro di parole dense contrappone timore e paura, al rischio. Timore, dal latino *timor* (*timeo*) significa paura, apprensione e sta ad indicare l'ansietà che prende per l'assenza di fiducia e risolutezza (*fortitudo*). Paura deriva da *pavere*, verbo di stato che risponde al verbo di movimento *pavire* (battere il terreno). Aver paura, quindi, è conseguenza dell'essere battuto (picchiato).

Rischio, dal latino *resicare*, che vale tagliare; rischio, quindi, indica il pericolo che viene da divisioni imprecise, o dal fatto stesso di dividere. Sembra che queste prime parole dense parlino della fragilità della persona, del suo timore di essere separata, divisa, e del sentimento di insicurezza, di sfiducia in se stessa che può derivare dalla separazione.

Le parole dense che seguono sono intimità e consapevolezza – controllo. Intimo è il superlativo di *interior*, e significa "che risiede nel più profondo" o anche "che è legato, che si fonda su profondi vincoli d'affetto". Interessante che questa parola, con la valenza di *legame* che essa comporta, si contrapponga a rischio, quale taglio dei legami stessi. Controllo deriva dall'antico francese *contre - role* che vale doppio registro o partita doppia. Di qui il significato traslato di padronanza di sé, di dominio. Consapevolezza, da *con sapere*, significa: colui che sa. Siamo confrontati con

un'emozionalità conflittuale, il rischio che si rompa l'intimità; c'è timore, c'è paura, ma si presentano anche misure di compensazione della paura: il controllo da un lato, il sapere sulle emozioni, o se si vuole il "pensare su" nei confronti della dinamica emozionale dall'altro. Controllo di sapore autoritario, sia che si tratti di self control come di controllo che viene dal contesto; consapevolezza, pensiero sulle emozioni quale modalità più evoluta, perché fondata sulle risorse proprie della persona.

Continuiamo con : limite, volontà. Limite, da *limus* che vale linea obliqua quale confine naturale, contrapposto quindi alla linea retta dei confini artefatti. Darsi un limite o ricevere un limite, quindi, significa avere il senso della realtà, accettare i limiti, appunto, della realtà contestuale. Volontà, da *volo-velle*, volere. Se guardiamo ai termini volontà, consapevolezza, limite, troviamo come il pensiero sulle emozioni possa creare un limite alla paura, al timore collegati alla perdita dei legami ed alla costruzione di legami interiori che si sostituiscano a quelli infantili ed ambivalenti dell'infanzia. Si può allora comprendere il silenzio, il tacere quale conseguenza comportamentale del pensare e del comprendere le proprie emozioni. Un silenzio che si contrappone alla rabbia, alla noia, alle espressioni aggressive del R.C. 5. Ed al silenzio segue la parola densa tranquillizzarsi, da *quies*, quella quiete che il silenzio è capace di indicare.

Come finisce il Repertorio? C'è barriera, che viene dal latino *barra*, una parete di fango o argilla che fungeva da confine, da barriera appunto. Routine, viene dal francese *route*, strada. Schiava, da *slavus*, una popolazione nota per aver fornito per secoli e secoli gli schiavi, appunto. Chi non ricorda la Riva degli Schiavoni, a Venezia? Ricordiamo che anche il saluto "ciao" viene da una contrazione del veneto "sciavo", che significava "servo suo, schiavo suo" quale dichiarazione di amicizia e dipendenza. Sembra che i limiti, le barriere, la strada sempre eguale da percorrere, quella dell'obbedienza a un dettato autoritario si ponga quale contraltare al pensiero e alla consapevolezza, suggerendo emozioni di schiavitù, di dipendenza non emancipata dal pensiero stesso. Questo fa pensare all'instabilità delle conquiste fondate sul pensare le emozioni e sull'acquisire consapevolezza.

Ricordiamo che il Repertorio caratterizza il 3° ed il 4° anno di psicoterapia. E' quindi il Repertorio della parte finale dell'esperienza psicoterapeutica. Qui si delineano le basi di un cambiamento "metodologico" importante entro l'esperienza terapeutica: il pensare le emozioni quale limite naturale alla paura della perdita e quale elaborazione delle emozioni stesse. La paziente non è più abbandonata all'agito emozionale, ma sembra in grado, sia pur provvisoriamente ed instabilmente, di istituire un pensiero entro la sua esperienza emozionale e di costruire limiti strutturali alla sua personalità, alla sua identità.

5 - Uno sguardo d'insieme alla cultura che attraversa il testo

Siamo partiti da un testo interessante, quanto lungo e complesso da seguire nella sua intricata articolazione, negli alti e bassi di una vicenda che si dipana entro la dimensione verbale così come entro la meno visibile dinamica delle relazioni emotive tra paziente e terapeuta. C'è da chiedersi quanto un "testo" che riporti fedelmente l'interazione verbale di una vicenda relazionale, lunga e per certi versi ripetitiva, riesca a dare conto di quanto è successo nella relazione stessa. Il fedele resoconto verbale di una vicenda segnata emozionalmente, qual è la psicoterapia, rischia di rappresentare soltanto l'ossatura testuale di un evento difficilmente ricostruibile nella lettura, passo passo, del testo. Tuttavia, il testo, come s'è detto, può rappresentare una preziosa risorsa per una analisi della vicenda psicoterapeutica, se rielaborato perché possa dire qualcosa della vicenda stessa. "Possa dire qualcosa". Ma che cosa? Che bisogno c'è di riandare ad un testo di psicoterapia per cavarne qualcosa d'altro, che ci parli dell'esperienza e che ne affronti aspetti particolari? Non basta quello che il terapeuta può resocontare?

Un modo d'utilizzare i testi di esperienze psicoterapeutiche è volto ad individuare leggi generali sulla relazione psicoterapeutica: se succede questo, allora è molto probabile che avvenga

quest'altro. *Ogni qual volta* il terapeuta (o il paziente) manifesta questo atteggiamento (o emozione, o modo di fare ecc.) è *molto probabile che* il paziente (o il terapeuta) risponda in quest'altro modo. C'è anche un'altra modalità d'utilizzazione del testo di una psicoterapia. Si è detto della separazione tra studi sugli esiti della psicoterapia e studi sul processo psicoterapeutico. Si può studiare, s'altro canto, il processo (se inteso quale processo che comprende l'intero arco della vicenda psicoterapeutica) quale indicazione sull'esito della psicoterapia stessa. Con il vantaggio di ancorare l'esito a quanto è avvenuto entro quella psicoterapia; liberando così la verifica dalla procedura che vuole come necessaria una qualche diagnosi pre – psicoterapeutica, per poter poi individuare la guarigione quale successo della psicoterapia. Se il processo, individuato entro l'intero arco della psicoterapia, consente di ipotizzare un movimento da e verso modi culturali evolutivi, allora si può parlare non di guarigione o di miglioramento ottenuti grazie alla psicoterapia, quanto di linee di sviluppo, che l'analisi del testo consente di individuare. Con questo intendiamo quindi dare all'analisi emozionale del testo di una psicoterapia una triplice valenza:

1. l'AET consente di presentare *sinteticamente*, ma dettagliatamente, il processo che caratterizza una esperienza complessa quale una psicoterapia che “dura” diversi anni, fornendo indicazioni sulle varie fasi e caratterizzazioni del processo stesso;
2. è possibile individuare se vi siano movimenti di *sviluppo* nel processo, che consentano di indicare la relazione tra intero processo ed esito della psicoterapia;
3. è inoltre possibile applicare l'AET a testi che rappresentano fasi della psicoterapia; ciò con differenti finalità: ad esempio verificare l'andamento di una psicoterapia dopo due o tre anni di lavoro; oppure analizzare quali siano i processi che hanno portato ad un'interruzione.

Nel caso K possiamo riassumere quanto è emerso dalla nostra analisi, relativamente ai primi due punti ora evidenziati.

Ritorniamo al nostro piano fattoriale ed alla disposizione dei Repertori Culturali entro il piano stesso (fig. 1). Ricordiamo che il R.C. 5, sulla destra del primo fattore, costituisce una sorta di leit motiv della psicoterapia, indicando in modo chiaro e definito la complessa qualità della relazione tra paziente e psicoterapeuta. Siamo, come abbiamo detto, “dentro” il processo analizzato. Ricordiamo la violenza arrabbiata che connota la relazione, ma anche la vergogna che ne sottolinea la falsità, ove la violenza assume il valore di segnale, rivolto allo psicoterapeuta, al fine di attirare benevolenza e compassione. In questa violenza viene mascherata anche la paura d'essere giudicata ed aggredita, che può far pensare ad un trasferimento, sullo psicoterapeuta, di connotazioni proprie dell'“ordine paterno”.

Al polo opposto, sempre sul primo asse fattoriale, si pongono due cluster, tra loro contrapposti sul secondo fattore. Sono i Repertori che ci dicono di cosa parla la paziente. Nel primo anno di terapia, sembra presa entro il problema di allontanarsi – ritornare entro la dimensione familiare. Un allontanamento trasgressivo al quale sembra far periodicamente da contraltare un ritorno all'ordine ed alla normalità. In questo pendolarismo la paziente segnala un sentimento di violazione delle regole difficile da sopportare, al quale fa riscontro un ritorno all'ordine equiparato al morire. Nel R.C. contrapposto la paziente parla delle sue aspirazioni professionali, da realizzare dopo la laurea, tutte orientate al mondo della legge, magistratura o professione di avvocato. Interessante che queste visioni della professione siano motivate fortemente dal guadagno, dai soldi che se ne può ricavare e che siano fondate sull'attesa di una carriera guidata, pilotata dalle raccomandazioni. Si è confrontati con una paziente che sembra presa entro una dipendenza dalla cultura familista, più che dalla famiglia quale dimensione “sociologica”. Un familismo che tiene alla briglia ma che rappresenta anche un grande vantaggio, quale espressione di un'attesa di dipendenza ad aeternum

dai privilegi, entro un'aspirazione al guadagnare che sembra mutuata dalla visione familiare della vita e del successo. C'è un opportunismo che passa sopra le regole del gioco condivise, sopra le convenzioni sociali, sopra la ricerca dell'affermazione di sé e dell'autostima.

Siamo così confrontati con la visione del mondo della paziente: ricerca di contrapposizione alle regole familiari e aspettative di un privilegio che può venire soltanto dal familismo "amorale", coerente con l'aspettativa d'essere raccomandata. Provocazione, contrapposizione e ritorno all'ordine nei confronti delle figure parentali da un lato; ricerca di guadagno tramite la raccomandazione dall'altro, sono le due facce della stessa medaglia: dipendenza dalla famiglia, dalla sua cultura e dalle sue regole.

Si può notare che la problematica emersa con l'analisi di questi primi tre Repertori non sia riconducibile ad una nosografia psichiatrica, ad un disturbo classificabile ad esempio entro il DSM. Si tratta piuttosto di una problematica *culturale*, fondata sull'adozione di modelli di vita e di sviluppo che esprimono dipendenza, scarsa autostima, adesione alle regole del familismo e quindi difficoltà di adattamento sociale. Problemi che possono rendere difficile e frustrante l'esperienza della paziente, entro il mondo amicale e del "divertimento" fondante la socializzazione ludica da una parte, entro gli studi e la progettazione del proprio futuro professionale dall'altro. Vita affettiva e vita lavorativa appaiono contrapposte (sul secondo fattore dello spazio fattoriale) ma unite nella loro problematicità, nell'indicare un disadattamento che sembra dettato dall'incapacità della giovane donna di emanciparsi dalla famiglia e dalla sua cultura, di affrontare la "solitudine" implicita nello stare con se stessa contando sulle proprie risorse, di tollerare l'estraneità della famiglia e della cultura d'appartenenza, grazie all'adesione ad una stima di sé che aiuti allo scambio con l'estraneità e non alla confusione tra sé ed altro.

Il testo della psicoterapia indica, d'altro canto, anche elementi specifici e ben visibili di *sviluppo* di questa problematica iniziale. Ed è interessante che i Repertori dello sviluppo siano collocati entro il terzo fattore che, a differenza del "dentro – fuori" del primo e della contrapposizione tra "potere forte – potere debole del secondo, può essere inteso quale fattore dello sviluppo in una ormai numerosa serie di AET effettuati nei campi e sulle problematiche contestuali più diverse. Ma torniamo al terzo fattore. Qui il R.C. 5, già analizzato, si contrappone ai Repertori 1 e 2. Questi ultimi sono due Repertori che, entrambi, mostrano la reazione emozionale della paziente di fronte alla separazione, alla perdita dei legami di dipendenza e di fusionalità; legami che caratterizzavano, come abbiamo visto, la sua problematica. Nel R. C. 1 la separazione comporta sofferenza, sentimento d'abbandono, con una reazione di pretesa che viene peraltro messa in discussione, entro risposte emozionali che accettano la separazione. Nel R. C. 2, come abbiamo visto, la funzione del pensare le emozioni si affaccia all'esperienza della paziente e la confronta con l'accettazione dei limiti della realtà; la paziente si mostra capace di una consapevolezza che si contrappone al controllo nell'elaborare la paura, il rischio di questo confronto con la realtà. Realtà che viene finalmente vista e accettata, in contrapposizione all'appartenenza familiare ed alla condivisione della cultura familista che avevano la capacità di sottrarre al reale, di suggerire onnipotentemente ogni assenza di limiti. Sul terzo fattore, che viene costruito dal testo prodotto nel secondo anno di terapia (Repertorio 1) e dal testo del terzo e quarto anno (Repertorio 2), si delineano dimensioni quali l'accettazione della separazione dalla fusionalità familista, la capacità di "pensare su" le proprie emozioni, l'accettazione del limite della realtà. Si tratta, come si vede, di cambiamenti "metodologici", che non implicano il passaggio da uno stato A (disturbo) ad uno stato B (guarigione del disturbo), quanto acquisizioni di funzioni mentali capaci di accompagnare il progressivo distacco dalla dipendenza familista onnipotente ed il perseguimento di un più costruttivo rapporto con la realtà del contesto, con i suoi limiti ma anche le sue risorse. Interessante notare che l'AET

consenta di evidenziare un esito della terapia che segue la strada del *perseguimento di sviluppo*, piuttosto che quella della *correzione di un deficit*.⁷

6 - Epilogo.

La nostra analisi del caso sarà verificata da due ricercatrici, che con essa confronteranno la loro lettura del testo. Soprattutto, il nostro commento che ricordiamo essere stato scritto “alla cieca”, senza leggere la trascrizione delle sedute, speriamo possa essere oggetto di confronto con lo psicoterapista che ha trattato il caso.

⁷ Si veda, per un approfondimento di queste due definizioni degli obiettivi della psicologia clinica: Carli R., Paniccia R. M. (2005), *Casi clinici*, Il Mulino, Bologna.

Una riflessione sulle scale di valutazione della psicoterapia:
Working Alliance Inventory ed Analisi Emozionale del Testo
Di R. Carli, R.M. Paniccia, M.T. Grasso, N. Thermes

1 – Premessa

Una recente tendenza della ricerca per la verifica delle psicoterapie è orientata ad utilizzare questionari o scale fattorializzate al fine di valutare vari aspetti dell'andamento che, nel tempo, assume il lavoro psicoterapeutico. In particolare, una attenzione costante viene posta nei confronti dell'alleanza terapeutica.

Non è nostra intenzione entrare nel merito di una analisi approfondita di tali strumenti volti a dare conto dei risultati del trattamento, come delle “variabili” che intervengono nel processo psicoterapeutico.

Interessa, di contro, sottolineare un elemento che caratterizza precipuamente tutti gli strumenti “psicometrici” utilizzati entro l'ambito psicoterapeutico:

- si tratta di strumenti la cui compilazione è necessariamente effettuata da un *individuo* (sia esso il terapeuta, il paziente, un esperto chiamato a valutare l'evento psicoterapeutico)
- si tratta di strumenti che intendono valutare aspetti differenti di una *relazione*

In questa “contraddizione” tra l'oggetto della valutazione (la relazione) e l'attore della valutazione (l'individuo) sta il problema dal quale siamo partiti per la realizzazione di questo lavoro.

La psicometria è nata e si è sviluppata, nei primi sessant'anni del secolo scorso, con l'obiettivo di valutare, misurare e standardizzare prestazioni di singoli individui. L'oggetto “naturale” delle misurazioni psicometriche, dall'intelligenza alla motivazione, dalle attitudini all'inserimento sociale, era il singolo individuo. La psicometria, con il suo intento di predire il comportamento individuale nelle più disparate situazioni e nei più diversi contesti, ha avuto un grande successo pragmatico (si pensi alla selezione entro le forze armate o nell'industria, la valutazione standardizzata delle prestazioni oggetto di apprendimento) ed ha nel contempo consentito lo sviluppo degli strumenti di misura e dei problemi che gli strumenti stessi ponevano, se sottoposti ad attenta critica entro i dettami della stessa psicometria¹. Si pensi al problema del *set di acquiescenza*, sviluppati negli anni cinquanta e sessanta a proposito dei questionari; si pensi agli artefatti propri di risposte numeriche su scale che non avevano le caratteristiche delle scale di intervallo e nemmeno, spesso, quelle delle scale ordinali. I lavori di Lee J. Cronbach negli anni cinquanta, quelli di S. Messick negli anni settanta ed ottanta, al proposito, hanno rappresentato un vero e proprio incubo per gli psicologi che si affidavano a valutazioni soggettive su scale a quattro, cinque o sei passi. Ricordiamo che anche gli sviluppi della moderna psicometria, dalle misurazioni del clima di un sistema organizzativo a quelle di Customer Satisfaction, hanno sempre ed accuratamente utilizzato strumenti che avevano una profonda coerenza tra soggetto della valutazione (necessariamente l'individuo) e oggetto della valutazione (ancora fenomeni che avevano a che fare con l'atteggiamento, la motivazione, la cognizione individuali). La differenza con il passato si può ritrovare, ad esempio nella misurazione del clima aziendale, nell'assunzione che l'elaborazione statistica di dati individuali, se gli individui appartengono tutti ad una struttura organizzativa, possa dire qualcosa della struttura stessa.

La psicometria, d'altro canto, non si è mai confrontata con la rilevazione di fenomeni fondati sulla relazione. Non fenomeni sociali, lo ripetiamo. La psicometria ha studiato e studia i fenomeni sociali, con l'ipotesi che se chi si sottopone allo strumento psicometrici è una popolazione estesa e

¹ Ricordiamo le due condizioni che fondano lo strumento psicometrico: deve essere in grado di misurare ciò che dichiara di misurare (*validità*) e deve essere sufficientemente fedele (*attendibilità*), vale a dire deve essere in grado di non modificare le sue capacità metriche, in rapporto alle circostanze di applicazione.

definita, i dati della rilevazione (intesi come sommatoria di individui) possano dire qualcosa della situazione sociale alla quale i singoli rispondenti appartengono.

Forse, soltanto Bales (Bales, R. F. 1950, Interaction process analysis: A method for the study of small groups, Chicago: University of Chicago Press) ha proposto una metodologia per la rilevazione dell'interazione, sia pure entro il piccolo gruppo. Ciò, d'altra parte, comportava per l'osservatore la possibilità di essere presente all'interazione e di valutare con gli strumenti adatti le varie unità (interventi fatti dai singoli) dell'interazione stessa.

Ci si può chiedere il motivo per cui la psicologia non ha trovato strumenti per misurare o comunque rilevare la relazione. La risposta per noi è semplice: per lungo tempo la psicologia non ha trovato un modello interpretativo della relazione. E se manca il modello di un evento è impossibile trovare strumenti per una sua rilevazione.

Questo è il motivo per cui riteniamo che tra strumenti fondati sulla risposta individuale e tentativi di rilevazione, con tali strumenti, di un evento che non ha a che fare con l'individuo siano destinati al fallimento.

2 - L'alleanza terapeutica

Veniamo ora alla scala per la rilevazione dell'alleanza terapeutica. L'alleanza terapeutica è un evento tipicamente fondante la relazione. Essere alleati significa vivere un contratto reciproco fondato sulla visione condivisa della realtà. Non è possibile definire l'alleanza come atteggiamento, comportamento o sentimento di una sola persona. L'alleanza esclude dalla sua dimensione l'individualità. L'alleanza comporta un patto, una decisione che ha a che fare con la relazione. L'alleanza è un modo di espressione della relazione. L'alleanza comporta, d'altro canto, il riferimento ad una cosa terza che è l'oggetto dell'alleanza stessa. Due o più persone non sono alleate se ognuna di loro assume specifici atteggiamenti o comportamenti. L'alleanza prescinde da atteggiamenti o comportamenti dei singoli: è caratteristica della relazione e non dei singoli individui.

