

Editoriale

La Rivista di Psicologia Clinica, i venticinque lettori di manzoniana memoria forse lo ricorderanno, visse "su carta" per quindici anni. Dal 1982 al 1997, con due piccole pause adolescenziali, pubblicò 41 fascicoli.

Fu l'occasione per un dibattito interessante sulla definizione, la metodologia, l'epistemologia e la pratica della Psicologia Clinica.

Era diretta da Mario Bertini, Renzo Canestrari e Renzo Carli.

L'ultimo editoriale finiva così: "E' sulla rete che diamo l'arrivederci ai nostri amici più cari".

Con qualche ritardo, ma anche con molte speranze, eccoci in rete.

Il nostro obiettivo è quello di stimolare una ricomposizione tra empiria e teorizzazione, tra pratica e costruzione di modelli entro un'area della Psicologia, quella clinica, che corre sistematicamente il rischio di riflessioni chiuse entro lo spazio delle singole aree teorico – pratiche, a scapito delle aperture e di un confronto. Per questo riteniamo importante la riflessione attorno ai temi fondanti della Psicologia Clinica; ma altrettanto rilevante ci sembra anche la problematica che gli psicologi clinici possono affrontare con la loro prassi.

Pensiamo che la convivenza, con i suoi problemi ed i suoi conflitti, con le speranze di integrazione e con le delusioni che nazionalismi, fondamentalismi, massimalismi, conformismi, pregiudizi, egoismi comportano, sia il tema centrale per l'impegno civile e scientifico della Psicologia Clinica.

Pensiamo ad una rivista che discuta su concetti quali psicoterapia, cura, guarigione, malattia, disagio, psicopatologia, stimolando confronti e non dando mai nulla per scontato.

Pensiamo ad una rivista che affronti la tematica della ricerca in Psicologia Clinica, stimolando la presentazione di esperienze e di metodologie, l'esplicitazione della loro fondazione epistemologica e scientifica.

Nel passato la Rivista di Psicologia Clinica ha avuto un target italiano.

Ora l'intenzione è quella di aprire all'Europa e, più in generale, a chi nei diversi Paesi è interessato a dialogare attorno ai problemi della nostra disciplina e della nostra professione.

La Rivista di Psicologia Clinica (RPC) sarà:

on line

gratuita

in italiano ed in inglese

La sua diffusione sarà il più ampia possibile. Ogni lettore è invitato ad aiutarci a che la diffusione possa estendersi, segnalandoci gli indirizzi e-mail di persone, organizzazioni ed istituzioni interessate a ricevere la rivista.

Il Comitato Scientifico della Rivista ha avuto adesioni importanti, che ci hanno dato la forza per l'impresa. Potrà ampliarsi nel prossimo futuro, con nuove adesioni italiane ed estere.

Il Comitato Scientifico fungerà anche da gruppo dei referee, per vagliare i contributi che perverranno alla rivista.

In questo primo numero abbiamo invitato alcuni colleghi a scrivere sul presente della Psicologia Clinica, nella sua accezione più ampia, evidenziando problemi e speranze, definizioni e riflessioni su questa disciplina e su questa professione, nel nostro Paese. Altri lavori, scritti quale risposta a questo invito, verranno pubblicati nel secondo numero.

Il Comitato di Redazione preciserà, in altra parte della rivista, le norme editoriali, le modalità di archiviazione e di consultazione.

Il Comitato di Direzione augura buona lettura a tutti.

Roma, 6 maggio 2006

Il Comitato di Direzione è composto da:

Mario **Ardizzone** (Roma)
Renzo **Carli** (Direttore Responsabile - Roma)
Alessandra **De Coro** (Roma)
Franco **Di Maria** (Palermo)
Anna **Di Ninni** (Roma)
Massimo **Grasso** (Roma)
Rosa Maria **Paniccia** (Roma)
Sergio **Salvatore** (Lecce)
Pietro **Stampa** (Roma)

Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica

di Massimo Grasso*

Circa dieci anni fa, verso la fine del 1997, mi ero trovato a scrivere, su invito del Direttore della rivista "*Psicologia Clinica*", di cui ero allora coordinatore redazionale, qualche riflessione intorno al passato e al futuro della psicologia clinica e questo in occasione della chiusura delle pubblicazioni della rivista stessa (Grasso, 1997). Oggi come allora, quel direttore che è anche l'ispiratore della nuova avventura cui si devono queste pagine, ha la benevolenza di sollecitare una mia riflessione sulle sorti della disciplina. Un'esperienza allora si chiudeva: una nuova esperienza oggi si apre perché, come dice lui stesso, pensa di "ritentare l'avventura", per l'appunto. Indubbiamente un bel coraggio: gliene va dato atto.

Sono tornato a quello scritto e vi ho trovato conclusioni decisamente pessimistiche: in parte dettate, credo, dal fatto di dover fare i conti con la conclusione di un progetto culturale che aveva assorbito per lungo tempo impegno e competenze mie e di tanti altri colleghi, e quindi forse sovradimensionate per l'effetto di una qualche componente di frustrazione; in parte, continuo a credere, alimentate da una realistica, e quindi necessariamente depressiva, considerazione dei fatti.

L'aspetto più rilevante, allora, quello che aveva condotto alla chiusura della rivista, era costituito dalla esiguità di lettori, quindi di interlocutori: a causa di una scarsa incisività della politica editoriale della rivista o per mancanza di interesse per gli argomenti trattati? Probabilmente per entrambe queste cause. E, ciò che si preparava, non mi appariva molto diverso.

Uno sguardo al futuro, insomma, che non mi sembrò connotato troppo positivamente per la psicologia clinica: ma, come ebbi a dire in quella occasione, uno sguardo tutto sommato sereno, non *preoccupato*. A distanza di qualche anno, mi rendo conto che la mancanza di preoccupazione mi derivava fondamentalmente dall'intima decisione di voler comunque rimanere, come si dice, con le "mani in pasta", cercando di mantenere un atteggiamento non distaccato, esterno, rispetto alle problematiche o alle difficoltà in cui sovente si dibatte la psicologia clinica; provando a continuare, anche se spesso con fatica, a misurarmi con esse, da solo o in collaborazione con altri, dall'interno; a sentirmi parte di un processo, ad impegnarmi, per la mia parte, in quella infinita sequela di *lavori in corso*, che è poi il confronto culturale all'interno di una disciplina.

Insomma, con o senza rivista mi dicevo ritornando sul tema qualche anno dopo (Grasso, 2001), gli psicologi clinici, e chi scrive con loro, non cessano di esistere, di lavorare e, almeno alcuni, di interrogarsi sul loro lavoro. Chi psicologo clinico vuole diventare, non cessa di formarsi, di portare una qualche domanda di formazione. Ad essere sincero, le aggettivazioni che avevo usato in quella occasione erano diverse: parlavo infatti di una "sempre più forte, articolata e consapevole" domanda di formazione. Di questo non sono più tanto convinto, ma non voglio anticipare una riflessione che cercherò di sviluppare più avanti.

Nel 1997, comunque, in sede di bilancio della vita culturale della rivista, mi sembrava di poter annotare nella colonna delle *entrate* alcuni elementi che ritenevo significativi. Ad esempio la proposta di un superamento, dal punto di vista sia teorico che pragmatico, dandone conto sulla rivista, della scissione tra momento conoscitivo e momento dell'intervento in psicologia, così come la progressiva definizione di un modello integrato di ricerca, formazione e intervento: e questo, lo sottolineai allora e lo ribadisco oggi, costituisce un'acquisizione forte del modo di lavorare e di pensare di molti psicologi clinici.

Un tale processo mi appariva comportare un progressivo affrancamento dalla servitù ad un modello "medico" di intervento, catalizzatore di fuorvianti prospettive teoriche per la psicologia clinica e di indiscutibili miopie sul piano della prassi; e, parallelamente, un altrettanto progressivo affermarsi di un modello squisitamente "psicologico" in grado di fornire alle molteplici sfaccettature dell'azione psicologica un solido ancoraggio teorico e metodologico.