Questo vale a maggior ragione entro la nozione di alleanza terapeutica: connotazione che definisce specificamente la relazione tra paziente e terapeuta, non il paziente o il terapeuta. Non è quindi possibile chiedere al paziente o al terapeuta se "esiste" un'alleanza tra di loro. L'alleanza ha a che fare con la loro relazione, non con le impressioni o le valutazioni dell'uno o dell'altro. Se poi guardiamo alla relazione nelle sue componenti emozionali, risulta difficile "razionalizzare" le sue connotazioni tentando di definirne specifiche dimensioni cognitive. In particolare, nella psicoterapia psicoanalitica l'alleanza si confonde con il processo di transfert. E' arduo definire, entro la relazione, le componenti specifiche dell'alleanza e differenziarle dalla simbolizzazione collusiva che sostanzia il rapporto terapeutico.

Pensiamo alla scala WAI per la rilevazione dell'alleanza terapeutica:

1	Paziente e terapeuta sono d'accordo circa i passaggi che vanno affrontati per migliorare la situazione del paziente.	1 2 3 4 5 6 7
2	Paziente e terapeuta si sentono fiduciosi sull'utilità della loro attività terapeutica. (per esempio, il paziente riesce a guardare in modo diverso i suoi problemi)	1 2 3 4 5 6 7
3	Il paziente crede di piacere al terapeuta e il terapeuta crede di piacere al paziente.	1 2 3 4 5 6 7
4	Paziente e terapeuta sono confusi rispetto a ciò che stanno facendo in terapia.	1 2 3 4 5 6 7
5	Il paziente ha fiducia nelle capacità del terapeuta di aiutarlo.	1 2 3 4 5 6 7
6	Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati.	1 2 3 4 5 6 7
7	Il paziente sente che il terapeuta lo stima come persona.	1 2 3 4 5 6 7

8	Paziente e terapeuta sono d'accordo su quali siano le cose importanti su cui il paziente deve lavorare.	1 2 3 4 5 6 7
9	Paziente e terapeuta hanno costruito un rapporto di fiducia reciproca.	1 2 3 4 5 6 7
10	Paziente e terapeuta hanno idee differenti su quali siano i reali problemi del paziente.	1 2 3 4 5 6 7
11	Paziente e terapeuta hanno stabilito un buon livello di comprensione reciproca sul tipo di cambiamenti che sarebbero giusti per il paziente.	1 2 3 4 5 6 7
12	Il paziente crede che la strada intrapresa per risolvere i suoi problemi sia quella giusta.	1 2 3 4 5 6 7

Si può notare che molti item della scala iniziano con la formula “Paziente e terapeuta...”, come se l'alleanza terapeutica fosse riferibile all'uno ed all'altro, non alla relazione tra i due. L'idea è che, nella teoria di chi ha costruito la scala, la relazione sia l'esito scontato di quello che pensano, dicono, provano, fanno il paziente da un lato, il terapeuta dall'altro. La relazione come esito del “comportamento” delle sue persone che vivono la relazione, e non viceversa. L'unità di analisi sembra irrimediabilmente l'individuo e la relazione sembra la logica conseguenza di quanto “fanno” le singole persone.

Non entriamo nel merito dei singoli item e della loro capacità di misurare ciò che con la scala s'intende misurare.

Ci siamo posti, di contro, il problema se la scala fosse utilizzabile quale strumento o stimolo per analizzare la dinamica relazionale che gli item della scala stessa potevano evocare in una popolazione di psicologi e di studenti di psicologia, a partire dalla lettura del resoconto di una seduta di psicoterapia.

L'obiettivo della nostra indagine era quello di rilevare quale dinamica relazionale fosse possibile evocare a partire da una situazione clinica e dalle associazioni agli item della scala di alleanza terapeutica. Per verificare se l'alleanza terapeutica potesse essere ricondotta ad una dimensione di relazione, e non di risposta individuale.

3 – Metodologia

Un resoconto di una seduta di psicoterapia è stato proposto a 60 psicologi che praticano la professione psicoterapeutica ed a 60 studenti dell'ultimo anno del corso quinquennale di Psicologia Clinica dell'Università.

Il resoconto della seduta è riportato nell'allegato A.

Dopo la lettura del resoconto, è stato chiesto a ciascun partecipante di associare liberamente sui singoli item della Scala Working Alliance Inventory in riferimento alla seduta di psicoterapia appena letta; le associazioni sono state registrate e il testo così ottenuto è stato elaborato con l'Analisi Emozionale del Testo.

Una breve premessa su AET², la metodologia di analisi dei testi che abbiamo adottato. L'Analisi Emozionale del Testo si propone di individuare le culture, o per meglio dire le dinamiche emozionali collusive che attraversano ed organizzano un testo. Alla base di AET ci sono le *parole dense*. Si tratta di forme verbali, presenti in un testo, caratterizzate da elevata polisemia e da bassa ambiguità. Sono forme capaci di veicolare una elevata valenza emozionale, indipendentemente dal

² Il lettore che intenda approfondire la teoria e la tecnica della tecnica che fondano AET possono consultare il volume: Carli R., Paniccia R. M. (2003), L'Analisi Emozionale del Testo, FrancoAngeli, Milano.

contesto linguistico entro il quale sono situate. In un testo ci possono essere molte parole dense. L'analisi fattoriale delle corrispondenze e l'analisi dei cluster consentono di vedere come le parole dense presenti nel testo in analisi si organizzano tra loro, raggruppandosi in funzione di un legame statistico. Legame che per noi è anche legame collusivo, capace di organizzare quel cluster e di differenziarlo dagli altri, presenti nel testo stesso. Entro un cluster o Repertorio Culturale (R.C.), le parole dense (organizzate gerarchicamente dalla più centrale a quelle via via più periferiche) hanno la capacità di ridurre, nel loro incontrarsi entro il Repertorio, la polisemia infinita che le caratterizza se prese una ad una. Questo incontro di parole dense, con la loro riduzione reciproca della polisemia, intreccia un senso entro il Repertorio: un senso che viene dalla co-occorrenza (statistica) e dal processo collusivo (psicologico clinico) che il ricercatore può rintracciare e descrivere. Questa ricerca di senso, entro l'incontro di parole dense, propone il processo di collusione³ quale alternativa ad una lettura narrativa del testo. Con questo intendiamo affermare che, in ogni testo, si può rintracciare una dimensione narrativa volta appunto a narrare un evento, un'emozione, un'esperienza. La narrazione utilizza i legami presenti nel linguaggio, ed individua il senso che viene dall'articolazione del linguaggio stesso. Ma in ogni testo vi è anche una dimensione collusiva, quale emerge dalla simbolizzazione emozionale condivisa di un contesto. Alle parole dense ed al loro articolarsi entro i Repertori Culturali spetta il compito di veicolare la dinamica collusiva insita nel testo stesso. AET può essere utilizzata per evidenziare la dinamica collusiva presente in molti testi: ricordiamo, come esempi, i registrati di focus group condotti su argomenti interessanti per la ricerca-intervento; colloqui di analisi della domanda; diari tenuti da persone appartenenti a panel di ricerca su specifici argomenti; documentazioni prodotte da organizzazioni entro le quali interviene lo psicologo clinico; repertori di e-mail inviate da specifiche popolazioni a siti interessati ad analizzarle; scritti richiesti ad hoc a gruppi sociali per valutare esperienze formative o di psicoterapia. Come si vede, i testi dei quali stiamo parlando sono prodotti da più persone, da una numerosa popolazione entro la quale è interessante analizzare la dinamica collusiva. AET, d'altro canto, può essere utilizzata anche quando un testo è prodotto da due persone, come è il caso della psicoterapia; può essere utilizzato anche se a produrre il testo è una sola persona, purché siano definiti i tempi di produzione e sia interessante l'analisi dei processi collusivi, in funzione dei differenti momenti "storici" di produzione del testo stesso.

4 – Ipotesi di lavoro

Abbiamo utilizzato Working Alliance Inventory in due modalità: quella tradizionale, quale scala con valori numerici, da 1 (mai) a 7 (sempre) con cui valutare l'alleanza terapeutica entro la seduta offerta come situazione clinica standard ai partecipanti all'indagine; una modalità specifica della nostra ricerca, ove ogni item della scala veniva usato quale stimolo per associazioni verbali, riferite alla seduta.

Abbiamo raccolto le associazioni ai differenti item (tenendo suddivise le associazioni ai 12 item) ed abbiamo applicato AET al testo così raccolto.

L'ipotesi del nostro lavoro era di poter individuare modelli culturali di rappresentazione dell'alleanza terapeutica, in relazione tra loro entro uno spazio culturale, che fossero generati dagli item della scala e che potessero precisare, approfondire, definire anche, la nozione di alleanza terapeutica; mettendo, poi, in relazione i modelli culturali emersi nel testo con gli item della scala. AET, come s'è visto, non tratta il testo in relazione ai singoli individui che lo hanno prodotto, ma consente di rilevare i processi culturali collusivi che attraversano il testo, e che fondano la relazione emozionale entro il gruppo dei partecipanti all'indagine, a partire dallo stimolo offerto. Con AET, quindi, si può evidenziare la dinamica collusiva con cui viene rappresentato un rapporto, quello tra paziente e terapeuta, nella seduta offerta come pretesto per le associazioni. Con AET si evidenzia una duplice dinamica relazionale: quella tra persone che partecipano all'indagine, in riferimento alla

³ Per una definizione ed un approfondimento della nozione di collusione si veda: Carli R., Paniccia R. M. (2004), *Analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna.

relazione terapeutica. Si studia una relazione collusiva (quella terapeutica), attraverso una relazione collusiva (quella presente nel testo prodotto dai 120 “soggetti” partecipanti). Approfondiremo meglio questo intento nella sintesi finale, dopo la lettura dei dati emersi.

5 – I dati di AET

Precisiamo, in premessa alla lettura dei dati, che nell’individuazione delle parole dense emerse nel testo analizzato, non sono state considerate quelle che erano presenti nei differenti item di Working Alliance Inventory (ad esempio: comprensione, piacersi, aiutare, risolvere).

Qualche nota sull’analisi.

Il testo raccolto è stato scomposto dal programma informatico in 1595 Unità di Testo.

Nell’analisi sono state utilizzate 730 Unità di Testo, vale a dire il 46%.

Il numero delle parole dense analizzate è di 564, su un totale di 1897 forme verbali lemmatizzate presenti nel testo.

L’analisi ha dato origine a 5 cluster:

Cl. 1: 158 Unità di testo (21.64%)

Cl. 2: 264 Unità di testo (36.16%)

Cl. 3: 118 Unità di testo (16.16%)

Cl. 4: 107 Unità di testo (14.66%)

Cl. 5: 83 Unità di testo (11.38%)

La relazione tra Cluster ed item della Working Alliance Inventory è la seguente:

Cl. 1: è generato dalle associazioni degli item 4 – 5 – 12

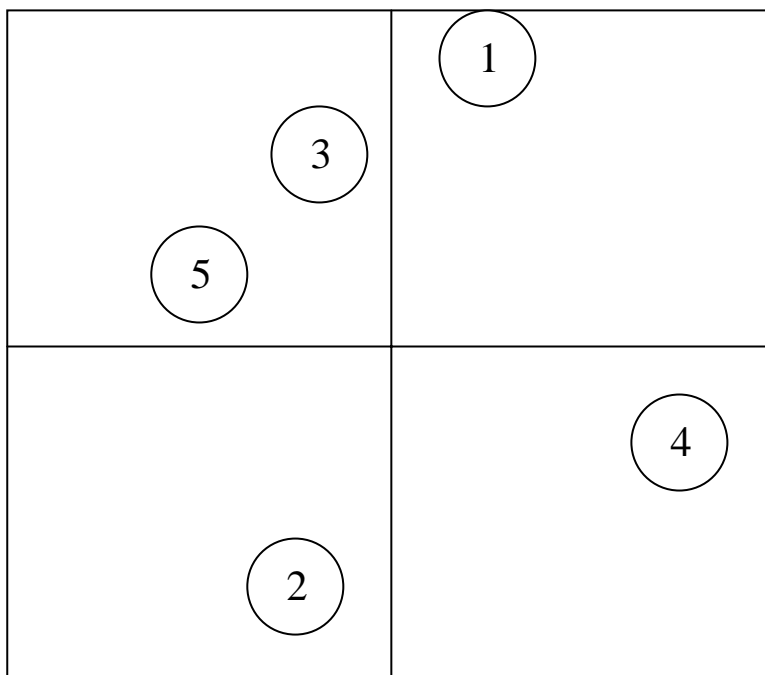
Cl. 2: item 8

Cl. 3: item 7 – 10 – 11

Cl. 4: item 1 – 2 – 9

Cl. 5: item 3 – 6

Vediamo ora come i Cluster i distribuiscono entro lo spazio fattoriale:



Riportiamo la relazione tra Cluster e fattori:

	Fact.1	Fact.2	Fact.3
¥01	0.171	0.768	0.447
¥02	-0.373	-0.865	0.295
¥03	-0.396	0.765	0.383
¥04	1.626	-0.252	-0.488
¥05	-0.868	0.304	-1.678

In grassetto sono segnalati gli item che hanno un rapporto a valore significativo con gli assi fattoriali.

Come si vede, sul primo asse fattoriale si contrappongono i Cluster 4 e 5. Vediamo il senso emozionale di questi Cluster.

Cluster 4

La prima parola densa è *bambino* (da *bambo* nel senso di sciocco, lo stesso etimo di bamboccio) che sta ad indicare un vezzeggiativo di un termine deteriorante, l'essere bambini come l'essere poco capaci di provvedere a sé, l'essere attraversati da emozioni che non si controllano e non si sanno utilizzare. La seconda parola densa è *piccolo*, ancora un diminutivo deteriorante (da *picca*, punta, per cui *piccolo* vale una piccola cosa).

Seguono parole dense come *piangere, nonno, sorridere, caldo, sguardo, notte, buio, armonia, odore, adulto*.

In sintesi si vede come nel Cluster si rappresenti la situazione di un piccolo bambino in difficoltà, impaurito da ciò che non conosce (notte, buio) e che viene accudito e rassicurato da un adulto, il nonno per eccellenza, con il contenimento dell'ansia attraverso lo sguardo, il sorriso, il calore, l'armonia.

Nessun accenno diretto alla psicoterapia: sembra che paziente e terapeuta siano trasformati, emozionalmente, nella relazione tra un bambino impaurito e piangente da un lato, un adulto rassicurante dall'altro. Qui si può chiaramente vedere come la dipendenza abbia a che vedere con fenomeni transferali, ove il paziente viene simbolizzato a bambino impaurito che vive con angoscia l'attesa rassicurante di un adulto. Si potrebbe anche dire che, nella rappresentazione transferale, l'assenza dell'adulto rassicurante si trasforma in presenza persecutoria; in base a tale persecutorietà si richiede il ritorno della presenza adulta: per mettere fine al processo di trasformazione dell'assenza in presenza persecutoria.

Ricordiamo gli item che hanno contribuito a generare il cluster:

1 – Paziente e terapeuta sono d'accordo circa i passaggi che vanno affrontati per migliorare la situazione del paziente

2 – Paziente e terapeuta si sentono fiduciosi sull'utilità della loro attività terapeutica. (per esempio, il paziente riesce a guardare in modo diverso i suoi problemi)

9 – Paziente e terapeuta hanno costruito un rapporto di fiducia

Cluster 5

La prima parola densa è *contratto* (da *cum trahere*, radunare, raccogliere, mettere insieme, il contrario di dissipare); si parla di qualcosa che si fa assieme, *cum*, e si parla dell'inizio, del principio di una cosa, di un affare. Seguono *percorso* (terapeutico) e *processo* (terapeutico).

C'è l'emozione del movimento, il correre di percorso e l'avanzare di pro – cedo (*cessi, cessum, cedere*). Seguono parole quali *evoluzione, decisione, domanda, scambio, competenza, supporto, disagio, perseguire, regole, setting*. Ancora il movimento verso qualcosa (evoluzione, perseguire), ma anche il motivo della terapia (disagio), la domanda e, importante, lo scambio (da cambiare con s durativo). Siamo nel pieno della relazione psicoterapeutica, segnalata nel suo senso di movimento verso qualcosa, motivato da un disagio (caratteristica del paziente) e dalla sua domanda (dal latino *de-mandare* che vale affidare, raccomandare, commettere; quindi domanda segna la relazione ove c'è qualcuno che funge da committente nei confronti di qualcun altro; la domanda è un tipo di relazione). Di qui l'idea che l'analisi della domanda sia l'analisi di una relazione, non dei problemi di un singolo!

In questo cluster, in sintesi, si configura una relazione diversa da quella del cluster opposto sul primo fattore; Là c'era la relazione di dipendenza di un bambino piangente da un nonno o da un adulto rassicurante; qui c'è la relazione di committenza, volta ad istituire un processo evolutivo, di movimento verso, fondata su un problema del paziente e sulla competenza del terapeuta.

Vediamo quali sono gli item, le cui associazioni che contribuiscono alla costruzione del cluster:

3 – Il paziente crede di piacere al terapeuta e il terapeuta crede di piacere al paziente

6 – Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati

Sul secondo fattore si situano i Cluster 1 e 3 ad un polo, 2 dall'altro. Poiché questi cluster stanno proprio sul secondo fattore, con irrilevanti relazioni con il primo fattore, tutti si dovranno collocare in una via di mezzo tra la dipendenza del cluster 4 e la relazione di scambio e di reciprocità del cluster 5.

Cluster 2

La prima parola densa è *sintonia* (dal greco *sùn*, che equivale al latino *cum*, e *tono*, con lo stesso tono, in accordo...espressioni che richiamano la relazione musicale di armonia). La seconda parola densa è *conoscenza* (*co – cum gnosco, gnovi, gnitum, gnoscere*) che vale imparare a conoscere, giungere alla conoscenza, anche attraverso l'esperienza. L'esperienza della sintonia, sembrerebbe, porta alla conoscenza. E' il rapporto che produce conoscenza. Seguono parole come *sfugge, slittare, discussione, insofferenza, calma, rapporto di fiducia, difficoltà, indagine*. Emerge l'ambivalenza che connota la cultura del cluster, ove la relazione sembra subire arresti, sembra vivere conflitti e confronti, ove la conoscenza passa da momenti di equilibrio e momenti di turbolenza. Qui si parla anche di fine, conclusione della psicoterapia, con la prevedibile dimensione conflittuale ed ambivalente che, nel rapporto, la fine è capace di evocare.

In sintesi, l'obiettivo della relazione è la conoscenza, ma soprattutto conoscenza della relazione stessa.

Un solo item sta nel cluster:

8 – Paziente e terapeuta sono d'accordo su quali siano le cose importanti su cui il paziente deve lavorare

Al polo opposto del secondo fattore si situano i cluster 1 e 3

Cluster 1

La prima parola densa è *sicurezza*, da *se(d) – senza e cura – cruccio*; vale quindi “senza crucci”, senza problemi potremo dire. La seconda è *sereno* di origine greca, vale secco, asciutto, senza piogge. Le prime due parole, quindi, parlano della preoccupazione di avere dei problemi entro l'esperienza psicoterapeutica, e di della speranza – certezza di evitare tutto questo. Ciò confermato dalle parole dense che seguono: *paura ed ansia*. Paura, nel suo etimo, è il sentimento che si prova

per l'essere stati battuti, e l'ansia il sentimento che viene dal sentirsi stretti da qualcosa. Sono emozioni che indicano, quindi, il timore di un pericolo ambientale imminente. Si può notare, anche in questo cluster, l'andamento altalenante tra la sicurezza e la paura, tra la serenità e l'ansia. Tale andamento continua nelle parole dense che seguono: *speranza e preoccupazione; entusiasmo e perdita; insicurezza e soddisfazione; tranquillità e inganno*. Qui l'obiettivo non è la conoscenza della relazione, come nel cluster 2 del polo opposto, ma la sicurezza e la serenità: stati d'animo personali, chiaramente riferiti a sé; stati d'animo che si raggiungono quando non ci sono pericoli nella relazione e nel contesto (visti, questi ultimi, solo nella loro dimensione minacciante), quando si è sicuri di aver allontanato le minacce incombenti.

Tre gli item che stanno nel cluster:

- 3 – Il paziente crede di piacere al terapeuta e il terapeuta crede di piacere al paziente
- 5 – Il paziente ha fiducia nelle capacità del terapeuta di aiutarlo
- 7 – Il paziente sente che il terapeuta lo stima come persona

Cluster 3

La prima parola densa è *valutazione*, dal latino *valeo* che significa essere in forza, essere forte, robusto; essere sano; sino a avere valore. *Valutazione* è quindi un apprezzamento di quanto l'altro è in forza o vale: se si vuole, è una diagnosi riferita al corpo, allo spirito o al valore sociale di un singolo. La seconda parola densa è *consapevolezza*, dal tardo latino *con sapere* che significa l'aver esatta cognizione di sé.

Se nel cluster 2 c'era la conoscenza riferita alla relazione, qui emerge la conoscenza riferita a sé. La terza parola è *intimità*, ove si sottolinea al massimo grado ciò che è interno, interiore. Qui il linguaggio si fa "tecnico", con un chiaro riferimento alla teoria psicoanalitica: *difese, resistenze, inconscio, rigidità*. Interessante notare che nel cluster compare la parola densa *alleanza* (terapeutica) che sembra aver a che fare con la valutazione e la diagnosi riferita al mondo interno del paziente. L'alleanza, d'altro canto, sta nell'*esplorare* il mondo interno, nella *condivisione* della conoscenza, nel *comunicare* quindi quanto emerge. L'obiettivo che emerge nel cluster è, quindi, la conoscenza di sé, tramite strumenti e modelli che consentano di esplorare l'inconscio, il mondo interno nella sua più recondita profondità ed intimità.

Tre gli item che stanno nel cluster:

- 7 – Il paziente sente che il terapeuta lo stima come persona
- 10 – Paziente e terapeuta hanno idee differenti su quali siano i reali problemi del paziente
- 11 – Paziente e terapeuta hanno stabilito un buon livello di comprensione reciproca sul tipo di cambiamenti che sarebbero giusti per il paziente

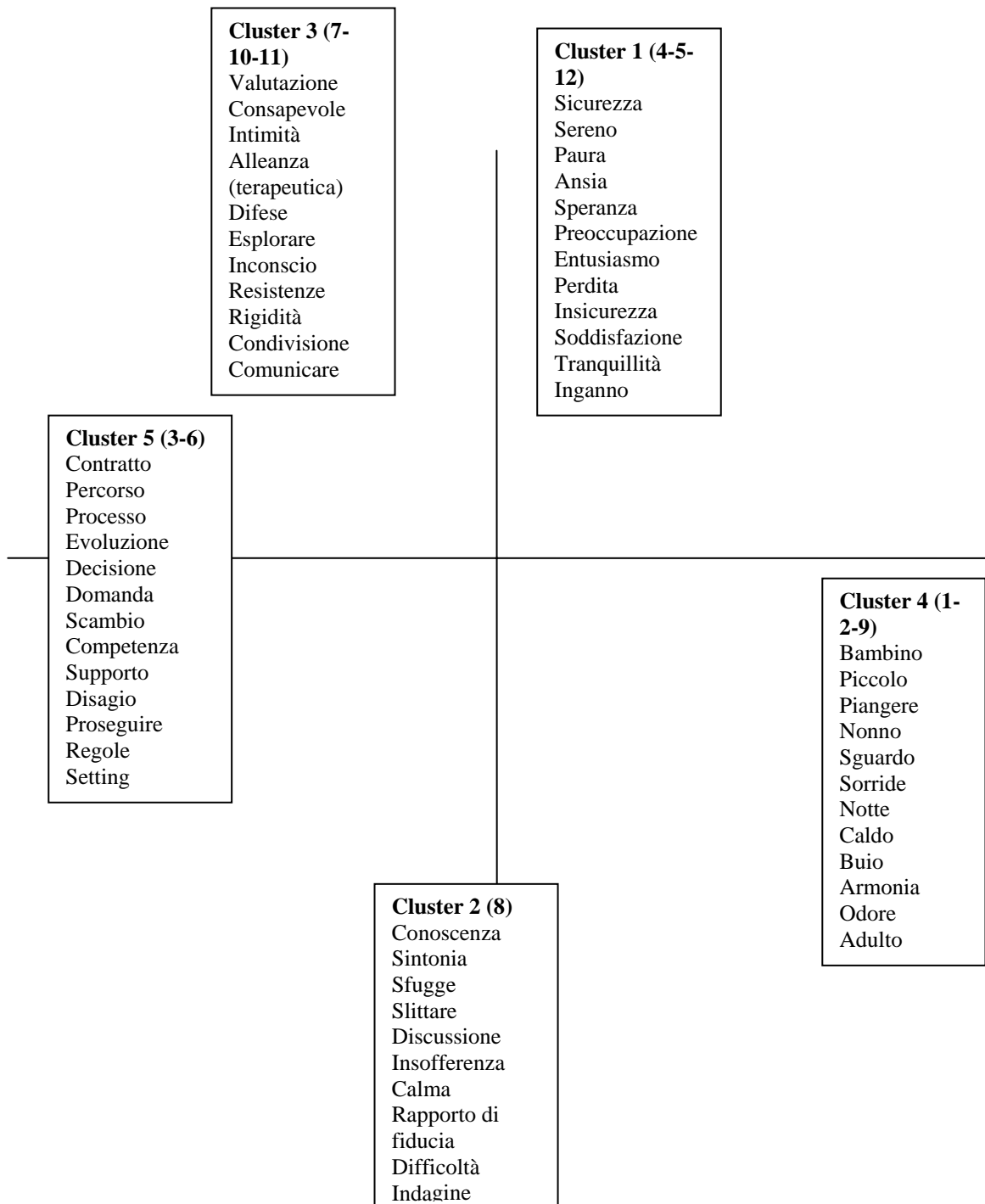
6 – Conclusioni

Ricordiamo in breve gli obiettivi della nostra ricerca:

- a. evidenziare la componente di *relazione* che sostanzia il costrutto di "alleanza terapeutica", mettendo in discussione la sua nozione strettamente individualista
- b. utilizzare a tale scopo gli item della Working Alliance Inventory in un modo diverso dal suo uso abituale: motivare i partecipanti all'indagine, dopo la lettura di una seduta di psicoterapia, ad associare sul caso appena letto tramite i differenti item della Working Alliance Inventory; trattare il testo così ottenuto con l'Analisi Emozionale del Testo al fine

- di rilevare i modelli collusivi presenti nel testo e trasformare quindi gli item della scala in un pre-testo per evidenziare le componenti relazionali dell'alleanza terapeutica
- c. analizzare la relazione tra i modelli collusivi ed i differenti item della Working Alliance Inventory, al fine di rilevare una sorta di "analisi fattoriale collusiva" degli item stessi, vedendone la relazione tra ciascuno di loro e le componenti relazionali dell'alleanza terapeutica

Riassumiamo in uno schema i modelli collusivi emersi con la nostra indagine:



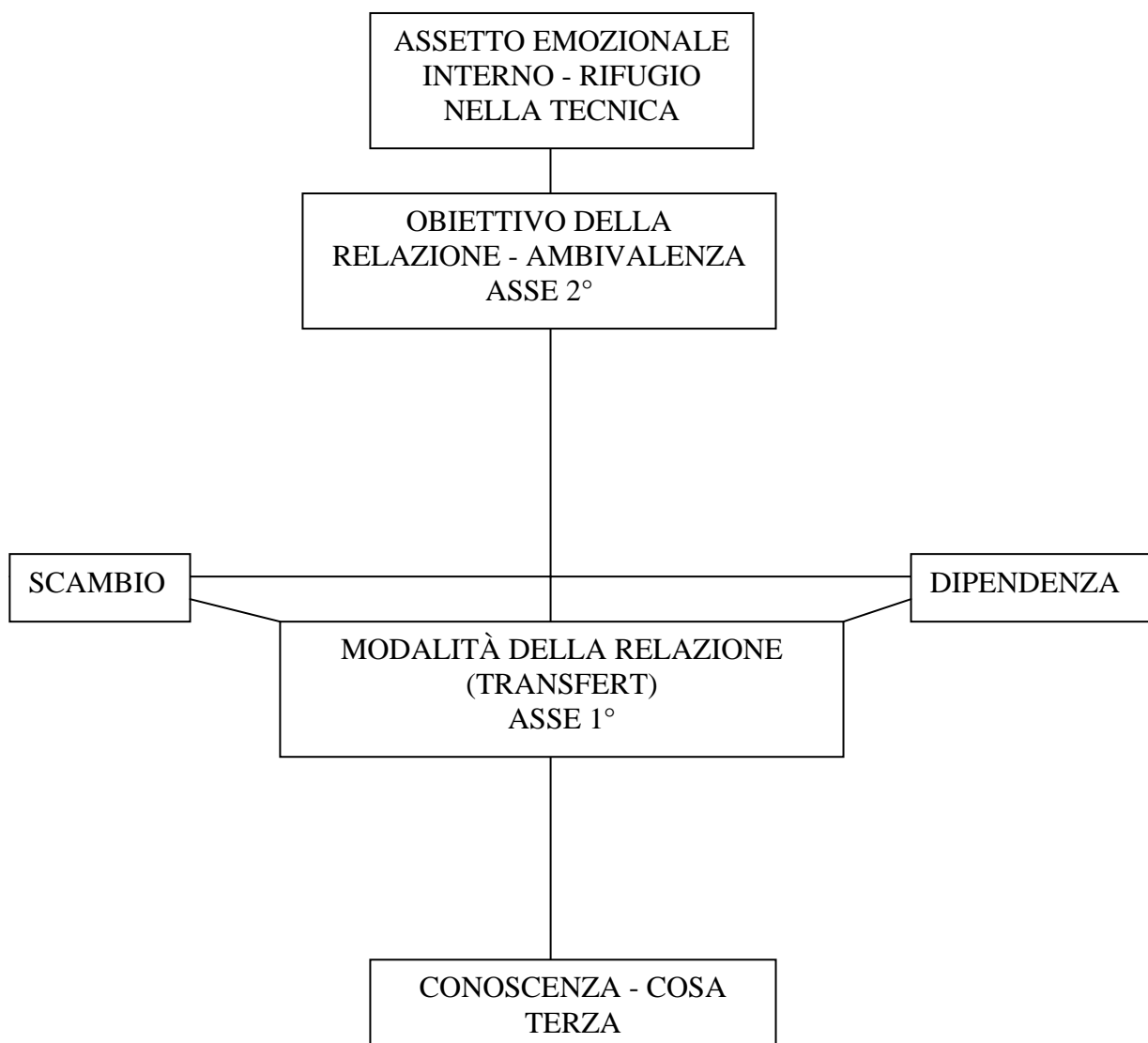
Nello spazio fattoriale sono disposti i cinque cluster con a fianco i numeri degli item della Working Alliance Inventory che con le associazioni loro riferite hanno contribuito a generare i cluster stessi. Sono anche riportate le principali parole dense che caratterizzano ciascun cluster.

Si è visto come il primo asse fattoriale, quello orizzontale, caratterizzato alle sue polarità dai cluster 4 e 5 assuma un preciso significato: si tratta di un asse che segnala le differenti modalità della relazione terapeutica; si va dalla *dipendenza* del paziente dal terapeuta del cluster 4, alla relazione *simmetrica* e di *scambio* del cluster 5. Da un lato la relazione è assimilata a quella di un bambino disperato, piangente nella notte in cui si sente abbandonato e che cerca la rassicurazione nello sguardo, nella presenza dell'adulto benevolo; dall'altra la relazione è quella di domanda (domanda che, anche nell'etimo, significa relazione fondata sulla committenza), ove si costruisce un contratto per percorrere un cammino, un processo concordato. Nel primo caso il terapeuta "corregge" il deficit dell'angoscia, nel secondo si "promuove assieme" uno sviluppo, entro una relazione fondata su regole condivise. Interessante notare che la dipendenza è rappresentata metaforicamente, senza alcun accenno, nelle parole dense, alla funzione terapeutica o alla situazione di terapia. Come dire che sul primo asse si rileva una stretta relazione tra rapporto transferale e alleanza terapeutica. Tra le due polarità che caratterizzano il primo asse fattoriale, si può ipotizzare l'ambivalenza di una relazione ove viene meno la definizione dei ruoli fondata sulla dipendenza e non si è ancora consolidata la simmetria della relazione fondata sullo scambio. In questa *area dell'ambivalenza* si dispone il secondo asse fattoriale, lungo il quale si dispongono, ai due poli, i cluster 2 da un lato, 1 e 3 dall'altro.

Ad un polo del secondo fattore (cluster 2) compare un *obiettivo della relazione*: la *conoscenza*. Si ipotizza che la conoscenza richieda sintonia e rapporto di fiducia, ma sulla loro strada si frappongono discussioni, difficoltà, si sente che la cosa può sfuggire (di mano), si vive quindi una dimensione conflittuale e problematica.

All'altro polo, di contro, sembra (cluster 1) non esserci una "cosa terza" quale obiettivo della relazione, e quest'ultima appare totalmente centrata su se stessa: si vorrebbe sicurezza e serenità (assenza di problemi) ma compaiono di contro i problemi emozionali: paura ed ansia. La contraddizione emozionale che caratterizza la relazione sembra attraversare tutti gli incontri di parole dense del cluster. Nel cluster 3, infine, alla conoscenza della relazione si sostituisce una conoscenza di sé, del proprio valore, tramite la relazione psicoanalitica; ci si rifugia nella tecnica del "mondo interno" per definire un obiettivo di valutazione dell'intimità personale.

Riassumiamo tutto questo in una nuova definizione del piano fattoriale:



Veniamo ora alle considerazioni conclusive sull'alleanza terapeutica, quale emerge nella ricerca. Ricordiamo che abbiamo individuato le componenti collusive della nozione di alleanza terapeutica nel seguente modo:

- a. un gruppo di psicologi - psicoterapisti e di studenti di psicologia (60 soggetti e 60 soggetti)
- b. ha letto la trascrizione di una seduta di psicoterapia (vedi allegato)
- c. ha associato, pensando alla seduta, ai 12 item della Working Alliance Inventory
- d. ha infine dato un punteggio ai veri item della scala, in riferimento alla relazione tra paziente e terapeuta della seduta

Applicando la metodologia Analisi Emozionale del Testo al testo così raccolto è stato possibile giungere ad una "descrizione" dei modelli collusivi che organizzano, nell'insieme dei soggetti partecipanti alla ricerca, la nozione di alleanza terapeutica.

Si è visto che due sono gli assi che organizzano i modelli collusivi:

- a. *l'alleanza terapeutica come modalità della relazione*: si va da un'alleanza intesa quale dipendenza del paziente (visto quale bambino impaurito) dal terapeuta (visto quale adulto

rassicurante; ad un'alleanza vista scambio simmetrico in funzione della domanda. Interessante ricordare che la dipendenza è rappresentata collusivamente quale dimensione simbolico – transferale, senza accenno diretto alla psicoterapia. Ciò evidenzia come la dimensione relazionale sia difficilmente distinguibile nelle sue componenti di alleanza e di transfert. Almeno per quelle impostazioni teoriche entro le quali il transfert ha una rilevanza pragmatica.

- b. *l'alleanza terapeutica descritta nei suoi obiettivi*: si va dall'obiettivo di conoscenza (cosa terza nella relazione) ad un obiettivo interno all'emozionalità del paziente, la sicurezza e la serenità, o la valutazione rassicurante del terapeuta psicoanalista. Qui è preponderante l'ambivalenza nella relazione, ed il perseguimento degli obiettivi passa da conflitti, discussioni, preoccupazioni.

La collocazione separata, sui due assi, della *relazione* e degli *obiettivi* (pur nella loro ambiguità ed ambivalenza) sembra ben rappresentare il processo di scissione che la nozione di alleanza, nelle formulazioni della WAI, induce in chi ha associato agli item della scala. Pensiamo che la nozione di alleanza terapeutica, ad un confronto tra la nostra impostazione teorica ed i dati emersi nell'indagine, sia data dall'*integrazione tra relazione di scambio e prodotto di conoscenza*, quindi si situi nel quadrante in basso a sinistra, entro lo spazio fattoriale emerso nella ricerca.

Sia quindi formulabile quale superamento della fantasia di possesso che la relazione terapeutica può collusivamente indurre, e nell'individuazione di una "cosa terza" che funzioni da elemento motivante la relazione di scambio.

Ma, se così definita, l'alleanza terapeutica è più l'obiettivo di una terapia volta allo sviluppo, che la premessa di una terapia volta alla correzione del deficit.

Allegato A

Seduta utilizzata per l'indagine.

Pz.: C.

Pz.: E' stata una settimana un po' movimentata.

Lunedì mio padre aveva telefonato a mia madre dicendogli di andare a pranzo martedì perché gli doveva dire delle cose e martedì invece ha telefonato poco prima di pranzo dicendo che non poteva. Mio padre che era stato avvertito, ha telefonato, ha disdetto e poi ha detto vi chiamo. Mia madre è stata in ansia, era nervosa e se l'è presa con me, non ho capito perché. Avevo messo su il riso e poi non lo avevo controllato pensando che lo controllasse lei e quindi clima abbastanza invivibile nel quale io non riuscivo a studiare. Poi mia madre ha iniziato a dire che fai, studi, non studi, cosa che non ha mai fatto.

T.: Che stai studiando?

Pz.: Mi sto preparando un esame.

Pz.: Mi dice a che punto sei, come va.

T.: Si è messa a fare pressione?

Pz.: Sì, probabilmente sono io che la sento così.

T.: Sta facendo così adesso e prima non l'ha mai fatto, oppure gliel'ha sempre fatto?

Pz.: No. E' una cosa nuova. A pranzo la mia amica con cui studio all'università, partiva e quindi abbiamo pranzato insieme. Sono andata a cena con un mio ex e gli ho detto di non telefonarmi mai più per cortesia.

T.: Che è successo?

Pz.: Niente, è successo che per me questa situazione non portava a niente perché comunque non eravamo riusciti ad essere amici. Ogni volta che ci vediamo dice delle cose per cui non è una amicizia. Lui sta con una persona e quindi non vedo come gli venga in mente neppure di pensarle.

T.: Ci ha provato?

Pz.: Sì. Mi ha detto ma io sento così, e io ho detto che comunque ci stavo male perché non eravamo riusciti ad essere amici e lui così mi ha detto che avrebbe lasciato lei per mettersi insieme a me ed io gli ho risposto di no. Quindi l'ho pregato di non chiamarmi e lui assolutamente non era d'accordo con questa cosa, perché secondo lui è una soluzione troppo drastica rispetto al problema che è minimo.

Giovedì mattina di nuovo con mia madre che girava furente per casa al che telefono a mio padre e gli dico che sarei andata da lui per qualche giorno e lui mi ha detto che non c'era problema perché sarebbe partito e quindi io mi sono detta sto a casa e la sera magari studio mi trovo un mio spazio un po' più tranquillo. Ci sono stati dei problemi e mi ha accompagnato mia sorella. Ho cenato e sono stata con mio padre e la mattina dopo pensavo che lui dovesse andare a lavoro. Invece ha insistito che andassimo a fare una passeggiata e quindi non ho studiato. Gli ho detto a mio padre ti aveva detto di non creare problemi, è una richiesta un po' d'aiuto dall'esterno per quello che puoi visto che sai qual è la situazione. E lui allora tu dici che io ho dei comportamenti equivoci. Mi ha spiegato che non era un comportamento equivoco ma che era semplicemente che in situazioni normali il comportamento è normale e in situazioni che non sono normali il comportamento che comunque è normale può risultare più o meno deleterio; pare che abbia capito. La sera sono andata a cena con un mio amico.

Il giorno dopo mi sveglio pensando evviva fuori tutti ed invece mio padre non parte perché l'amico con cui doveva partire stava poco bene. Dopo pranzo si presenta a casa P. dicendo che avrebbero dormito.

In tutto ciò avrebbero dormito la sera a casa di mio padre perché a casa di lei c'era il figlio.

Nel pomeriggio loro escono ed io mi rimetto un po' a studiare e a leggere e entro nel panico perché devo assolutamente uscire la sera, perché se sto a casa mi viene l'angoscia e oltretutto non mi

andava per niente di dormire lì, ma non mi andava proprio e ritornare a casa mia perché c'era mia madre

Quindi mi metto d'accordo con una mia amica, ma poi questa non poteva. Allora telefono ad un altro mio amico, poi telefono a R. quello con cui volevo parlare tutto il pomeriggio e non l'ho trovato.

T.: R. chi è?

Pz.: E' quello con il bambino.

T.: Facciamo un passo indietro perché adesso non mi ricordo.

Pz.: Ho avuto una storia con questo uomo.

T.: Sì me lo aveva accennato.

Pz.: Poi ad un certo punto ho detto basta perché non c'è una prospettiva e quindi tranquillamente e ci sentiamo. Poi ci siamo rincontrati ed è stato molto gentile. Mi aveva richiamato, poi questa storia più o meno è ricominciata, tanto è che io sono andata dormire da lui.

T.: E' ricominciata questa storia?

Pz.: Sì, non è che è ricominciata come storia ma ci siamo visti qualche volta, una volta sono rimasta a dormire da lui.

T.: Chi dei due ha fatto il passo?

Pz.: Lui perché ci siamo incontrati ad una cena

T.: Per caso.

Pz.: Sì per caso e poi mi ha richiamato, siamo andati una volta a cena. Allora gli telefono e gli dico posso venire a dormire da te? Si puoi, vieni tranquillamente.

T.: Ha trovato dove dormire.

Pz.: Sì, ho trovato dove dormire. Però avevo fatto un casino e mi ero messa d'accordo con un'altro amico e allora dicevo a R. che devo fare, che non devo fare? e lui giustamente mi dice se vuoi vieni a dormire qua, se vuoi vieni prima ceniamo insieme, facciamo quello che ti pare adesso regolati tu. Se vuoi uscire con questo tuo amico e poi ci vediamo dopo va bene, se vuoi venire adesso va bene". Alla fine sono andata a cena con quest'altro. Poi ho chiamato R. e quest'altro mi ha voluto scortare fino a casa di mio padre.