* Professore ordinario di Psicologia clinica – Università di Roma "La Sapienza"

Lavorare intorno alla definizione di una teoria della tecnica in psicologia clinica ha significato, in questa ottica, provare ad uscire dalla logica delle tecnicità forti per misurarsi con la valenza tutta psicologica riconoscibile nella complessità dei contesti.

Nella colonna delle *uscite*, al contrario, segnalavo i grossi ostacoli incontrati a tenere il confronto con il forte potere di penetrazione culturale e con la rilevanza sociale di altri modelli di intervento e, di conseguenza, di formazione in psicologia clinica rispetto a quello che la nostra rivista si proponeva di prospettare: e questo non solo in ambito extra accademico, come facilmente si intuisce, ma anche in ambito accademico. Il che si è tradotto in una grande fatica ad occupare spazi culturali ed istituzionali, a stabilire alleanze produttive.

Mi sembrava inoltre che restassero molti nodi da sciogliere per i volenterosi, molte aree di criticità eventualmente da affrontare. Ne ricordo soltanto tre, che mi sembrano ancora attuali:

la necessità di una contestualizzazione delle tecniche, la quale implica un recupero *anche* delle tecniche in quanto tali;

l'opportunità di un approfondimento teorico-metodologico del rapporto psicologia clinica/psicoterapia; l'esigenza di ripensare il problema della verifica, che così come veniva trattato da varie parti, mi sembrava largamente insoddisfacente.

A questi vorrei aggiungere, nella prospettiva dell'oggi, quella che definirei la progressiva ambiguità ed incertezza della dimensione formativa.

La sensazione, allora, era di una certa fatica a lavorare con altri intorno ad una teoria unificata della psicologia clinica, e lo scivolare impercettibile, ma irrefrenabile verso una convivenza ateoretica e potenzialmente aconflittuale perché priva di confronto, di diversi modelli e diverse rappresentazioni della psicologia clinica medesima: per contrastare una simile prospettiva mi sembrava che fosse necessario un processo di integrazione, per certi aspetti molto stimolante. Anche se un tale faticoso lavoro, mi vado vieppiù convincendo, sembrava e sembra essere interesse soltanto di pochi. L'alternativa mi appariva essere il procedere in parallelo di culture diverse e modelli a volte reciprocamente opposti, magari senza darsi troppo fastidio.

A conclusione delle mie note di allora riportavo una frase di Maslow che compare in un suo noto saggio: "è una tentazione troppo forte – diceva Maslow – avendo solo un martello, non trattare ogni cosa come un chiodo"¹. Quindi il rischio che vedevo è, come dire, ciascuno con il *suo* martello a battere sui *suo*i chiodi. Con buona pace di tutti, e di ognuno.

Qual è la situazione con cui ci troviamo a confrontarci adesso? La congettura di Maslow sembra essersi tradotta, dal mio punto di vista, da pura ipotesi in convincente oracolo.

Proviamo a dare uno sguardo, a questo proposito, alla definizione di psicologia clinica estratta dal regolamento del collegio dei docenti universitari di psicologia clinica, nella specifica sezione dedicata agli "Ambiti di competenza disciplinare"².

Si tratta di un documento molto importante. Da qualche anno, gli psicologi clinici operanti presso le università, senza distinzione di qualifica accademica e di facoltà di riferimento, di impegno clinico e di ricerca, si sono cimentati nel produrre un documento che costituisca una sorta di carta costitutiva della disciplina, che ne tracci i connotati identificativi e le peculiarità distintive.

Se si scorre l'elencazione dei diversi punti che caratterizzano appunto gli ambiti di competenza disciplinare, è possibile trovare una evidente affermazione di quella dimensione relativa alla convivenza aconflittuale di culture diverse dal punto di vista sia teorico che pragmatico cui prima si faceva riferimento. Mi sembra che soprattutto i punti 5.) e 6.), attraverso i quali specificamente vengono descritti *modelli e metodi*, siano esplicativi. Osserviamoli più da vicino:

...

¹ Maslow A. H. (1969), *The Psychology of Science* (pagg. 15-16): "I suppose it is tempting, if the only tool you have is a hammer, to treat everything as if it were a nail".