T.: E perché ha fatto scena?

Pz.: Perché non mi andava di dire che andavo a dormire da un mio amico.

Pz.: Tra l'altro è già successo altre volte perché di solito mi capita che spesso gli dica di non accompagnarmi perché sono abituata, sono incosciente però sono abituata e questa volta non c'è stato verso di dire di no.

T.: E' entrata, ha chiuso e poi è riuscita.

Pz.: E sì. E poi sono andata a casa di R. e siamo andati a letto a dormire che era tardissimo e quindi io che volevo trovare un mio equilibrio mi sono sballata tutti gli orari, tutte le cose, sono insofferente. Poi mi sveglio la mattina dopo a casa di R., vado a pranzo da mio padre per riprendere le mie cose perché ho detto "va bene, vado a casa mia". Mia sorella mi diceva che le cose vanno meglio e avevo sentito mia madre per telefono ed era migliorata. Pure mia sorella nel week-end era andata dal nuovo fidanzato.

T.: Continuano ad uscire insieme anche col precedente?

Pz.: Praticamente ora il suo migliore amico è diventato il suo fidanzato e il suo fidanzato è diventato il suo migliore amico.

Vado a pranzo da mio padre, facendo dei discorsi veramente astrusi.

T.: Chi li faceva?

Pz.: Lui.

T.: I discorsi astrusi sembrava che li facesse lei.

Che discorsi le faceva?

Pz.: P. mi ha detto che siccome in questi giorni mi sono un po' lamentato che voi state un po' così, lei mi ha detto, guarda tu per me puoi anche tornare a casa tua con tua moglie, tanto io non ti mollo. E allora lui mi fa che cosa ci sarà sotto? Certo poi se uno lo fa ha assunto un rischio. Ed io ho detto

un rischio enorme ha assunto, conoscendo te. Probabilmente ti voleva dire che non è lei che ti trattiene. Ognuno è libero.

Poi siccome io gli avevo detto se era possibile non telefonare a mia madre, poi disdire e rimandare gli appuntamenti, allora lui ha detto tu sei aggressiva, forzi la cosa sui miei comportamenti, ed io sono stata brava perché ho mantenuto la calma

Pz.: Poi sono tornata a casa mia.

T.: Dopo tutto questo peregrinare.

Pz.: Dopo tutto questo peregrinare e non trovare uno spazio fisico mio, tranquillo, pacifico. Ero veramente stanca, stressata, sotto pressione e poi la sera sono uscita. Sono insofferente, non mi va di fare niente. Anche quando non decidevo, non mi andava in realtà di fare niente. Sarei stata volentieri a casa da sola a vedere un film oppure a fare i fatti miei.

T.: Qual è il problema? Apparentemente ce ne sono tanti però c'è una linea di fondo che è dietro di te.

Pz.: Questo non trovare uno spazio dove mettermi un attimo tranquilla.

T.: Lei intende uno spazio fisico?

Pz.: Sì anche.

T.: Non è uno spazio psicologico?

Pz.: Probabilmente. Non mi sono rilassata, non trovo proprio i tempi di ricarica, non riesco a concentrarmi per studiare.

T.: Va bene quando trovava la tranquillità.

Pz.: Pure andare a casa di mio padre per trasferirti è un macello, sono partita con la valigia i tomi, i codici, i vestiti. E' sempre insufficiente perché pesavano e poi comunque non avevo tutti i libri da consultare

T.: Questa insofferenza?

Pz.: Questa insofferenza probabilmente è mia, data da questa mancanza di spazi psicologici e spirituali. E' come se avessi deciso sempre al limite della sopravvivenza cioè io sono andata a casa di mio padre perché era una scelta di sopravvivenza, o andavo lì, oppure

T.: Oppure?

Pz.: Oppure restavo a casa ma stavo sicuramente male; allora ho provato a trovare un altro spazio.

T.: E' stata male uguale.

Pz.: Sì, però sono stata male anche per una serie di circostanze perché se mio padre fosse partito veramente, questo spazio, questa tranquillità l'avrei trovata.

T.: Sembra che l'unica soluzione possibile di benessere in questo periodo era quella di stare da sola.

Pz.: Ma stare da sola non è solo per stare da sola è anche per studiare e concentrarmi. Se vado da mio padre non riesco proprio a fare una cosa che voglio fare.

T.: Non glielo può dire?

Pz.: Sì, ma lui che ci può fare? Non ci può fare niente, la casa è quella, lui non è che può andare ramingo. A casa della sua donna non ci poteva andare sennò ci sarebbe andato perché glielo avevo detto.

T.: E' possibile stare nella stessa casa però separati psicologicamente cioè nel senso che poi ognuno pensava alle cose sue?

Pz.: Non lo so, probabilmente era anche un fatto di aspettativa che io avevo e questo cambiamento di programma non mi piaceva.

Probabilmente poi è anche una difficoltà mia a separare mentalmente.

T.: Mi sembra che ci sia qualcosa che ha unito questi giorni e di fatto è stata molto visibile. Cosa?

Pz.: Lo stato di pressione.

T.: L'umore di quelli che la circondavano?

Pz.: Sì, quando raggiungo una certa soglia di grado di stress non riesco a separare le cose.

T.: Perché non ci riesce? In qualche modo è come se scappasse, ha fatto un po' da spugna cioè mamma era nervosa e lei si innervosiva, papà era indaffarato e lei si indaffarava e poi alla fine non si riusciva a trovare uno spazio per lei da sola.

Pz.: Sì, però non è che se mia madre era nervosa io mi innervosivo, ma io sto magari nervosa per fatti miei. Con lei quando ci si incontra siamo su due poli.

T.: Stavate nervose pari?

Pz.: Probabilmente sì.

T.: E lei perché stava insofferente di suo?

Pz.: Per questa situazione un po' così di lei, di mio padre nell'altra parte. Perché comunque queste cose mi sovraccaricavano tanto da non riuscire a chiudermi e a studiare.

T.: Cosa è che la sovraccarica?

Pz.: Il solito lavoro mentale.

T.: Ma a cosa è finalizzato questo lavoro mentale, qual è il problema? C'è un problema che in qualche modo le occupa la mente?

Pz.: Il primario problema che mi occupa la mente è riuscire a studiare.

T.: Che però non riesce a fare perché è occupata a fare altre cose. Che cos'è che la sta ossessionando in questi giorni?

Pz.: Non lo so. Perché è un circolo vizioso come ragionamento

T.: Cioè?

Pz.: Non riesco a studiare anche per questa angoscia che non ci riesco.

T.: E' chiaro che l'angoscia peggiora con la possibilità di studiare o meno. Però comunque lei ha delle fortissime emozioni

A che cosa sono legate? Che cos'è che le dà disagio?

Pz.: Probabilmente certe atmosfere.

T.: Quali atmosfere?

Pz.: Per esempio l'atmosfera nervosa di casa mia.

T.: Di che cosa litiga con sua madre?

Pz.: Ma in realtà per esempio l'ultima volta non ci ho nemmeno litigato.

T.: Ha preso ed è partita?

Pz.: Sono stata zitta ad ascoltare quello che diceva.

T.: Però ci sono stati degli scambi?

Pz.: C'erano stati, di solito rispondo, ma questa volta no, anche sforzandomi, perché non è nel mio carattere stare zitta e buona. Probabilmente in questo momento lei sta peggio di me, anche se io sono nervosa, quindi potevo fare lo sforzo di stare a sentire cose senza senso, dal riso che si è bruciato al fatto che dice non so dove hai messo la macchina, urlando. Non è che ci ho litigato in realtà ma è proprio l'atmosfera. Le cose che vede che dice e che fa sono assolutamente insensate, no insensate quanto meno esagerate.

T.: Se fosse così vuol dire che perderebbe il problema.

Pz.: Il problema è che comunque non rispetta lo spazio vitale mio.

T.: Non è questione di dominio sul mondo cioè se sua madre le dicesse delle cose insensate chi se ne frega. Il problema suo è che si sente invasa da quello che sua madre le fa.

Pz.: Sì, perché viene ad urlare.

T.: Appunto non è una questione di insensatezza assoluta ma è proprio una questione che si sente invasa la libertà.

Pz.: Se lo facesse in un stato normale ce la manderei diecimila volte, però mi sembra che in questo momento abbia una percezione della realtà un po' sfasata.

T.: Cioè?

Pz.: Che da una stupidaggine monta un casino aggiungendoci cose che non c'entrano niente, lei me l'ha dette nello stesso contesto.

T.: Comunque c'è una linea di fondo nel modo in cui ha reagito in quanto si è arrabbiata con la mamma e se n'è andata, si è arrabbiata con il suo ex e ha chiuso.

Pz.: No, anzi la mia tendenza è quella di non chiudere.

T.: Però in questi giorni la sua tendenza è quella di allontanarsi, comunque è infastidita.

Pz.: Tutte no però qualcuna sì.

T.: Dalle situazioni che mi presenta oggi come problematiche.
Il sentimento di fondo che accompagna tutto questo mi sembra che sia un'irritazione. Che significa?

Pz.: Non è mia abitudine fuggire.

T.: Non sta fuggendo.

Pz.: Se sono andata da un'altra parte era perché credevo che fosse la cosa migliore per me, per mia madre.

T.: Lasci stare sua madre, per lei. Stava male lei e se n'è andata lei. Oppure, quando è andata via da casa di papà non l'ha fatto per far star meglio papà ma l'ha fatto perché non si trovava bene lei. Oppure, quando ha detto al suo ex che non vi volevate più vedere non l'ha fatto per aiutare il processo di crescita psicologico.

Pz.: Poi lei dovrebbe sapere che comunque prima di fare una cosa calcolo, considero le varie cose.

T.: E infatti questo è come in qualche modo si figura la cosa però fondamentalmente ha fatto tutte quante le scelte sulla base del suo fastidio, no?

Pz.: Sì.

T.: E poi magari gli effetti collaterali erano anche che comunque pensava che avrebbe fatto del bene agli altri però andando al nocciolo della questione ha seguito il suo desiderio. Non ci interessa nemmeno se ha fatto bene, male ma comunque ha ragionato su di sé.

Pz.: Sì, perché pensavo che fosse un momento in cui o ragionavo per me o non sopravvivevo proprio.

T.: E' infatti. Comunque ha cercato di proteggersi dagli umori degli altri.

Pz.: Sì.

T.: Proviamo ad immaginarci una situazione tranquilla che farebbe?

Pz.: Per un attimo cercherei di rilassarmi poi cercherei di prendere un ritmo di studio soddisfacente.

T.: Comunque il suo desiderio di fondo è quello di poter studiare in santa pace?

Pz.: Sì.

T.: Poi?

Pz.: Poi basta.

T.: Un buon luogo per studiare tranquilla qual è?

Pz.: Casa mia.

T.: Casa dove sta mamma?

Pz.: Sì casa dove sta mamma perché ci sono tutti i miei libri che devo consultare, devo scrivere, devo fare.

T.: Il suo territorio vitale in questo momento è quello.

Pz.: Sì. Poi comunque la situazione è molto migliorata. Mia madre adesso è molto più tranquilla, stava lavorando.

T.: L'idea di fare anche mamma la terapia?

Pz.: Ho preso l'appuntamento.

T.: Quindi andate?

Pz.: Sì. Poi uscirà presto la data dell'esame.

T.: R. quanti anni ha?

Pz.: Trenta cinque.

T.: Cosa fa?

Pz.: Adesso non fa niente. Prima lavorava e adesso siccome ha questo bambino penso che sta cercando qualcosa.

T.: Come si colloca?

Pz.: Probabilmente si colloca come casa, luogo tranquillo e sicuro.

T.: Ma è un affetto o un asilo?

Pz.: Prima un asilo e poi un affetto.

T.: Ma come lo vive come una persona rassicurante, cosa rappresenta?

Pz.: Rassicurante no. Credo come una persona dalla quale in questo momento posso prendere delle cose di cui ho bisogno senza altre implicazioni.

T.: Cioè una persona che non fa troppe domande? Ci si può passare del tempo senza sentirsi coinvolta.

Pz.: Esatto.

T.: E' molto coinvolta invece dalla storia tra mamma e papà? La tocca parecchio che non si capisce bene che vuole. Papà comunque un po' ambiguo è in effetti. Sembra quasi che dipenda da P., se non fosse per P. potrei anche tornare.

Pz.: Sì, ma quando l'ha detto è stato stroncato perché è una possibilità astratta che va eliminata perché non è possibile che lui pensi di ritornare a casa, perché non sta né in cielo né in terra. Non ci pensa perché anche lui lo dice.

T.: Non è che sta dando dentro a questo processo?

Pz.: Ma il minimo naturale di figlia che ha un dialogo con tutte e due, forse in posizione troppo paritaria.

T.: Che significa troppo paritaria?

Pz.: Quando ho parlato con mio padre e gli ho detto questa cosa lui si è inalberato e gli ho detto che visto com'è la situazione a casa di non fare cazzate e ad un certo punto lui mi spiegava le motivazioni, che i programmi possono cambiare, e io gli ho detto papà il discorso è che sono venuta a farti una richiesta d'aiuto e tu mi stai spiegando. Mi stai aiutando. però emotivamente sei su un altro pianeta.

T.: Cioè suo padre non riusciva a sintonizzarsi in una sua richiesta d'aiuto? Non ho capito.

Pz.: Sì, si sintonizzava però non è capace a star vicino affettivamente.

T.: Questo la fa arrabbiare?

Pz.: Mi fa arrabbiare, no mi dispiace. Non mi fa arrabbiare.

T.: In che senso?

Pz.: Mi dispiace e vorrei che questa cosa succedesse e mi fa stare male il fatto che non succede.

T.: Perché lei ci sta male?

Pz.: A mio padre io gli ho detto che mi aspetto soprattutto da lui una richiesta d'aiuto in disposizione di una situazione che sta in un certo modo.

T.: Cioè la sua richiesta d'aiuto qual è?

Pz.: La mia richiesta d'aiuto è stata di non fare quello che aveva fatto cioè telefonare, non telefonare.

T.: Richiesta d'aiuto finalizzata?

Pz.: Finalizzata probabilmente anche a farmi dire tesoro non importa, non ti preoccupare.

T.: Lei ha fatto una richiesta d'aiuto che emotivamente era diretta verso se stessa?

Pz.: Sì.

T.: Del tipo papà mi sento male, ho bisogno di te? Però gliel'ha espressa del tipo papà non comportarti in questa maniera con mamma.

Pz.: Non gliel'ho richiesta così in realtà. Questa cosa è un esempio concreto per dire di aiutare me emotivamente.

T.: Ma gliel'ha detto esplicitamente?

Pz.: Sì, gli ho detto tutto esplicitamente proprio come mangio.

T.: Io volevo capire se gli ha detto che così facendo confondeva mamma.

Pz.: Sì, confondeva mamma ma questo fatto che confondeva mamma si riversava in una situazione di casa che lui sa benissimo qual è e che è la mia.

T.: Ma gliel'ha detto che è la sua?

Pz.: Certo che gli ho detto che è la mia.

T.: E com'è andata?

Pz.: Si è arrabbiato ma non è che si è arrabbiato. Diciamo che lui come tendenza iniziale è quella di impermalirsi.

T.: Cioè sente una critica e si arrabbia.

Pz.: Un po' si arrabbia, un po' ragiona solo razionalmente e poi si fa anche fatica a riportare la cosa sul livello giusto; però se uno si applica alla fine ci riesce.

T.: Contemporaneamente mi sembra che stia assumendo anche una posizione di mediatrice.

Pz.: No. Parlo direttamente con mio padre delle cose di mio padre, che riguardano lui dicendo la situazione di casa, ma non in relazione a niente, e con mia madre addirittura non parlo mai di mio padre, perché è meglio così e neanche con mio padre parlo di mia madre.

T.: Com'è che stare in questo spazio fisico di suo padre è problematico?

Pz.: E' tutta una serie di cose in realtà il programma era quello di andare lì per stare entro uno spazio fisico senza nessuno.

T.: Lei non voleva stare con papà ma voleva stare da sola?

Pz.: Sì, volevo stare con mio padre un pò. Questo era il programma. E poi è problematico, perché la casa è piccola.

T.: Lei comunque ha un'irritabilità di fondo?

Pz.: A volte di più a volte di meno. Ma rispetto a cosa?

T.: Rispetto al mondo.

Pz.: Al mondo? Sì.

T.: Adesso non è specifico del rapporto con papà. E' che soffre molto delle relazioni con le persone vicine.

Pz.: Sì, però non capisco.

T.: Dovrebbe capire se ci sta qualcosa che riguarda specificamente il rapporto con papà e il rapporto con mamma o se è proprio lei in questo momento.

Pz.: Probabilmente tutte e due, parlando proprio di questa settimana e di questo particolare caso.

T.: Gli obiettivi più a lunga scadenza?

Pz.: Come idea è più ferma, ma come pratica come cose ci stanno sempre di mezzo altre necessità. Sono un po' nervosa, ecco perché si sta esprimendo con veemenza.

T.: Con mamma non ci può stare con papà nemmeno.

Pz.: No, ora è capitato, però con mamma ci posso stare ho la mia camera.

T.: Un obiettivo della prossima settimana?

Pz.: Di darmi una calmata, poi riuscire a studiare a stare un po' più tranquilla. Tanto non è che me ne frega niente di uscire, va benissimo sto a casa tranquilla a studiare, una volta al cinema si torna a casa. Non è necessario badare alla vita sociale in questa settimana.

T.: Ma c'è un vuoto in questo modo?

Pz.: Sì, forse non me le voglio cercare neanche.

T.: Sono io che quando parlo non riesco ad azzeccare lo stato d'animo giusto?

Pz.: No. Sono proprio io.

T.: Cioè?

Pz.: Sono io che forse sfuggo, non sono chiara. Me lo dicono molte persone.

T.: Cioè mettiamo che io faccio cinquanta ipotesi ho qualche speranza che due o tre sono giuste?

Pz.: Sì la speranza c'è.

T.: Sono io che non ci sto pigliando? Oppure per quanto possono essere giuste, corrette, precise, indovinate le mie ipotesi comunque è proprio difficile che lei si lasci inquadrare.

Pz.: E' difficile che io mi lasci inquadrare, è difficile.

T.: Come io metto l'obiettivo su un suo aspetto subito ne se ne è aperto un altro.

Pz.: Visto il mio modo di ragionare, il modo in cui mi vedo io, è vero che sicuramente dipende da me. Io penso di spiegarmi meglio però evidentemente non ci riesco mai.

T.: Perché lei mette a fuoco su una cosa che l'altra persona non sta focalizzando in quel momento e sintonizzarsi è impossibile.

Pz.: Se me lo dice dall'esterno io ci credo.

T.: E' che per poter ragionare in maniera più completa in realtà siamo ancora nelle fase in cui per arrivare alla sintonia c'è bisogno della conoscenza, no? E' come se di fatto lei sentisse che non la conosco abbastanza e che quindi anche se non è riuscita a cogliere un aspetto comunque ci sono ancora tanti aspetti del carattere che sente che dovrei conoscere, no?

Pz.: Sì, però quello che mi preoccupa è che a parte il fatto della terapia comunque questo è un problema mio anche rispetto a persone che mi conoscono da tanto tempo, è quello che mi preoccupa.

T.: Qual è il problema?

Pz.: Lo scopo invece sarebbe proprio l'opposto cioè quello di farmi atterrare, di far capire da che verso devo essere presa però ammetto che evidentemente è difficile perché sfuggo.

T.: Una persona si sente completa quando riesce ad entrare in sintonia con un'altra persona. La sua operazione è quella di far slittare la sintonia, no?

Pz.: Probabilmente questa cosa di presentare l'altra faccia la faccio io con me stessa, per cui questo è il mio meccanismo che quando vado a fare o a dire le cose faccio le stessa cosa.

T.: Deve rendersi conto che in qualche modo lei sta sistematicamente slittando fuori dalle relazioni. Questo ha un effetto peggiorativo sulla conoscenza di se stessa.

B. Cordella, A. Pennella, C. Latini, A. Florio, L. Summa, M. Grasso

La formazione in Psicologia Clinica: quali strategie per la promozione delle risorse

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica
Università di Roma “La Sapienza”

PREMESSA

Il contributo che presentiamo si inserisce nel tema generale di questo Simposio – psicoterapia intesa come correzione di un deficit o come perseguimento di sviluppo – focalizzando, in modo specifico, la formazione alla clinica.

Ci proponiamo, infatti, di ragionare sul modo in cui può essere orientata la didattica, coerentemente con la concezione di un intervento clinico volto allo sviluppo della relazione utente-contesto. Come cercheremo di argomentare, essa, a nostro parere, dovrebbe avere l’obiettivo di sviluppare la relazione studenti-contesto.

La scelta di questa prospettiva è dettata dal lavoro che il nostro gruppo – composto da tirocinanti, specializzandi, dottori di ricerca e contrattisti – realizza presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma “La Sapienza”¹, collaborando alle attività didattiche svolte dal prof. Grasso nell'ambito di questa stessa Facoltà. La cattedra cui facciamo riferimento si occupa “dell'intervento psicologico e della psicoterapia” e propone il relativo insegnamento, pur con declinazioni ed approfondimenti diversi, nel percorso della laurea di base, della laurea specialistica e della scuola di specializzazione in psicologia clinica.

In particolare, nell'ambito della laurea triennale ² denominata “Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Intervento clinico per la persona, il gruppo e le istituzioni”, il nostro gruppo è impegnato, oltre che nella verifica dell'insegnamento sopra detto, anche nella realizzazione del “*Laboratorio di Analisi della Domanda*” ed è proprio su tale esperienza che intendiamo focalizzare il nostro discorso.

RIFLESSIONI SULLO SCENARIO

Prima di addentrarci nello specifico riteniamo però utile proporre alcune considerazioni rispetto alla presenza dei Laboratori nei Corsi di Laurea della Facoltà di Psicologia.

In questo senso, ci sembra importante richiamare la riforma Zecchino che, come è noto, ha definito una nuova organizzazione per l'Università Italiana. Il D.lgs 509 del 2000 ha infatti riformato gli itinerari accademici prevedendo due livelli di laurea – la prima triennale e la seconda biennale – corrispondenti rispettivamente a 180 e 120 crediti, ognuno dei quali ha un valore definito in termini di lezioni o di studio individuale.

¹ La nostra Università, nell'anno accademico 2001/2002, ha adeguato gli ordinamenti didattici ed i piani di studio in base a quanto previsto nella legge 509/2000. L'ordinamento attuale prevede, quindi, una laurea di base, della durata di 3 anni, ed una laurea specialistica conseguibile in due anni. La nostra Facoltà propone, per la laurea di base, quattro diverse prospettive, di cui due a caratterizzazione prevalentemente clinica. Ogni corso di laurea, inoltre, ha attivato, alcune esperienze didattiche specifiche denominate *Laboratori*.

² Presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma, “La Sapienza” sono previsti due diversi corsi a caratterizzazione clinica, l'uno citato nel testo e l'altro denominato “Scienze e Tecniche Psicologiche della Valutazione e della Consulenza Clinica”.

Non è necessario disquisire sulle valenze simboliche riconoscibili nei termini di tipo bancario (crediti e debiti) utilizzati dalla riforma o sottolineare la connessione tra crediti e giornata di studio – equiparata alle otto ore lavorative di un lavoratore dipendente – per rendersi conto della saldatura che si è cercato di operare tra università e mercato del lavoro. In quegli anni, i mezzi di comunicazione di massa sottolineavano spesso, a proposito della riforma, che l'Italia si trovava indietro nelle statistiche internazionali, che non si producevano abbastanza laureati per soddisfare le esigenze del mercato di una società civile e che era urgente un cambiamento: il legislatore, così, ha esplicitamente tentato di riorganizzare il sistema universitario al fine di renderlo più flessibile e più aderente ai bisogni del sistema produttivo.

L'idea di prevedere livelli diversi di approfondimento e specializzazione, dalla laurea di primo livello ai master di secondo livello fino a specializzazioni e dottorati di ricerca, dovrebbe infatti consentire un raccordo più efficace ed efficiente con le richieste degli studenti, da un lato, e quelle del mercato del lavoro dall'altro.

Come sappiamo, tutto ciò ha suscitato reazioni contrastanti fortemente connotate in senso emozionale: da una parte, si è sottolineato il rischio che si potesse falsare e depauperare l'identità e la funzione dell'università. Si è detto, ad esempio, che “con la scusa di adeguare il sistema universitario nazionale a quello degli altri Paesi europei, in realtà [se] ne snatura la funzione, asservendo gli studi superiori agli interessi e alle esigenze spicciole del mondo produttivo e trascurando completamente le finalità per le quali il mondo accademico è stato creato, [...] la trasmissione della conoscenza e la produzione di nuovo sapere” (Ricci, 2000, cit. in Bartocci, 2001).

Dall'altra, si è rimproverato e rimarcato il gap esistente tra il mondo accademico e quello sociale e produttivo, ma anche l'inefficienza del sistema universitario, di cui si deplorava l'elevato numero di studenti fuori corso e l'eccessiva età dei nostri laureati rispetto a quella dei colleghi europei, cosa che implicherebbe la scarsa competitività del sistema.

Non è nostra intenzione entrare nel merito del dibattito che ha visto contrapporsi detrattori e fautori della riforma. Lo abbiamo evocato solo in quanto indicatore del cambiamento – in atto ormai da alcuni decenni – delle rappresentazioni sociali del sistema universitario. Se fino agli anni settanta, per fare un esempio, la laurea era considerata un segno di distinzione e di affermazione sociale, ma anche un *pass par tout* per il mondo del lavoro, oggi si tende a viverla come un “pezzo di carta” necessario, ma poco spendibile dal punto di vista lavorativo e comunque tale da richiedere un’ulteriore formazione.

La riforma, quindi, non fosse altro che per le marcate risposte emozionali che ha suscitato, può essere considerata l’espressione fenomenica del fallimento della collusione su cui si fondavano i sistemi di convivenza sociale di cui stiamo parlando. In altri termini, le relazioni esistenti tra l’università, gli studenti ed il mondo del lavoro, fondate per lungo tempo sulla dinamica affiliativa e di scambio, si sono invece assestate sulla dinamica del potere e sulla contrapposizione con l’altro, vissuto emozionalmente come un estraneo incomprensibile che si deve possedere e controllare. Ecco quindi emergere, da un lato, uno studente percepito a volte come un alieno di cui non si riconoscono più richieste e bisogni nonché un mondo produttivo vissuto come egoista e tracotante, dall’altro un’università percepita come una realtà scissa dal contesto, arroccata su posizioni e conoscenze obsolete.

Come si diceva, la nostra riflessione non si focalizza però sulla qualità della riforma, cosa che rischierebbe di far slittare il discorso sul piano dei contenuti, collocandoci quindi all’interno di quel dibattito cui facevamo cenno, ma riguarda il senso che la riforma può avere per l’attività formativa. Se, come si è detto, l’università è chiamata a valorizzare le finalità professionalizzanti dei propri corsi, perché si ritiene che ciò possa oggi rispondere ai bisogni di un mercato del lavoro in cui è sempre più importante la dimensione tecnica, la questione è interrogarsi sul senso e sulla fattibilità di tale richiesta.

C’è subito da dire che si dovrebbe resistere alla tentazione di considerare la riforma un evento, per così dire, *traumatico* a cui rispondere in modo automatizzato ed irriflessivo, negando ad esempio

qualsiasi valore alle richieste espresse dal Decreto oppure implementando in modo automatico ed indifferenziato l'operatività dei Corsi di Laurea. Nel primo caso, ci si rifugerebbe in una sorta di torre d'avorio, confermando proprio quello scollamento dal mondo sociale e produttivo che si rimprovera all'università e dimenticando che la legittimazione di una qualsiasi professione dipende anche dal rapporto con il *profano* e dalla capacità di rispondere in modo competente ai suoi bisogni. Nel secondo caso, si rischierebbe – in linea con la metafora organicista utilizzata per le organizzazioni – di considerare l'università un organismo malato su cui è necessario intervenire con appropriate cure, avviando cioè interventi correttivi di tipo ortopedico, tesi a ricondurre il sistema universitario ad una presunta normalità, senza tuttavia interrogarsi sul significato del cosiddetto sintomo.

Ci sembra evidente che in entrambi i casi saremmo di fronte a degli agiti collusivi.

Ma in che modo, allora, rispondere alle questioni poste dalla riforma? Quale atteggiamento assumere nei confronti di una situazione in cui è evidente, almeno dal nostro punto di vista, il fallimento delle modalità collusive che per decenni hanno fondato la relazione università-studenti-lavoro?

Premesso che la questione può avere declinazioni diverse anche in funzione del carattere nomotetico o idiografico delle discipline a cui si fa riferimento, riteniamo, preliminarmente, che ci si debba porre innanzitutto obiettivi di *sviluppo*, più che di *cura*. Se si riuscisse infatti a considerare la riforma come un'occasione per ridefinire l'adattamento dell'università al contesto sociale, la questione si porrebbe allora nei termini di una possibile riconfigurazione di quelle regole del gioco su cui si organizza la relazione tra il sistema universitario ed il sistema Paese. Per dirla in altri termini, sarebbe necessario individuare le risorse disponibili condividendole all'interno di una relazione in cui l'estraneo – il mondo produttivo, nel caso dell'università – non sia un nemico da asservire o combattere, bensì il portatore di aspetti della realtà che possono essere valorizzati all'interno di una relazione di scambio.

In tale prospettiva, e prendendo spunto dalle proposte avanzate dall'Isfol (1997), si dovrebbe tentare la definizione delle competenze che caratterizzano gli psicologi professionisti, al fine di indirizzare la formazione verso l'acquisizione delle competenze medesime. O ancora, nell'ottica di ampliare gli spazi dell'intervento psicologico, si dovrebbe, da un lato, delineare una mappa dei bisogni espliciti e latenti espressi dal sistema produttivo e sociale e che potrebbero rientrare nell'ambito dell'operatività psicologica, dall'altro si dovrebbe delineare una serie di profili professionali congruenti a tali mappature. In altre parole, si dovrebbero interfacciare bisogni e competenze.

Prescindendo, infatti, dalle cosiddette competenze di *base* (conoscenza di una lingua straniera, informatica, elementi di diritto del lavoro, ecc.) e da quelle *trasversali* (capacità di diagnosi, relazione e confronto³), gli itinerari formativi universitari dovrebbero promuovere quelle conoscenze e capacità *specifiche* dei profili professionali che intende formare, cioè quelle competenze che possano consentire un intervento congruente alle problematiche poste dalla propria area di riferimento.

Naturalmente tutto ciò pone alla psicologia una serie di questioni, sia rispetto alla definizione da dare a questa disciplina – la consideriamo, infatti, una scienza che si occupa dei comportamenti individuali o delle relazioni individuo-contesto? –, sia sul senso e sulla possibilità di un'effettiva scomposizione delle competenze specifiche. Fino a che punto è infatti possibile procedere su questa strada correlando competenze – intese a questo punto come obiettivi – ed attività didattiche senza incorrere nel rischio di una eccessiva segmentazione?

LA LOGICA DEL LABORATORIO DI ANALISI DELLA DOMANDA

Sospendiamo tuttavia queste considerazioni di carattere più generale, a favore di alcune riflessioni relative al nostro Laboratorio che, come abbiamo detto, è incentrato sul tema dell'*Analisi della Domanda*. Non è certo questa la sede per riproporre le implicazioni teoriche di questo tema o per

³ Con il termine confronto si fa riferimento alla capacità di confrontarsi con le situazioni lavorative o, se si preferisce, di affrontare le stesse. Vengono riassunte in tale capacità la presa di decisione, il sapersi coinvolgere, il saper negoziare, ecc.

sottolineare l'importanza di una teoria della tecnica atta a fondare l'operatività psicologico clinica.

Piuttosto, vorremmo illustrare il modo in cui abbiamo impostato l'attività formativa.

In questo senso, siamo partiti proprio dal significato del termine: la parola "laboratorio" indica infatti un "luogo debitamente attrezzato destinato allo svolgersi di un determinato lavoro" (ad es. di sartoria o falegnameria). Il termine deriva dal latino medioevale *laboratorium*, a sua volta connesso al verbo *laborare* con cui si indicava – come nell'italiano moderno – l'utilizzo di energie fisiche e mentali necessarie all'effettuazione di un'attività produttiva.

E' interessante notare che da questo verbo si origina anche la parola "elaborare", utilizzata per indicare sia un'attività svolta con cura e sistematicità, sia quel particolare processo fisiologico che consente all'apparato digerente di trasformare i cibi in elementi utili all'organismo.

Il "laboratorio", in qualche modo, è dunque un luogo deputato allo svolgimento di un'attività (processo) che implica una "digestione", cioè una elaborazione attenta ed accurata di elementi utili al raggiungimento di un determinato prodotto.

Certo si potrebbe aggiungere che il termine "elaborare" può avere una doppia declinazione: sul versante *fisico* evoca la digestione e lo stomaco – quella "pancia" a cui si fa spesso riferimento per parlare di emozioni –, sul versante *mentale* suggerisce invece il pensiero e quei processi con cui si raccolgono e si organizzano i dati per giungere ad un prodotto dotato di senso.

Alla luce di questo, si configurano almeno due questioni degne di essere sottolineate: la prima relativa al "tipo" di lavoro da svolgere all'interno di un Laboratorio iscritto in un Corso di Laurea come il nostro; la seconda concernente la dimensione emozionale che, proprio nel nostro contesto, non può essere oscurata.

Come cercheremo di mostrare, le due questioni non sono affatto scindibili.

Veniamo allora al modo in cui abbiamo organizzato il nostro Laboratorio.

Che "tipo" di lavoro svolgere?

Molte volte ci siamo domandati come impostare la didattica in modo da favorire l'acquisizione di una determinata metodologia clinica, tenendo ovviamente conto delle rappresentazioni parziali – se non francamente distorte – che gli studenti ci propongono in tema di “analisi della domanda”.

Non è infrequente, infatti, l'idea di acquisire una metodologia focalizzata e circoscritta alla sola fase di valutazione. Spesso, gli studenti ritengono cioè che l'analisi della domanda possa e debba risolversi in un tempo ridotto (ad esempio un incontro) e che si esaurisca nella capacità di comprensione che caratterizza uno psicologo competente, cosa che lascia ovviamente aperta la questione di come proseguire un eventuale intervento.

Alla base di tali rappresentazioni, ci sembra possibile rilevare il permanere del “modello medico”, solo apparentemente modificato grazie alla sostituzione di alcuni suoi termini (valutazione, diagnosi, ecc.) con altri, riconosciuti validi dal contesto clinico universitario.

Ciò che sembra mancare è l'idea che la competenza psicologico clinica risieda nella capacità di attivare un *processo* di relazione, necessariamente co-costruito, nei tempi e nelle possibilità di sviluppo, da quanti ne sono coinvolti. In qualche modo potremmo dire che manca l'idea “dell'altro” con cui *confrontarsi* e con cui *condividere* il percorso. Forse è anche per questo che gli studenti trovano particolarmente difficile elaborare una restituzione per il materiale clinico proposto a lezione, formulare cioè delle verbalizzazioni che possano racchiudere non solo le caratteristiche che si ritiene di aver riconosciuto nell'altro, ma anche la propria *presenza* all'interno della relazione in quello specifico contesto.

Alla luce di tali considerazioni, si è scelto di sottolineare, all'interno del nostro Laboratorio, la *dimensione di processo* che caratterizza un'analisi della domanda, specificando quelle *capacità*⁴ che, a nostro parere, compongono la competenza a condurla.

Soffermiamoci su quanto detto con l'aiuto dello schema elaborato dal nostro gruppo di lavoro (cfr. fig. 1).

⁴ Utilizziamo il termine capacità secondo la definizione che ne propone l'ISFOL. In tale prospettiva la competenza a realizzare un lavoro si compone delle conoscenze (teoriche) e delle capacità (pratiche) finalizzate all'obiettivo.

Come si può constatare, in esso si assume come elemento fondante sia il concetto di domanda sia l'utilità di analizzare la stessa, e ci si propone di descrivere *cosa significa* analizzare una domanda, sia in termini di *obiettivi* (punti *a-d*), sia in termini *procedurali* (seconda parte dello schema). Focalizzare il *cosa significa* ed il *come si fa* corrisponde dunque a quanto di fatto avviene nell'ambito del nostro Laboratorio e costituisce pertanto il "tipo" di lavoro che in esso si attua. C'è da dire, inoltre, che la collocazione temporale del Laboratorio nel secondo semestre, in un momento quindi successivo allo svolgimento degli insegnamenti teorici relativi al tema in questione, ci consente di valorizzare la dimensione operativa, senza correre un eccessivo rischio di scinderla da quella teoria e teoria della tecnica a cui è necessario riferirsi se si intende evitare lo sviluppo di una "tecnica senza teoria" (Carli, Paniccia, Lancia, 1988).

FIG. 1 – Analisi della domanda: obiettivi e procedure

<p>Analizzare la domanda significa:</p> <p>(a) decifrare il modo in cui, chi la pone, si relaziona emozionalmente con gli oggetti del proprio contesto;</p> <p>(b) capire perché tale modalità emozionale, di porsi in relazione, non risulta più funzionale;</p> <p>(c) esplorare la possibilità che si istituisca un "pensiero";</p> <p>(d) condividere con l'interlocutore la definizione del "problema" da affrontare, passando dal disagio ⁵ dichiarato (ripristino della collusione) alla co-costruzione del problema (fallimento collusivo: necessità di individuare una nuova modalità di entrare in relazione a partire dalla lettura del contesto, dalla riscoperta dell'altro e delle proprie possibilità di relazione).</p> <p>E' necessario, quindi,</p> <ul style="list-style-type: none"> • osservare ed ascoltare <ul style="list-style-type: none"> ➤ (<i>obiettivo</i>) Nel tentativo di evidenziare gli indizi utili a decifrare la domanda (modalità di relazione) ed il suo aspetto fallimentare (la domanda oltre ad un utente esprime anche un committente). Formulare ipotesi. ➤ (<i>chi, che cosa</i>) L'altro, se stessi, la relazione che si con-pone (nel senso del modo in cui ognuno si pone in essa, ma anche come composizione che si va creando). La narrazione come là e allora ma anche come qui ed ora. ➤ (<i>in che modo</i>) Attraverso se stessi ed il proprio modo di categorizzare che richiama alla necessità d'essere consapevoli della propria ineludibile soggettività. Attraverso l'utilizzo di categorie concettuali (criteri) tratte dalla teoria (selezione delle informazioni, valore attribuito ad esse) ed una dimensione tecnica opportunamente utilizzata⁶.
--

⁵ La distinzione tra disagio dichiarato e problema può essere rintracciata in Grasso Cordella Pennella (2003) pag.58.

⁶ Nel nostro schema, ogni punto della seconda parte riporta, alla voce "*in che modo*" la stessa espressione: "attraverso una dimensione tecnica opportunamente utilizzata". Con tale espressione intendiamo riassumere il nostro pensiero

- **esplorare**
 - (*obiettivo*) Verificare o disconfermare le ipotesi formulate.
 - (*chi, che cosa*) Quanto viene proposto nell'ambito della narrazione e della relazione.
 - (*in che modo*) Attraverso una dimensione tecnica opportunamente utilizzata.
- **restituire**
 - (*obiettivo*) Proporre una riformulazione della narrazione e della relazione (la restituzione è inscindibile dall'esplorazione, ciò che si esplora è ciò che viene focalizzato; e ciò propone già una modalità di lavoro e lascia intravedere l'obiettivo).
 - (*chi, che cosa*) Quanto si ipotizza.
 - (*in che modo*) Attraverso una dimensione tecnica opportunamente utilizzata.
- **condividere**
 - (*obiettivo*) Co-costruzione di un setting atto ad occuparsi del problema.
 - (*chi, che cosa*) L'obiettivo del lavoro.
 - (*in che modo*) Attraverso una dimensione tecnica opportunamente utilizzata

La seconda parte dello schema rappresenta il nostro tentativo di distinguere le *operazioni*⁷ *concettuali* e *materiali*⁸ che compongono la competenza a realizzare un intervento psicologico.

In modo particolare, abbiamo individuato quattro⁹ capacità¹⁰, per altro assolutamente note, quali *osservare/ascoltare, esplorare, restituire e condividere*. È utile sottolineare che i termini scelti per denominarle pongono in luce, a nostro avviso, proprio quella dimensione di “scambio”¹¹ che, come abbiamo prima ricordato, ci sembra deficitaria negli psicologi in formazione.

relativamente alla dimensione tecnica. In particolare, sottolineiamo la necessità di conoscere le diverse tipologie di intervento verbale a disposizione dello psicologo e l'opportunità di utilizzare le stesse per formulare ed esplorare le ipotesi interpretative, favorendo, allo stesso tempo, una elaborazione, da parte del cliente, delle proprie narrazioni. L'opportunità è data, quindi, sia dalla capacità di attivare un processo di esplorazione ed elaborazione dei vissuti proposti dal cliente sia dalla capacità di tener conto dei tempi e delle possibilità di sviluppo che caratterizzano la relazione di quest'ultimo con lo psicologo.

⁷ Chiamiamo “operazione” l'insieme delle azioni dirette ad uno scopo.

⁸ L'espressione “operazioni concettuali e materiali” è tratta da Cimino (1995, pag. 89) secondo il quale focalizzare lo studio del metodo (ovvero la metodologia) significa considerare “la successione logica delle operazioni mentali e materiali” necessarie al raggiungimento di uno scopo.