² Cfr. www.collegiopsiclinicauniv.it

5. Modelli. La tradizione di ricerca ed intervento della psicologia clinica è proficuamente alimentata da una pluralità di modelli. Tali modelli sono guidati da differenti presupposti epistemologici e teorico-metodologici, e connotati da irrinunciabili differenze nelle strategie cliniche e di ricerca, peraltro in costante evoluzione scientifica e culturale.³

6. Metodi. Le metodiche della psicologia clinica sono codificate da protocolli operativi, riconosciuti e legittimati dalle diverse tradizioni di studio, di ricerca e di applicazione clinica. I differenti procedimenti diagnostici, valutativi, e di terapia, pur utilizzando anche metodiche psicobiologiche o socio-psicologiche, si qualificano come 'psicologici' in virtù dei mezzi impiegati e degli effetti perseguiti. Tra le metodiche presenti nella Psicologia Clinica assume particolare rilevanza, come strumento d'intervento, il sistema soggettivo dello psicologo clinico. Sistema emotivo, cognitivo e relazionale costruito attraverso la formazione specifica e l'attività clinica.⁴

...

Nel documento si afferma quindi, da un lato, che la psicologia clinica si alimenta di una pluralità di modelli scaturiti da presupposti epistemologici e teorico-metodologici i quali presentano delle differenze *irrinunciabili*, e che tali differenze tendono a riproporre nelle strategie cliniche e di ricerca. Penso di poter dire che ciò faccia principalmente riferimento alle dimensioni che hanno fondato la psicologia clinica. Dunque tali differenze non solo non vengono avvertite come "problematiche", ma invece come apportatrici di evoluzione a livello scientifico e culturale. Dall'altro si sottolinea che come strumento centrale per la prassi psicologico-clinica si debba considerare il *sistema soggettivo* dello psicologo clinico: vale a dire quel "sistema" che viene costruito attraverso la formazione e la clinica. Ciò significa che, dovendo sia la formazione che la clinica necessariamente riferirsi ad un modello, ed essendo i modelli *irrinunciabilmente* diversi tra loro, l'esito non potrà che essere quello di attendersi nuove generazioni di psicologi clinici portatori di quelle differenze di tipo epistemologico e teorico-metodologico di cui sopra.

Come si vede la parola "integrazione" non è spesa affatto. Il risultato, quindi, è che gli psicologi clinici universitari, attraverso un confronto e un dibattito interni molto articolati e sicuramente apprezzabili, sono giunti alla conclusione che non solo non è *possibile* proporsi un obiettivo di integrazione, ma che in fondo esso non è nemmeno *auspicabile*.

A questo punto, le alternative riguardo agli esiti, relativamente a tale impostazione, non possono essere che due.

La prima: l'affermazione (per un insieme di ragioni: storiche, socio-politiche, culturali, economiche, di potere accademico, ecc.), o la lotta per l'affermazione, di un modello, o di una oligarchia di modelli, che ne sancisca la supremazia sugli altri e ne garantisca l'egemonia.

La seconda: il procedere ognuno all'interno del proprio modello di riferimento, cercando attraverso un confronto serrato, ma soltanto a questo livello, modi di integrazione e di progresso compatibili con le caratteristiche del modello stesso, e stimolare, con qualche regolarità, una dimensione di incontro tra le diverse prospettive in terreni possibilmente *neutri* in cui, con pari dignità (una sorta di *par condicio* scientifica), ci si scambii, o per meglio dire, ci si notifici per reciproca informazione e aggiornamento risultati conseguiti e possibilità di sviluppo. E questa seconda alternativa, per altro, mi sembra l'opzione che il collegio sta attualmente e già da qualche anno perseguendo con convinzione e continuità⁵.

E non è detto che l'una prospettiva escluda l'altra.

Se questa è l'opinione autorevole che gli universitari di psicologia clinica hanno espresso, che *noi* universitari di psicologia clinica abbiamo espresso, bisognerà necessariamente tenerne conto. Voglio dire, e lo dico soprattutto a me stesso, anche nei confronti di questa nuova *avventura* scientifico-editoriale.