⁹ Non stiamo affermando la necessità di distinguere il percorso di un possibile intervento psicologico in quattro operazioni. La numerosità di queste ultime può essere aumentato o ridotto in ragione degli obiettivi di chi le propone. Con ragione, ad esempio, si può ritenere che “osservare ed ascoltare” siano una sottocategoria di “esplorare”. Noi le abbiamo distinte per differenziare la capacità di cogliere indizi utili a comprendere ed orientare il processo di Intervento (osservare ed ascoltare), dalla capacità di proporre interventi che facilitino l'esplorazione (esplorare).

¹⁰ A nostro avviso, in ambito psicologico clinico, le capacità si compongono necessariamente di operazioni sia materiali che concettuali.

¹¹ Per chiarire cosa intendiamo con il termine “scambio” si pensi, ad esempio, all'opportunità di verificare le ipotesi interpretative che, appunto, sono ipotesi e non “verità oggettive” o, ancora, alla necessità di compiere un lavoro che tenda alla condivisione di queste.

In quest'ottica, la prima capacità è quella che si riconosce necessaria per formulare le ipotesi, mentre le successive sono ad essa consequenziali – verificare le ipotesi, restituire e condividere le stesse – disegnando, nel complesso, un percorso necessariamente ricorsivo.

Per ogni fase del processo, identificata con la capacità di rendere possibile quella fase specifica, abbiamo evidenziato l'*obiettivo*, l'oggetto (*chi, che cosa*) ed il modo di operare (*in che modo*).

Definire l'obiettivo ed identificare l'oggetto sono operazioni di carattere concettuale che trovano la propria ragion d'essere in funzione della teoria e della teoria della tecnica cui si fa riferimento. Se, ad esempio, consideriamo la capacità di osservare, troviamo come *obiettivo* “evidenziare indizi utili a decifrare la domanda ed il suo aspetto fallimentare” e come oggetto “l'altro e la sua narrazione ma anche il proprio modo di porsi in relazione, e quindi la relazione che si va componendo”.

Occuparsi del *modo*, significa invece favorire, da un parte, la consapevolezza dei criteri, anche teorici, che ci guidano a selezionare le informazioni ed il peso attribuito ad esse e, dall'altra, la conoscenza degli strumenti che uno psicologo ha a disposizione nonché la capacità di utilizzarli nel qui ed ora della relazione.

In particolare, nel nostro laboratorio, focalizziamo, quali strumenti dello psicologo, la gamma delle *verbalizzazioni*¹² che possono essere adottate da quest'ultimo nel corso di un'interazione. Tale decisione è stata presa a seguito della ripetuta constatazione che gli studenti, nel momento in cui sono chiamati ad assumere il ruolo dello psicologo nei *role playing*, tendono a ricorrere essenzialmente a domande chiuse ed *interpretazioni*¹³, quasi non esistessero altre modalità per esplorare la narrazione dell'altro.

L'elevata frequenza con cui abbiamo potuto riscontrare tale fenomeno, ci ha indotti a pensare che esso non dipenda solo dalla specificità della relazione in atto, ma anche dal modo con cui gli studenti si accostano e si raffigurano la loro futura funzione professionale.

¹² Per un approfondimento di questo tema rimandiamo a Grasso, Cordella, Pennella (2004), cap. III.

¹³ In questo caso, il termine è utilizzato in senso lato.

Ci è sembrata quindi evidente la necessità di lavorare sulla modalità di porsi in relazione e sulla congruità esistente tra questa e gli obiettivi definiti per un efficace intervento psicologico clinico.

Se si concorda, infatti, nel ritenere che il lavoro dello psicologo non si esaurisce nella capacità di raccogliere informazioni su cui fondare le proprie ipotesi interpretative, ma si estende a quella di facilitare l'espressione delle narrazioni e l'elaborazione di queste ultime da parte del cliente, il confronto con la gamma delle possibili verbalizzazioni – chiarificazione, confrontazione, ecc. – utilizzabili nell'ambito di un colloquio diventa *operativamente* utile.

Si pensi, per portare solo un esempio, all'uso della “identificazione di nessi” e delle analogie – siano esse di attribuzione o di proporzionalità – nell'ambito di un colloquio: si tratta di verbalizzazioni che consentono di ridurre i livelli di asimmetria, di smussare cioè i processi di differenziazione attuati dal pensiero razionale agevolando pertanto una migliore comprensione della categorizzazione emozionale dell'inconscio ¹⁴.

Nello stesso tempo, per non cedere alla seduzione di un onnipotente tecnicismo, colludendo pertanto con quella fantasia di operatività scissa dalla teoria di cui si è più volte detto, è necessario utilizzare tali verbalizzazioni come una sorta di pre-testo per analizzare proprio quel modo di entrare in relazione e raffigurare la propria funzione professionale espresso dagli studenti.

In questo senso, le verbalizzazioni possono essere considerate come una sorta di Giano bifronte: da un lato, occasioni per coniugare modalità di relazione ed obiettivi dell'intervento, dall'altro, spunto per evidenziare le fantasie agite all'interno della relazione formativa.

E' in questa duplice prospettiva che riteniamo utile il confronto con la gamma delle verbalizzazioni a disposizione dello psicologo.

Bene, ma come facilitare l'acquisizione delle capacità indicate e, quindi, della competenza complessiva? E, soprattutto, come proporre una didattica orientata allo sviluppo delle risorse

¹⁴ La teoria della mente a cui ci riferiamo è quella proposta da Matte Blanco (1981) secondo il quale la mente dell'individuo è caratterizzata da una doppia logica, quella cosciente e quella inconscia. La logica inconscia determina una categorizzazione emozionale del percepibile, riducendo la varietà degli oggetti percepiti in poche categorie. Per questo la competenza dello psicologo può essere definita quale capacità di incrementare la categorizzazione di quanto ci circonda.

anziché alla correzione del deficit? Appare evidente, infatti, che sostenendo l'opportunità, per l'intervento psicologico, di una metodologia orientata allo sviluppo, non si può che inquadrare nella medesima prospettiva l'intervento formativo.

Ricordiamo, molto brevemente, che porsi in un'ottica di sviluppo in psicologia significa sostanzialmente affermare l'assenza di una norma e di una tecnica forte. Significa, in altri termini, riconoscere che la nostra funzione professionale è integrativa delle risorse altrui e per questo fondata sulla co-costruzione di una committenza, necessaria, per favorire lo sviluppo della relazione tra l'individuo e il suo contesto.

Traducendo quanto detto in termini didattici, se ne evince la necessità di lavorare per la costruzione di una committenza formativa, capace di confrontarsi con l'inevitabile delusione di non ricevere, neanche nell'ambito di un Laboratorio, inteso come luogo destinato allo svolgersi di un determinato lavoro, norme e tecniche indiscutibili.

Per certi versi, lo spazio del Laboratorio si offre come occasione per pensare e confrontarsi sul "tipo" di lavoro da svolgere in esso e sulle differenze esistenti tra il lavoro proposto dai docenti e quello atteso dagli studenti. Emerge, in questo modo, quell'*elaborare* a cui si accennava prima, quel processo che consente di trasformare i cibi in elementi utili all'organismo o, per dirla fuor di metafora, di cogliere ed accogliere la propria emozionalità emergente dalla relazione con l'altro quale indizio utile alla comprensione della domanda, quale elemento che consente di leggere ciò che accade nel qui ed ora interrogandosi sul suo significato contestuale e non secondo un'ottica che prevede di giudicare e distinguere il "buono" dal "cattivo", il "giusto" dallo "sbagliato".

Bene, ma come si fa? È questa la domanda che gli studenti spesso ci rivolgono e che, in questa sede, vi proponiamo e rivolgiamo naturalmente a noi stessi.

Proviamo a rispondere con l'ausilio di alcuni esempi tratti dalle attività realizzate in questi anni.

Nei primi incontri di Laboratorio, in genere, non utilizziamo resoconti clinici o *role playing*. Preferiamo proporre delle attività, sicuramente parziali rispetto alla processualità complessiva

dell'analisi della domanda, ma utili ad evidenziare alcuni aspetti che riteniamo essenziali. Consideriamo, ad esempio, la capacità di leggere una narrazione in termini contestuali.

A tal fine, nel corso del primo incontro di Laboratorio, leggiamo agli studenti un testo¹⁵ e proponiamo loro di considerarlo come se fosse parte della narrazione di un ipotetico cliente comunicata nel corso di un primo colloquio di consulenza. Nel testo considerato non è possibile riconoscere nessuna richiesta; di conseguenza, chiediamo loro solo di scrivere le proprie ipotesi sul significato attribuibile a tale comunicazione. La consegna è del tipo: “Provate ad ipotizzare per quale motivo vi è stato narrato questo particolare episodio.”

Tale attività consente di vedere quale logica viene assunta dagli studenti per selezionare ed estrarre, tra i molti possibili, proprio quei *particolari* elementi, cosa che ci aiuta ad evidenziare in quale conto sia tenuto proprio il rapporto individuo/contesto.

Secondo la nostra esperienza, la maggior parte degli studenti “ignora” la consegna, proponendo riflessioni relative alla sola narrazione. E' difficile, cioè, che si formulino ipotesi sul *rapporto* esistente tra i contenuti esposti e le caratteristiche situazionali – ricordiamolo, il primo incontro di una consulenza psicologica – in cui tali contenuti potevano essere comunicati. Ancor più difficile appare la connessione tra i contenuti narrati e la situazione in cui questi sono stati loro narrati: il primo incontro di un Laboratorio.

L'aspetto che ci appare particolarmente interessante, è dovuto al fatto che il testo a cui si sta facendo riferimento, parla di un ragazzino che deve scrivere un tema sulla figura del padre, sulle sue caratteristiche e sui suoi comportamenti; in sostanza deve stilare una valutazione. Si parla, in altre parole, di una situazione in cui si analizza ciò che l'altro rappresenta per noi, ma anche, inevitabilmente, le caratteristiche e le funzioni svolte da entrambi gli attori all'interno di quella relazione.

¹⁵ Il testo è tratto da Guareschi (1986), Corrierino delle famiglie, Superbur (2001)

Le possibili connessioni esistenti tra i diversi piani narrativi, non escluso, ovviamente, quello della stessa relazione formativa in cui c'è qualcuno che valuta qualcun altro, diviene oggetto di confronto, di riflessione su quell'ignorare la consegna data, spunto per parlare quindi di emozioni.

Se, infatti, nella formazione tradizionale i contenuti sono per così dire il "testo" da cui si parte e a cui si arriva e il percorso attivato è strettamente legato ad essi, nella formazione dei "laboratori" i contenuti sono un "pre-testo" ed il testo sarà il processo che, a partire da essi e dalla domanda di formazione, si attiva *nelle e tra* le persone in rapporto al gruppo, al docente, ai contenuti proposti e al contesto formativo (Corino, 1989).

A maggior chiarimento portiamo un secondo esempio.

Come si è detto, nell'ambito del Laboratorio proponiamo spesso la tecnica del *role playing*. L'organizzazione del tipo di *role playing* che utilizziamo prevede che due studenti assumano il ruolo di psicologo, così da potersi confrontare "in corso d'opera" sul modo di condurre il colloquio, e che un terzo assuma il ruolo di colui che porta la domanda di consulenza. Il "caso" viene costruito dal gruppo di formazione.

Nel corso di uno di questi *role playing*, le studentesse impegnate nel ruolo dello psicologo sembrano non riuscire ad intervenire. Si confrontano spesso tra loro, ma non riescono ad individuare una strategia utile a dialogare con il cliente. Concluso il *role playing*, ci si sofferma sull'accaduto.

Le studentesse/psicologhe dichiarano di essere molto deluse. Per tutto il tempo si sono chieste quale fosse l'intervento più opportuno da effettuare: hanno formulato una *riproposizione* ed alcune domande, ma le risposte dello studente/cliente sembravano loro non fornire spunti utili a proseguire. Aggiungono di aver incontrato difficoltà perché non rammentavano, a memoria, tutte le tipologie di intervento illustrate dai docenti: se avessero saputo di poter essere coinvolte in un *role playing*, le avrebbero studiate meglio.

D'altro canto, lo studente/cliente afferma che durante il *role playing* non si è sentito compreso, ma che ha comunque tentato, senza tuttavia riuscirci, di introdurre una serie di informazioni che pensava potessero facilitare le colleghe a cui spettava il ruolo più difficile.

Parallelamente, noi docenti perceivamo la spiacevole sensazione di non essere stati in grado di comunicare in modo efficace il nostro pensiero rispetto alla tecnica e alle diverse tipologie di intervento.

Ci sembra evidente, in questa breve resocontazione, l'uso di una logica che spiega ed affronta i fenomeni in termini di *deficit*.

Le studentesse/psicologhe si rappresentano, infatti, come *deficitarie* di quella tecnica che sarebbe stata loro estremamente utile. Lo studente/psicologo si vive come *incapace* di dire le cose che avrebbero agevolato il lavoro delle colleghe. Noi docenti come *fallimentari* nel promuovere una mentalità clinica.

Proviamo a cambiare ottica.

Cosa vuol dire: “se avessero saputo di poter essere coinvolte, avrebbero studiato”? È necessario conoscere preventivamente la metodologia didattica – cioè l'utilizzo di un *role playing* presumibilmente vissuto come una sorta di verifica – per sentirsi coinvolte? In che modo, le studentesse considerate si erano collocate nella relazione con i docenti ed il Laboratorio? Ed ancora: che senso aveva questa diffusa sensazione – che coinvolgeva anche i docenti – di fallimento? Quale poteva esserne l'esito emozionale?

In questo senso, una cosa ci sembrava evidente: il vissuto di inadeguatezza su cui si stava configurando la relazione poteva esitare in un agito teso ad attribuire all'altro la responsabilità della situazione. Come dicevamo, le studentesse/psicologhe sembravano infatti imputare ai docenti – sia pure solo implicitamente – la responsabilità del carattere fallimentare della loro esperienza: le avrebbero infatti dovute *avvertire* del *role playing*, consentendo loro di *attrezzarsi* per l'occasione. Lo studente/psicologo, d'altra parte, rischiava di rimproverare alle colleghe la loro incapacità di

comprenderlo nonostante i suoi sforzi. I docenti rischiavano infine di accusare gli studenti di una scarsa e superficiale motivazione.

Tutti i poli della relazione, almeno per un momento, vengono quindi coinvolti nella ricerca di un responsabile a cui attribuire il fallimento. Ed è proprio questo l'elemento che fu proposto agli studenti quale oggetto di riflessione, cosa che rese possibile osservare le modalità relazionali che si stavano agendo nel qui ed ora della relazione.

Gli studenti non coinvolti nel *role playing* iniziarono a realizzare che anche lo studente/cliente chiedeva una soluzione immediata ai propri problemi, esprimendo però, nello stesso tempo, una scarsa fiducia nelle proprie interlocutrici. Proprio questo elemento, non visto ma vissuto, aveva concorso – insieme alla fantasia con cui si era entrati nel Laboratorio – a sollecitare la ricerca di una soluzione tecnica, annullando ogni tentativo di comprendere la relazione che si stava istituendo.

Si riuscì però a focalizzare anche le connessioni tra ciò che era accaduto all'interno del role playing e le fantasie che gli studenti avevano nei confronti dei docenti e del Laboratorio stesso: si sperava di trarre da loro una competenza, una tecnicità asettica ed onnipotente e ci si stava quindi confrontando con la delusione di tali aspettative.

Sia pure con i suoi limiti, questo esempio ci sembra evidenziare che la prospettiva didattica utilizzata per il nostro Laboratorio rende inevitabilmente la formazione più complessa e meno rassicurante, poiché la ancora alla disponibilità – di entrambi i poli della relazione – “a svelare ciò che è nascosto, a perdere qualche certezza anche se fittiziamente raggiunta, a confrontarsi con il mondo dei bisogni e dei desideri, delle paure e delle avversioni” (Avallone, 1989, pag. 15).

Tutto questo, a nostro avviso, rende però paradigmatica e realmente professionalizzante l'esperienza formativa del “Laboratorio”, proprio perché la fonda sulla convinzione che non sia possibile, in psicologia, acquisire competenze obliterando la relazione nel “qui ed ora”, negando la dimensione emozionale, oscurando le motivazioni e le aspettative sottese alla domanda di formazione espressa dallo studente (Carli, Paniccia, 1999).

Ci avviamo ora alla conclusione del nostro discorso, in cui desideriamo proporvi il resoconto che una studentessa – che ha partecipato ad uno dei nostri primi Laboratori – ha stilato dopo l’esame, superato in modo non brillante, di Psicoterapia corso avanzato, in cui il nostro gruppo di lavoro è coinvolto.

Ci sembra questo un buon modo per accomiatarci: lasciare la parola a chi riceve la formazione clinica ci sembra, infatti, coerente con la logica formativa che abbiamo delineato in questo contributo e che cerchiamo di attuare nelle nostre attività accademiche.

Il resoconto, cui faremo riferimento, è “nato” in uno degli incontri di restituzione dei compiti scritti che noi docenti proponiamo agli studenti coinvolti nell’esame dell’appello precedente. Negli incontri di restituzione si apre il confronto sui casi “incontrati” all’esame e si offre l’occasione per dar senso a quanto accaduto nella stesura del compito.

Durante uno di questi incontri, la studentessa cui faremo riferimento, esprime con rammarico, ma anche con molta chiarezza, cosa le è accaduto nel confrontarsi con il compito. La sua capacità di leggere l’accaduto in termini psicologico-clinici e la sua motivazione a dar senso al suo “errore” induce noi docenti a chiederle la stesura di un resoconto.

Ricordiamo che la prova d’esame consisteva in alcuni quesiti di teoria e due casi clinici da discutere e che la difficoltà incontrata dalla studentessa si riferisce, in particolar modo, al secondo dei casi proposti che prevedeva, tra l’altro, il riconoscimento dello stile della domanda agita dalla cliente.

Leggiamo, dunque, cosa è scritto, anche se, per ragioni di tempo, riporteremo una versione non integrale: il resoconto, intitolato “VADE RETRO”¹⁶ prende avvio dalle aspettative nei confronti dell’esame.

“Mi presento in aula senza troppa ansia, la materia mi interessa, i docenti sono noti e ben disposti, l’ambiente del nostro corso di laurea come al solito amicale e confortevole. ... L’esame sarebbe

consistito in una parte teorica ed in un caso clinico da analizzare e discutere. Almeno queste erano le mie aspettative...”

Come sappiamo le sue aspettative vengono rapidamente deluse poiché il compito presenta due casi e domande relative a questi ultimi.

*“Comincia a salire l’ansia (“Però che impegno i docenti nella costruzione di questo esame!”). Affronto per prima la parte teorica ... Affronto il primo “caso” ... Fin qui tutto più o meno bene anche se **diverso** dalle mie aspettative. ... Affronto il secondo caso ... Sale l’ansia, ...si tratta di una domanda di trasformazione o di mutamento preordinato? ... ma che senso ha classificare lo stile di domanda? ... Cerco di ragionare ma ormai non riesco neanche più a leggere ... devo fare la mia scelta e la devo motivare. Tutto sembrerebbe spingere per una domanda di trasformazione ma... no! Mutamento preordinato. Ed ora le motivazioni, ... non ne trovo di soddisfacenti, decido di rimanere un po’ sul vago...e consegno.*

Cosa è accaduto?

Le mie riflessioni si sono soffermate sul confronto tra le mie aspettative ed il compito che mi si presentava. Quel foglio di carta era diverso da come me lo aspettavo e questo mi ha costretta, in qualche modo, a ristrutturare il mio “setting” mentale. Ma non è proprio questo che si richiede ad uno psicologo clinico? Se al posto di un foglio di carta ci fosse stata una persona in carne ed ossa, cosa avrei fatto, le avrei chiesto di adattarsi alle mie aspettative? Una delle principali caratteristiche dell’approccio psicologico clinico ... è proprio quella di non lavorare mai a contesto “dato”. Un concetto che ritenevo ormai acquisito, tanto da darlo per scontato, da considerarlo, appunto, un concetto “dato” non più “pensato”.

Il resoconto prosegue con una lettura ragionata del “caso” in questione. In particolare la studentessa rileva la modalità relazionale agita dalla cliente nei confronti delle figure maschili, ora idealizzate, ora demonizzate, e nei confronti delle figure femminili verso le quali, la cliente, donna, nutre una evidente sfiducia.

¹⁶ Desideriamo ringraziare Stefania Mariani, autrice del resoconto, sia per il fatto di averlo stilato che per averci

A fronte di ciò, nel resoconto si legge:

*“Tutto ciò è stato da me vissuto come una vera e propria **doppia aggressione**: a me in quanto “donna indipendente” e a me in quanto “psicologa competente”. Un rifiuto di riconoscimento **inaccettabile** al quale ho, in perfetta collusione con questa modalità di domanda, **re-agito** in modo altrettanto passivo/aggressivo “rifiutandomi” di riconoscere la domanda stessa, e quindi la paziente, nonché, cosa più importante, la **mia** stessa parte dipendente identificatasi con lei (vade retro!). La totale incoscienza, in quel momento, delle emozioni sollecitate in me dalla “proposta relazionale” della paziente, ha impedito l’indispensabile operazione di “pensare su” le dimensioni emozionali presenti nel setting, rendendo “impossibile”, (appunto!) l’intervento psicologico clinico. Risultato: un **agito contro dipendente** che ha decretato, proprio come la paziente si proponeva, il mio fallimento nell’analisi del suo “caso”.*

Ci sembra che questo resoconto esprima chiaramente il senso del nostro lavoro. In esso anche l’errore viene accolto come occasione di sviluppo professionale, attraverso il confronto tra le proprie emozioni e la possibilità di lavorare con la domanda proposta; se manca tale accoglienza, infatti, è inutile pensare di poter proporre strumenti di sviluppo per i nostri clienti.

BIBLIOGRAFIA

Avallone (1989), *La formazione psicosociale nelle organizzazioni*, La nuova Italia Scientifica, Roma, p. 11-35

Carli R., Paniccia R.M. (1999), *Psicologia della formazione*, Il Mulino, Bologna

Carli R., Paniccia R.M., Lancia F. (1988), *Il gruppo in psicologia clinica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma

- CIMINO G. (1995), *Punti di riferimento epistemologici per la psicologia clinica*, in G. P. Lombardo, M. Malagoli Togliatti (a cura di), *Epistemologia in Psicologia Clinica*, Boringhieri, Torino, pag. 69-110.
- Corino U. (1989), *Formazione psicosociale e setting formativo*, in: F. Avallone (1989), *La formazione psicosociale*, La nuova Italia Scientifica, Roma, p. 59-81
- GRASSO, CORDELLA, PENNELLA (2003), *L'intervento in psicologia clinica. Fondamenti teorici*, Carocci, Roma.
- GRASSO, CORDELLA, PENNELLA (2004), *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.
- GUARESCHI (1986). *Corrierino delle famiglie*, Superbur, Rizzoli, Milano (2001)
- ISFOL (1997), *Unità capitalizzabili e crediti formativi - i repertori sperimentali -*, Franco Angeli, Milano
- MATTE BLANCO I. (1981), *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*, Einaudi, Torino, ed. or. 1975.
- Ricci P.E. (2000), *Università Notizie*, Bollettino dell'U.S.P.U.R., Roma cit. in: Bartocci U. (2001), *L'Università*, giornale dell'Ateneo di Perugia, Anno XIX, N. 3.

Problemi e risultati in psicoterapia nelle rappresentazioni dei terapeuti e dei clienti
Di Francesca Dolcetti, Fiammetta Giovagnoli, R.M. Paniccia, R. Carli

• **La ricerca nel contesto della letteratura esplorata**

Diversi sono i vertici adottati dalla ricerca in psicoterapia. Qual è il nostro? Esplorando un campione di riviste prevalentemente italiane aventi come oggetto la ricerca in psicoterapia dalla fine degli anni '80 ad oggi, è possibile costruire uno schema di lettura dove collocare la ricerca che presenteremo.



Nell'ambito della letteratura che adotta come vertice l'**individuo** possiamo avere ricerche che orientano l'attenzione ai **comportamenti**, ai dati osservabili, e ricerche che orientano l'attenzione ai **vissuti**, alle rappresentazioni. Nel primo caso ritroviamo tutte le ricerche interessate alla individuazione e misurazione dei sintomi come quelle interessate ad alcuni elementi ostensibili del setting: durata, frequenza... Nel secondo caso ritroviamo le ricerche che si occupano, per esempio, dell'alleanza terapeutica, cioè di un vissuto inteso in chiave individuale. In questi primi due quadranti ritroviamo il cognitivismo che studia il comportamento individuale, ma anche la psicoanalisi e la psicologia della gestalt che studia il vissuto dell'individuo, praticamente tre/quarti della psicologia.

Se il vertice diventa quello della **relazione** possiamo avere ricerche che si occupano del **comportamento** della relazione, dunque la sociologia, l'antropologia, la psicologia culturale, e ricerche che si occupano del **vissuto**, della rappresentazione della relazione, dunque la psicologia delle rappresentazioni sociali di Moscovici, un certo modo di intendere la psicologia clinica... "noi siamo qui", è in questo quadrante che si colloca la nostra ricerca.

- **Universo, strumenti, metodologia.**

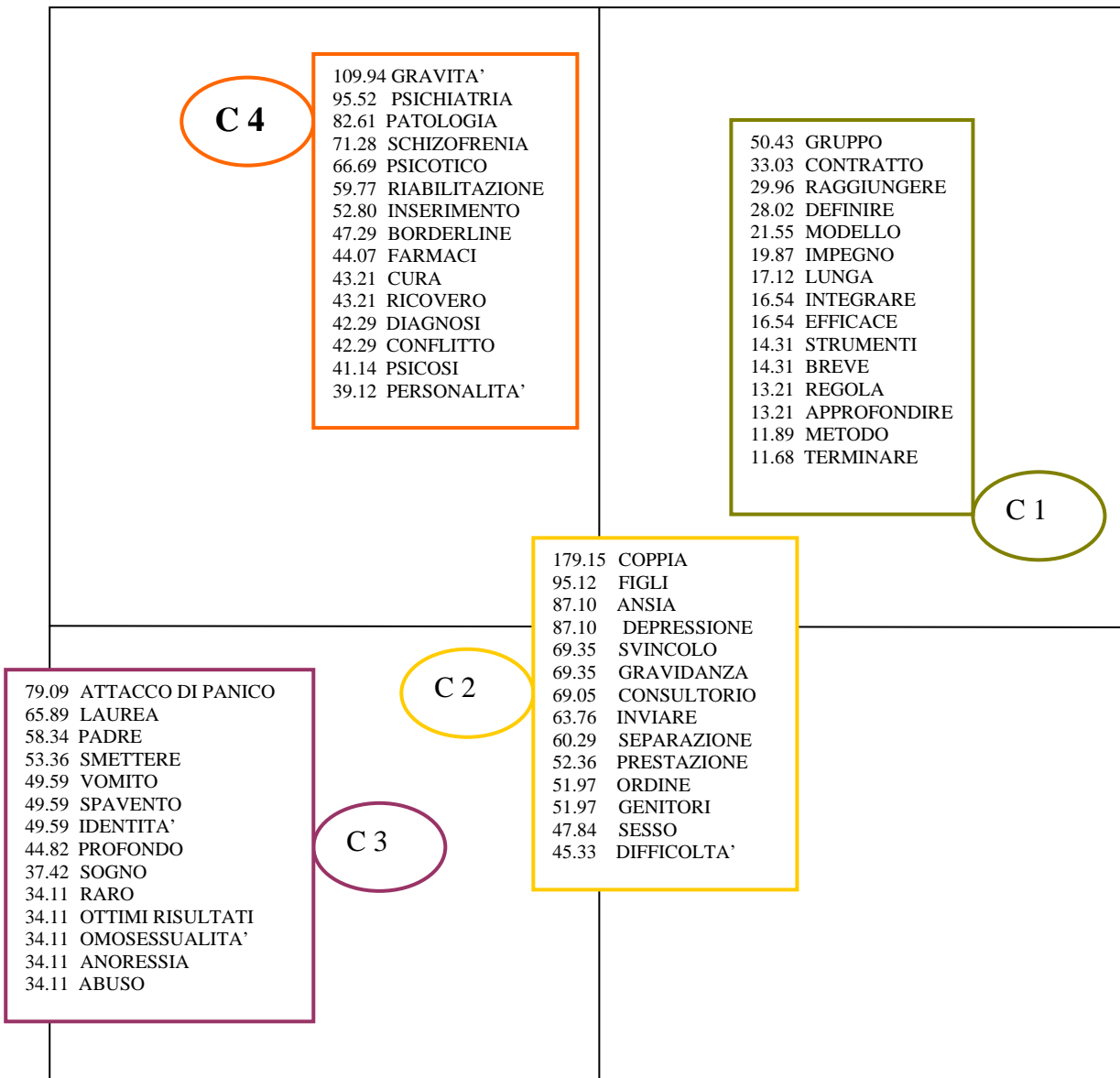
Se l'oggetto dell'attenzione è la relazione e non l'individuo, quale strumento è adatto a rilevarla? Se il questionario, il test, sono strumenti adatti a rilevare comportamenti e vissuti individuali, l'Analisi Emozionale del Testo è, nella nostra ipotesi di utilizzo, uno strumento adatto a studiare relazioni. Ecco perché abbiamo scelto di utilizzare questa metodologia di analisi per esplorare l'argomento al quale eravamo interessate: l'uso che il cliente fa del processo psicoterapeutico; dunque come se lo rappresenta e se e in che termini lo psicoterapeuta ragiona su questo aspetto.

La questione è stata posta attraverso la proposta di una intervista libera rivolta a due gruppi di soggetti: il primo costituito da psicoterapeuti, il secondo da pazienti che dichiaravano di aver concluso una psicoterapia. Al gruppo degli psicoterapeuti è stata posta la seguente domanda: *“Nella sua esperienza di psicoterapeuta quali problemi le vengono posti e quali risultati pensa di ottenere?”* Al gruppo dei clienti: *“Per quali problemi si è rivolto ad uno psicoterapeuta e quali risultati pensa di aver ottenuto”*. L'universo è formato da 40 psicoterapeuti e 45 clienti. Degli psicoterapeuti sono state prese in considerazione tre variabili: sesso, anni di esperienza e contesto di lavoro. Dei clienti: età e sesso. Vediamo ora quale risultati abbiamo ottenuto attraverso le due analisi.

- **Le Culture Locali**

A. Cultura Locale degli psicoterapeuti

L'analisi statistica ha prodotto un piano fattoriale dove sono distribuiti 4 cluster, abbiamo quindi 3 assi che rappresentano altrettante variabili in grado di dar conto del rapporto tra cluster e fattori.



C	Fact 1	Fact 2	Fact 3
1	.648	.012	.035
2	-.469	-.558	-1.113
3	-.614	-1.174	.895
4	-.593	.651	.135

Il primo fattore, dove sulla polarità positiva c'è il 1° cluster e su quella negativa il 2°,3°, e 4°, presenta la prima e più significativa differenziazione espressa all'interno di questa cultura. In questo quadro è decisiva la posizione del C 1 che insiste esclusivamente su di esso.

L'articolazione del piano culturale prosegue attraverso il secondo fattore, nella polarità fra il C 4 sul polo positivo e gli C 2 e 3 sul polo negativo, ed il terzo che vede sul polo positivo il 3 C e su quello negativo il 2.

Il primo fattore:

tra la costruzione di un rapporto con l'estraneità e il riconoscimento del già noto

Il Cluster 1 si organizza e riflette sul contesto di lavoro. L'ipotesi è che proprio attraverso termini che mostrano i passi dell'organizzazione della relazione terapeutica ci sia in primo piano il riconoscimento di una estraneità. In questo RC non ci sono problemi, la questione centrale è istituire un contesto dove trattarli.

Sul polo opposto del primo asse, i C 2,3 e 4, sembrano accomunati dal declinare tutte le dimensioni psicopatologiche che fondano il ricorso e il mandato alla psicoterapia. Troviamo i disturbi, i sintomi, i pazienti, le azioni psicoterapeutiche specifiche messe in atto per ciascuna area problematica. Lungo il primo fattore in definitiva sembrano differenziarsi due posizioni, nella prima evocare i problemi attiva la rappresentazione dell'istituzione di un rapporto, dove le questioni poste dal paziente possono trattarsi professionalmente entro uno scambio di cui costruire le regole del gioco, quale questione centrale e non scontata. L'altra posizione utilizza la lettura psicopatologica e suggerisce un passaggio immediato all'azione, innanzitutto classificatoria, dove ridurre le differenze è l'elemento centrale per poter lavorare.

Il polarizzarsi dei due approcci sembra indicare la difficoltà di tenerli assieme. I problemi in psicoterapia sono quelli che si traducono in una domanda, come sembra esprimere il C 1: patire un problema non è sufficiente a inverare un assetto di lavoro, dunque un primo risultato è la creazione delle condizioni per occuparsene. Così come configurare dei risultati viene associato allo spazio di conoscenza che tenga dentro di sé la declinazione e il concordare le condizioni entro cui paziente e terapeuta possono lavorare (contratto, definizione, modelli, impegno, etc).

Sul versante della psicopatologia è l'esistenza dei problemi che necessita l'azione terapeutica, la domanda è sullo sfondo quale vicissitudine comune, ognuno ha la sua, e la sua specificità, centrale nel vissuto di chi si rivolge allo psicoterapeuta è messa a monte di un processo di conoscenza tutto ed esclusivamente a carico di un tecnico, il terapeuta, che assume la funzione di tradurre la diversità in modelli noti e condivisi. Facciamo l'ipotesi che sulle due polarità si differenzino non tanto le regole del gioco dell'incontro di lavoro quanto la rappresentazione della loro funzione, integrate o meno con la specificità della domanda.

In sintesi, le parole stimolo *problemi* e *risultati*, possono orientare l'attenzione ad una questione vissuta come requisito indispensabile per trattare i problemi: costruire un rapporto con l'altro; oppure evocare una classificazione dell'altro dentro i linguaggi propri di modelli psicopatologici.

Il C 1 rappresenta l'altro come un estraneo da conoscere e pone attenzione alla costruzione di un rapporto, di un setting, di strumenti, utili alla costruzione di questa conoscenza. I C 4, 2 e 3 rappresentano l'altro come noto, conosciuto già, dentro diversi modelli teorici di riferimento. Se il C 1 rappresenta la contingenza, l'inedito, i C 4, 2 e 3 rappresentano modelli che costruiscono

invarianza. O contratto con qualcuno aspetti che di volta in volta condivido, o tratto i problemi come qualcosa di aspecifico, invariante, rispetto al rapporto che sto costruendo.



Il secondo fattore: tra la diagnosi e i problemi

Ciò che polarizza sul secondo asse è un diverso modo di rappresentare i problemi che motivano una domanda di intervento. Nel C 4 le parole rimandano alla diagnosi psichiatrica e mostrano uno psicoterapeuta assimilato ad altre professioni, in questo caso quella medica e la sua cultura. L'attenzione è rivolta alla patologia, il centro è sulle cause e l'evoluzione della malattia, il problema è oggettivo e va conosciuto e differenziato secondo criteri generalizzabili dove la relazione non è un aspetto centrale del lavoro. Il terapeuta mette in primo piano salienti azioni come la riabilitazione e l'inserimento, entro un chiaro e rassicurante mandato di svolgere azioni socialmente utili.

Nella polarità bassa di questo secondo fattore abbiamo una forte significatività del C 3 accanto ad una minore del C 2. Cosa li differenzia dal precedente? Qui parlano i clienti. Se alcuni termini dei due cluster ancora traducono le parole dei clienti nel linguaggio proprio di modelli psicoterapeutici, altri termini sfuggono a questa classificazione. Sia nel C 3 che nel C 2 ci sarebbe l'apertura possibile ad una posizione committente, alcune parole non aprono scontatamente ad un intervento psicoterapeutico, c'è la necessità che il professionista e il cliente si parlino del significato da dare ad alcuni eventi, anche se permane la rappresentazione del problema quale scarto dal modello, da una normalità che va fatto *smettere*. Nel C 3 alcuni termini, *attacco di panico*, *anoressia*, rimandano alla classificazione psicopatologica come nel cluster che ci parlava di gravità e cura, ma altri, come *laurea*, stentano a giustificare il ricorso alla malattia per essere definiti. Siamo nei comportamenti comuni, dove il passaggio dal problema al disturbo sono tutti dentro l'area di scelta della cultura psicoterapeutica, una scelta forte di assimilare il problema ad un evento necessitante la cura, ambiti dove per lo più il medico fa un passo indietro e rimanda alla specificità psicologica-psicoterapeutica. Nel C 2 c'è il lavoro sulla famiglia. Compaiono le dimensioni della normalità delle fasi di vita ma a volte siamo di fronte ad una normalità patologizzata, che se è in crisi è malata, dove *ansia* e *depressione* sono categorie che da sole organizzano la professione. La dimensione violenta è passata dal gravità psichiatrica alla dimensione problematica della famiglia, è la reificazione degli eventi del ciclo vitale come problemi.

In sintesi il C 4 non esprime una domanda ma nemmeno problemi. Esprime più precisamente una diagnosi dello stato dell'altro in termini di gravità. L'altro non parla, non può parlare, l'azione professionale è tutta a carico del professionista che definisce l'altro e le azioni da intraprendere.

Nel C 2 e 3 l'altro parla dei suoi problemi, anche se solo potenzialmente, compare una domanda. C'è una richiesta che l'altro fa e che lo psicologo, in parte, traduce dentro un linguaggio tecnico proprio di un modello sistemico-relazionale o cognitivista.



Il terzo fattore

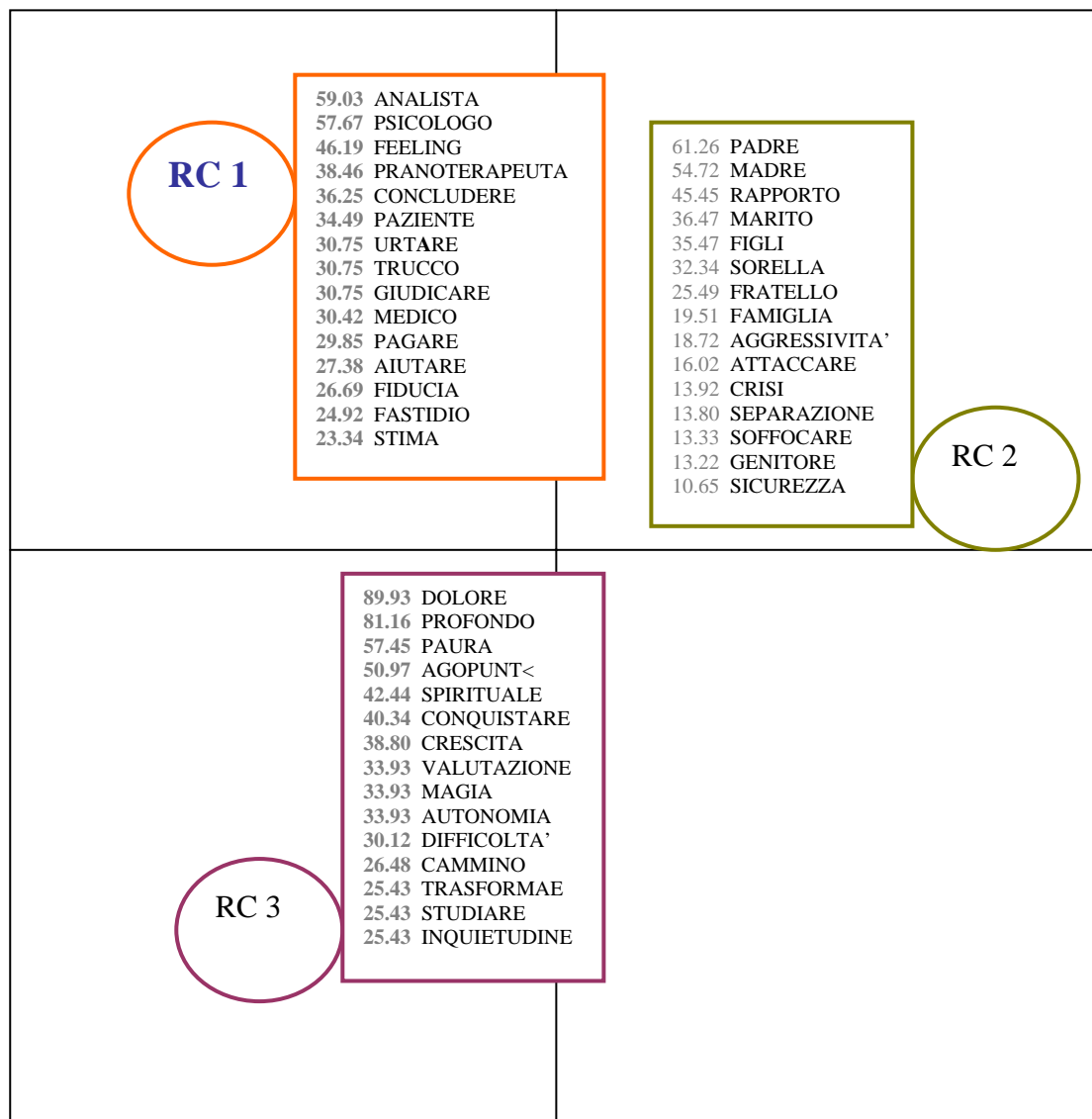
modelli e problemi e dell'individuo-modelli e problemi della relazione

Rispetto al 3° fattore i linguaggi si fanno sempre più specifici e standardizzati, l'analisi del testo ha iniziato a differenziare degli aspetti sempre meno emozionali. Se il C 3 propone problemi e modelli individuali, nel C 2 troviamo parole relative ai problemi e ai modelli relazionali.



B. La Cultura Locale dei clienti

L'AET ha evidenziato tre Repertori Culturali disposti entro uno Spazio Culturale bidimensionale. Sul secondo asse fattoriale si contrappongono il primo RC e il terzo; entrambi si oppongono al secondo che si pone ad un polo del primo fattore in una posizione intermedia tra il primo RC e il terzo.



C	Fact. 1	Fact. 2
1	-.784	.816
2	.463	.030
3	-.660	-.971

Il primo fattore

Tra il già noto e il tentativo di un confronto con l'estraneità.

Il primo fattore è dato dal rapporto tra il C 2, sulla polarità positiva e i C 1 e 3 su quella negativa. Confrontati con parole stimolo quali *problemi* e *risultati*, i pazienti o si rappresentano uno stare *dentro* un contesto dato, scontato, già conosciuto, liberi di esprimere tutta l'aggressività che la scontatezza dei ruoli comporta, o provano a rappresentarsi un rapporto con una *estraneità*.

E' il C 2 ad esprimere la rappresentazione di un dentro noto attraverso le parole del contesto familiare tutto ripiegato sulla problematicità dei suoi rapporti. La prima parte di questo repertorio elenca i componenti di una famiglia: *padre, madre, marito, figli, sorella, fratello, famiglia*; la seconda descrive i rapporti che li legano: *aggressività, attaccare, crisi, separazione, soffocare*. Più i rapporti sono rappresentati come *dati* e più possono essere violenti. In questo raggruppamento è scomparso ogni riferimento al lavoro terapeutico, più in generale è scomparso l'altro del rapporto terapeutico, c'è solo la famiglia, anzi la violenza insita nei rapporti familiari. La violenza delle relazioni familiari organizza una scontata domanda di intervento.

Se provo ad *uscire* da questo modo di pensare le relazioni, se provo a simbolizzare l'estraneità, eccomi nella polarità opposta Sulla polarità negativa del primo fattore troviamo cluster che esprimono il tentativo di un confronto con una estraneità, con l'inedito, con un altro che potenzialmente posso conoscere, con il quale posso parlare di problemi.



Il secondo fattore

Tra la dipendenza da un potere forte e il rapporto simmetrico dello scambio

Il secondo fattore è dato dalla relazione tra il C1, sulla polarità positiva, e il C3 su quella negativa.

Il primo cluster sembra esprimere l'ambivalenza emozionale nei confronti del terapeuta simbolizzato affettivamente come un potere forte dal quale dipendere. E' costruito da parole che fanno riferimento a 4 figure professionali: *analista, psicologo, pranoterapeuta e medico*, e da altre parole: *feeling, concludere, urtare, trucco, giudicare, pagare, aiutare, fiducia, fastidio, stima*, che esprimono quella emozionalità ondivaga, quell'ambivalenza che connota la relazione con lo psicoterapeuta. In questo C le parole stimolo sembrano evocare una emozionalità a-specifica, confusa, ancorata a parole che non parlano di *problemi*, quali domande di intervento, e *risultati*, che non fanno riferimento a ciò che è successo durante l'esperienza psicoterapeutica. La prima parola che fa riferimento a cosa si fa in una psicoterapia è *concludere!* Qui i problemi sono quelli del rapporto con il terapeuta emozionato come un potere dal quale dipendere. Se il terapeuta è un re-*taumaturgo (pranoterapeuta)* che tocca, impone le mani, l'altro, il paziente, è colui che viene toccato. Non gli è richiesto di fare niente se non di condividere la rappresentazione di un sistema di relazioni organizzate intorno al potere. Il primo cluster esprime dunque la difficoltà che i clienti

hanno a dare un senso condiviso alla esperienza psicoterapeutica. Si può iniziare ad ipotizzare che questa difficoltà stia in rapporto all'assunzione di una posizione di *paziente*, inteso, alla lettera, come colui che soffre, sopporta e tollera, come colui che sta lì per essere toccato dal re, in una posizione dove non compare alcun accordo su un qualsiasi obiettivo.

A questo primo modo di rappresentare la domanda di psicoterapia, si contrappone, sul secondo fattore, il C3. Questo cluster è costruito da alcune parole che conducono le nostre associazioni verso il primo repertorio e da altre che da questo ci allontanano. Se alcune parole, come *spirituale*, *magia*, *agopuntore*, sembrano coerenti con la rappresentazione di un professionista-re taumaturgo, altre parole, *conquistare*, *crescere*, *autonomia*, *valutare*, *difficoltà*, *cammino*, evocano, se pur dentro una emozionalità ambivalente, una fatica, una direzione, un lavoro, uno scambio.

Il terzo cluster sembra dunque proporre almeno una tensione verso un vissuto di implicazione nel rapporto psicoterapeutico, nella istituzione di questo rapporto. Qui il paziente si rappresenta come chi cerca e si assume il rischio della sua curiosità. E' presente una domanda di relazione anche se espressa attraverso dimensioni emozionali.



Sergio Salvatore

**La pluralità del discorso psicoterapeutico.
Implicazioni per la ricerca e la clinica**

XX Congresso SPR - San Benedetto del Tronto. 16-18 settembre

Tavola rotonda: "Rapporti tra ricerca e clinica. Sintesi e prospettive

I punti della comunicazione

- Osservazioni preliminari sul modo di intendere RICERCA, CLINICA e loro rapporto
- I movimenti in atto: verso una ricerca significativa sul piano clinico?
- Prospettive per il futuro: quali scenari

Osservazioni preliminari sul significato dei termini

La clinica è un contesto pluralistico dal punto di vista dei paradigmi di riferimento

Alcune dialettiche in gioco:

- Invarianza-Contingenza (Gergen, 1998)
- Strutture-significati (Polkinghorne, 2004)
- Cura - Sviluppo (Carli, Paniccchia, 2005)

Ricerca e clinica si definiscono in funzione di tali dialettiche

paradigma
clinico
postmoderno

Psicoterapia come costruzione di significati

Psicoterapia come prassi locale storicamente determinata

Cliente come agentività

Contingenza discorsivo-comunicativa dei processi psicosociali

Paradigma
clinico
moderno

Psicoterapia come ripristino malfunzionamento inabilitante

(quasi) neutralità della funzione professionale

Paziente come portatore di disfunzioni

Universalismo dei processi psicosociali

Connessione tra paradigmi clinici e forme della ricerca

paradigma
clinico
postmoderno

Paradigma
clinico
moderno

RICERCA SITUATA

finalizzata a dare espressione ai punti di vista degli attori in gioco, dunque a potenziare la capacità generativa di senso dello scambio clinico. Si focalizza sui modi e le risorse (codici linguistici, modelli di narrazione...) con cui gli attori costruiscono significati, identità, presenza nel mondo.

RICERCA NORMATIVA

finalizzata alla individuazione di regolarità generali di funzionamento (relative all'oggetto della psicoterapia, al processo, ai fattori intervenienti, agli esiti), da cui derivare criteri decisionali e di azione regolativi (metodi, tecniche, parametri di setting, principi di selezione dell'utenza...)

Esempi di Ricerca situata:

- Levitt e Rennie (2004) studiano i momenti topici della seduta assumendo come criterio di riferimento le intenzioni dichiarate retrospettivamente dai pazienti stessi (raccolti tramite il Interpersonal Process Recall)
- Tomm (1998) pubblica un lavoro clinico i cui co-autori, riportati per nome, sono i membri della famiglia in trattamento.
- La Narrative Assessment Interview (NAI) (Hardtke, Angus, 1998, 2004) mappa le narrazioni del paziente dal punto di vista di quest'ultimo, assumendo tale punto di vista come organizzatore della progettualità terapeutica

Storicamente, il dibattito sul rapporto tra clinica e ricerca ha riguardato il contesto della ricerca normativa

Utilità della ricerca normativa:

- sviluppo teorico
- progresso metodologico
- qualificazione-standardizzazione del sistema professionale
- responsabilizzazione
- sviluppo mandato sociale

Problemi (di ordine culturale, piuttosto che epistemologico)

- ricerca localistiche non comunicanti tra loro
- Scarsa propensione alla ricerca (come produzione e come consumo) da parte dei clinici
- distanza tra oggetti della ricerca e della clinica
- limitata capacità regolativa della ricerca
- limitata capacità di innovazione ("La verità è che una grande parte, se non la maggior parte, delle innovazioni cliniche nella storia della nostra disciplina sono giunte dalla pratica clinica" (Westen, et al., 2004)

Fattori chiamati in gioco o comunque associabili allo stato dei rapporti r-c

- ancoraggio delle identità professionali ai contesti formativi piuttosto che di servizio/rapporto con l'utenza
- concezione medica della clinica come repertorio di tecniche, e standard con conoscenza incorporata a monte
- priorità delle esigenze di legittimazione sociale, su quelle di sviluppo disciplinare
- parametri istituzionali promuoventi la validità interna (piuttosto che esterna) come criterio di valore della ricerca (e dei ricercatori)

In definitiva

Il rapporto tra clinica e ricerca si è caratterizzato e si caratterizza in termini di separazione.

Da un lato le prassi professionali che trovano al proprio interno le fonti del sapere di cui si nutrono

Dall'altro, attività di ricerca concentrata su proprie finalità e problemi, che assimila le fenomenologie cliniche alle proprie categorie, al contempo assunte scontatamente ed implicitamente

Emblematico di questa cultura
autoreferente della ricerca:

l'assunzione acritica della filosofia EB,
dunque l'assolutizzazione del modello RCT,
mimetico della ricerca medica e
farmacoterapeutica

I SEGNI DI UN MOVIMENTO IN ATTO

Spinta critica "dall'interno" della ricerca normativa:

- Westen et al, 2004 sugli RCT come modello assoluti
- Wampold (2001): l'impossibilità di assimilare la definizione medica di placebo

Spinta "dall'esterno" della ricerca normativa:

- La domanda sociale di ricerca e qualificazione: i servizi
- Emergenza di un paradigma postmoderno clinico e di ricerca clinica (costruzionista, socio-costruttivista) (Gergen, 1998; Valsiner, 2001, White, 2004) che entra in dialettica con il paradigma modernista.

E' interessante che il P. postmodernista affiora dall'interno dei modelli di scuola - sistemico, cognitivo, psicoanalitico.

Dunque coesiste e si intreccia alle formulazioni moderniste della clinica

(emblematico: *Handbook of Narrative and Psychotherapy* (Angus, McLeod, 2004).

Oggi la dialettica si sviluppa soprattutto sul piano della discussione teorica, ma si notano elementi di contaminazione anche nelle prassi di ricerca (ad es. la coesistenza entro la ricerca sulle narrazioni e la dialogicità degli approcci funzionalista e semiotico)

Le critiche di Westen et al, 2004

La campionatura basata sulle categorie descrittive DSM centrate sul sintomo, sulla esclusione comorbidità e fattori connessi (ad es. idee suicidarie), rende i pazienti selezionati non rappresentativi di quelli della pratica clinica

Le terapie testate sono brevi (6-16 sedute). La possibilità di generalizzare si basa su un assunto di plasticità delle variabili psicologiche e di cumulabilità dei cambiamenti privo di fondamento empirico

Le modalità di conduzione delle terapie campionate non sono rappresentative delle condotte terapeutiche di campo (questione della manualizzazione e dei vincoli imposti dall'esigenza sperimentale di isolare le componenti attive del trattamento). Sulla manualizzazione: alcuni studi (Shaw et al., 1999) indicano che può addirittura rilevarsi controproducente sul piano della competenza clinica del terapeuta a governare la relazione terapeutica

I modelli di psicoterapie campionate non sono rappresentative della popolazione dei modelli di psicoterapie erogate sul campo, ma di quei modelli che per ragioni istituzionali, economiche, organizzative, di impianto teorico-metodologico sono compatibili con la logica RCT

Movimenti in corso: i segni di uno sviluppo in atto

- **SUL PIANO DEI CONTENUTI:** Incremento della pertinenza clinica degli oggetti/obiettivi delle ricerche
- **SUL PIANO METODOLOGICO:** Introduzione di logiche e tecniche quali-quantitative di analisi dinamica delle pratiche cliniche, maggiormente coerenti con i modelli conoscenza fondanti tali pratiche
- **SUL PIANO TEORICO:** Indebolimento dei micro-sistemi di scuola come organizzatori cognitivi e di identità a vantaggio della pregnanza di cornici epistemologiche sovraordinate e trasversali
- **SUL PIANO DELLE PRASSI:** attivazione di reti e contesti organizzativi "transscolastiche" di clinici-ricercatori/ricercatori-clinici

I. Incremento della pertinenza clinica degli oggetti/obiettivi delle ricerche/1

a) Distinzione tra *efficacy* ed *effectiveness*
(Seligman, 1995; Lambert, Ogles, 2004):

b) Studi di campo delle pratiche psicoterapeutiche
(Seligman, 1995)

I. Incremento della pertinenza clinica degli oggetti/obiettivi delle ricerche/3

c) Incremento della pertinenza clinica degli oggetti/obiettivi delle ricerche:

- Descrittori di modalità e stati mentali/dialogici (strutture narrative, funzioni metacognitive, modelli simbolici, sistemi di attaccamento, sistemi emozionali) clinicamente salienti
- Parametri di setting (durata, frequenza, modalità dell'invio)
- Indicatori precoci di drop-out
- Dimensioni di identità del terapeuta (adesione, aspettativa di efficacia)
- Interventi del terapeuta e loro impatto sul processo
- Relazione ed alleanza terapeutica come processo piuttosto che variabile moderatrice
- Specificità/trasferibilità culturale delle prassi terapeutiche

VENGONO POSTE QUESTIONI CLINICAMENTE RILEVANTI

La questione dei mediatori del cambiamento

La questione dello studio degli insuccessi

La questione dei limiti di utilità delle
categorie diagnostiche DSM come criterio
fondante

La questione della domanda e degli obiettivi

il punto di vista processuale avvicina la ricerca alla clinica

Lo sviluppo degli studi di processo negli ultimi 15-20 anni ha creato progressivamente le condizioni per un avvicinamento della ricerca ai punti di vista dei clinici, interessati non tanto a sapere dall'esterno della loro pratica che cosa è giusto fare, quanto a comprendere **come** ciò che fanno operi, in rapporto al contesto in cui agiscono.

II. Introduzione di logiche e tecniche quali-quantitative di analisi dinamica delle pratiche cliniche, maggiormente coerenti con i modelli conoscenza fondanti tali pratiche/1

L'impressione è che oggi la logica della ricerca sul processo stia progressivamente cambiando, o perlomeno ampliandosi. Il passaggio in atto è da una logica "contenitore-sonda" ad una logica "dinamica-sintetica".

La logica "contenitore-sonda" studia il processo come successione di stati discreti. Come gettare una sonda in un contenitore di per sé non sottoposto ad analisi, per rilevare l'andamento dello stato di uno o più parametri lungo una sequenza temporale discreta.

La logica "dinamico-sintetica" assume come oggetto di analisi il processo in quanto tale. Essa non si interessa di singole variabili, ma dei pattern dinamici che configurano lungo il tempo nel suo complesso (o in sue dimensioni comunque globali) il setting

Se si vuole, è in gioco il passaggio dalla ricerca **nel** processo alla ricerca **del** processo

QUESTO PASSAGGIO FAVORISCE UNA ULTERIORE CONVERGENZA TRA CLINICA E RICERCA.

II. Innovazioni metodologiche

- Uso integrato modelli di ricerca
- Metodi di analisi del discorso computer assistiti (e non solo del contenuto)
- Analisi temporali e delle sequenze
- Formalizzazione matematica (teoria dei sistemi dinamici)



Analisi quali-quantitativa

del singolo caso

Prospettiva: process research
come scienza idiografica
(Molennar, Valsiner, 2005)

III. Indebolimento dei micro-sistemi di scuola
come organizzatori cognitivi e di identità a
vantaggio della pregnanza di cornici epistemologiche
sovraordinate e trasversali

Diventa sempre più evidente che la
variabilità interna alle scuole di pensiero
è tendenzialmente più ampia di quella tra
le scuole.

Un pattern di interazione clinica

Sessione no. 79

T: Le dirò una cosa che forse la farà arrabbiare, (...) devo dire che forse mai, ho percepito dentro di me verso di lei un'emozione di sollecitudine, come, detto tra virgolette, poverina, avrebbe bisogno di essere aiutata, quanto vorrei aiutarla

P.: bo', darò l'impressione che mi accudisco da sola, però da sola io non mi accudisco!

T.: per questo glielo sto dicendo, per capire il motivo della sua rabbia. Una delle sensazioni che io provo è piuttosto simile a quelle che la fanno arrabbiare... Questo è il problema che dobbiamo affrontare...

Se lei vede un cucciolo per strada, il cucciolo le dà tutta una serie di segnali che abbastanza istintivamente vengono interpretati come: oh, povero cucciolo ha bisogno di essere coccolato! Povero amore, che tesoro, che micetto!

P.: va bene (ride) Evidentemente non faccio l'impressione di un cucciolo, però

T.: lei dà molto più l'idea di una ragazza determinata, autosufficiente, in gamba, che se la sa cavare da sola! Adesso dopo qualche mese che ci conosciamo sta dicendo, a fatica, dopo che ha fatto sempre leva sulla propria indipendenza: mah, forse il desiderio

P.: ma io ne sono certissima (ride) forse il desiderio maggiore è che qualcuno mi prenda e mi dica: bel cucciolo! A te ci penso io...

Le differenze attraversano gli ambiti di scuola e si esprimono come dialettiche epistemologiche e teoriche generali tra concezioni della mente e della relazione

IV. Attivazione di reti e contesti organizzativi "trans-scolastici" di clinici-ricercatori/ricercatori-clinici

- Ricerca e sviluppo di interfacce teoriche (teoria dell'attaccamento; narrazione; teoria dialogica del sè)
- Collaborazione tra ricercatori-clinici di diverso orientamento di scuola
- Sviluppo della SPR come luogo di incontro e di discussione, come appartenenza debole, che non nega l'ancoraggio di scuola, ma si propone come spazio ulteriore a partire dalle identità

In sintesi

la ricerca clinica in psicoterapia si sta progressivamente configurando (ha la possibilità di?) come uno spazio aperto di discorso, che accoglie una molteplicità di voci

Quali modelli
configureranno nel
medio periodo tale
accoglienza?

III.Scenari

CONTAMINAZIONI

Intersezione di metodi e di tecniche, essenzialmente a livello delle pratiche operative di ricerca, in termini di combinazioni sincretiche di modalità tecniche, di strumenti e sistemi di analisi provenienti da domini differenti, utilizzati indipendentemente dalle loro implicazioni modellistiche.

INTEGRAZIONE METODOLOGICA

- Assunta la pluralità ed eterogeneità del campo psicoterapeutico si sviluppa un codice condiviso che permetta di organizzare l'interazione tra i punti di vista in gioco.
- Integrazione dunque come condivisione di dispositivi teorico-metodologici che permettano agli attori coinvolti di governare il discorso della ricerca clinica in quanto campo unitario ed al contempo intrinsecamente conflittuale.

Perché integrazione metodologica:

Esigenze di organicità sollecitate da fattori interni e di contesto:

Il proliferare di pratiche sociali alternative

Modelli socio-culturali conflittuali

Domanda di trasparenza ed ostensibilità

Crescita esponenziale dell'offerta

CHE COSA IMPLICA INTEGRAZIONE METODOLOGICA

- Una ricerca che funzioni come campo di riflessione per la pratica clinica, in questo senso capace di esplicitare, analizzare e dialettizzare le concezioni di fondo che alimentano i punti di vista in gioco.
- Per operare in questi termini, la ricerca è chiamata a dare respiro teorico ed epistemologico al proprio sguardo
- **A PORSI LA QUESTIONE DI UNA TEORIA GENERALE DELL'INTERVENTO CLINICO**

SI STA PROSPETTANDO UNA RICERCA
CAPACE DI FARSI CARICO DELLE
PROPRIE PREMESSE COSTRUTTIVE DELL'
OGGETTO "CLINICA"

in questo senso, la prospettiva a cui si sta
pensando è quella di una

CLINICA DELLA RICERCA

Modello di intervento

Antropologia dei contraenti e dell'attività

Modello della mente

Teoria del fenomeno/oggetto

Concettualizzazione dell'obiettivo

Criteri di definizione condizioni di intervento

Modello del processo (che cosa e perché accade)

Quale metafora di riferimento

Lo psicoterapeuta cura il proprio fruitore come il
medico cura il proprio malato

Vs

Lo psicoterapeuta cura il proprio fruitore come
l'economista cura i conti pubblici

Il fruitore come:

Utente



Portatore di scarto
bisogni, regolato dalle
norme del setting

Portatore di
progetto,
regolatore del
setting



Cliente

Antropologia del fruitore

Operatore logico



Analizzatore
razionale degli
elementi
emergenti
entro/attraverso il
processo clinico

(Co)Costruttore
di senso



Generatore semiotico

Concezione della mente