³ Corsivo mio

⁴ Corsivo mio

⁵ Si vedano, al proposito, i due convegni organizzati dal collegio negli ultimi due anni: il primo nel 2004 (2-4 aprile), a Napoli ed Ischia, dal titolo "*La psicoterapia: sviluppi ed innovazioni*"; il secondo, ancora ad Ischia, nel 2005 (8-10 aprile) dal titolo: "*Formazione e ricerca in psicologia clinica*".

Mi sembrerebbe allora più adeguato, in questo senso, parlare non tanto di *psicologia* clinica, ma di *psicologie* cliniche. Anche se, a ben guardare, sotto il concetto della *pluralità dei modelli* si affaccia, nemmeno troppo nascostamente, il riferimento alla pluralità dei *modelli psicoterapeutici*. Se ne ha la conferma osservando quanto il già ricordato documento contenente il regolamento del collegio dei docenti universitari di psicologia clinica, recita a proposito proprio della definizione di psicologia clinica, il primo aspetto ad essere preso in considerazione, negli “*Ambiti di competenza disciplinare*” di cui sopra, quindi il punto 1.):

1. Definizione. La psicologia clinica è un settore della psicologia i cui obiettivi sono la spiegazione, la comprensione, l'interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici. La psicologia clinica è identificabile con le metodiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia o comunque di intervento sulla struttura e organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e nei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici. La psicologia clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere socio-psico-biologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e ambientali. *La psicoterapia nelle sue differenti strategie e metodiche costituisce l'ambito applicativo che più caratterizza la psicologia clinica, come punto di massima convergenza tra domanda, conoscenze psicologiche disponibili, fenomeni indagati e metodi utilizzabili.*⁶

L'ultima parte della definizione evidenzia dunque, in maniera esplicita, il peso e la rilevanza che la psicoterapia come prassi si ritiene che assuma per la psicologia clinica, caratterizzandone la sua identità come ambito disciplinare e scientifico⁷. Ma parlare di psicoterapia, genericamente, non ha troppo senso sia dal punto di vista storico (Reisman, 1991; Freedheim, 1992; Tallis, 1998) che da quello della concreta operatività clinica (Wachtel, Messer, 1997; Cionini, 1998; Codispoti, Clementel, 1999): è più corretto, ovviamente, parlare di modelli di psicoterapia, dei modelli di psicoterapia esistenti e di quelli che vengono continuamente individuati o che potranno, anche nel futuro, essere proposti.

Ecco allora che questo discorso sembra saldarsi fortemente con quanto precedentemente illustrato. In altre parole, si sostiene: la psicologia clinica è, sostanzialmente, psicoterapia e, dato che per quanto attiene la psicoterapia è necessario riconoscere la legittimità, dal punto di vista sia teorico che applicativo, della presenza di modelli teorici e conseguenti approcci operativi diversi, allora è giocoforza sottolinearne il parallelo diritto all'esistenza, affermando che, come abbiamo visto, la diversità dei presupposti epistemologici e teorico-metodologici alimenta proficuamente il progresso della psicologia clinica come disciplina. Va comunque ricordato e sottolineato che le differenze di cui stiamo parlando sono definite *irrinunciabili*. Irrinunciabili per chi? La risposta, neppure troppo maliziosa, che mi corre alle labbra è: chiaramente per i modelli di psicoterapia stessi, per le rispettive scuole di formazione, per i rispettivi ambiti di intervento, per le rispettive aree di penetrazione e diffusione culturale. Evidentemente ogni modello di psicoterapia ha, o ritiene di avere, troppo da perdere nel perseguire un qualsivoglia obiettivo di integrazione che riguardi la fondazione di una teoria della tecnica psicologico-clinica: come si diceva, dunque, ciascuno con il suo martello a battere sui

⁶ Corsivo mio

⁷ Non si discosta molto da questa prospettiva la declaratoria ministeriale che definisce il settore scientifico-disciplinare psicologico-clinico. Essa, infatti, recita:

“Il settore comprende le competenze relative ai metodi di studio e alle tecniche di intervento che, *nei diversi modelli operativi (individuale, relazionale, familiare e di gruppo)*, caratterizzano le applicazioni cliniche della psicologia a differenti ambiti (persone, gruppi, sistemi) per la soluzione dei loro problemi. Nei campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie (psicosomatiche, sessuologiche, tossicomane incluse), dette competenze, estese alla psicofisiologia e alla neuropsicologia clinica, sono volte all'analisi e alla soluzione di problemi tramite interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia”. [Corsivo mio]

suoi chiodi. Con buona pace di tutti, e di ognuno: con la garanzia per tutti e per ognuno, dei propri territori di “caccia”, dei propri spazi di affermazione, della propria *audience* di riferimento.

Anche se, forse, non è proprio tutto così “liscio”. Quando, nel 1997, mi riferii alla citazione di Maslow, proposi un’annotazione che mi sembrò e mi sembra ancora oggi di una qualche efficacia: certo è una paradossale e ironica coincidenza, ma l’originario inglese *nails* che traduciamo correttamente *chiodi*, significa anche *unghie*. E, forse, a forza di battere con il proprio martello sui propri chiodi si corre il rischio di schiacciarsi anche qualche unghia. Degli esempi? Ne citerò qualcuno, a mio parere significativo, senza la pretesa di essere esaustivo.

Per quanto riguarda un primo esempio, me ne dà l’occasione una breve incursione e una conseguente riflessione attorno al tema della verifica che, come si ricorderà, segnalavo più sopra come punto 3) delle aree di criticità da affrontare.

Ho esplorato di recente altrove (Grasso, Stampa, 2006a) il tema relativo ai modelli di normalità psicologica o di salute mentale che sono chiamati a fare da cornice di sfondo al lavoro di ricerca intorno all’efficacia delle psicoterapie⁸. Ne riprenderò in questa sede alcuni punti⁹.

La ricerca clinica indirizzata a misurare l’efficacia delle psicoterapie intende registrare e misurare i “progressi” del paziente. Verso quali modelli di “normalità psicologica” o di “salute mentale” sono orientati tali “progressi”? Se si esplorano alcuni contributi che fanno il punto sulla questione (Vaillant, 2003; Wakefield, 2004) è possibile giungere ad esiti paradossali, semplicemente declinando le estreme conseguenze di una visione intrinsecamente ideologica del problema, non riconosciuta dagli autori. Questa visione ideologica potrebbe essere espressa come una equivalenza che vede il conformismo uguale alla normalità e questa uguale alla salute: in essa il sentimento di benessere soggettivo, psicologico e/o fisico, corrispondente all’adesione a valori e stili di vita correnti, o al riconoscimento della propria appartenenza a un settore della società, è assunto acriticamente e in modo lineare quale parametro fondante il giudizio clinico.

In questa direzione non ci si può non sentire in difficoltà a condividere, almeno dal mio punto di vista, ad esempio la prospettiva che individua il processo di selezione all’interno del programma Mercury, quello per capirci che negli anni ‘60 consentì di scegliere i primi sette astronauti americani, come il prototipo delle ricerche volte alla definizione scientifica della salute mentale. Afferma, a questo proposito, il già citato Vaillant (2003):

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*¹⁰ di piccole cittadine. Intorno ai trent’anni, tutti si erano sposati e avevano avuto figli. Sebbene fossero avventurosi piloti collaudatori, avevano subito insolitamente pochi incidenti nei loro anni di attività come piloti, e anche nel periodo precedente. Potevano tollerare con facilità sia la stretta collaborazione interdipendente che l’estremo isolamento. Si fidavano degli altri e non si lamentavano in situazioni di disagio. Tolleravano bene sia le emozioni positive che quelle negative. Non essendo particolarmente introspettivi, gli astronauti indugiavano di rado sulle proprie emozioni interiori, ma erano capaci di descriverle se richiesto. Erano consapevoli dei sentimenti degli altri, ed evitavano le difficoltà interpersonali.

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 a modelli più antichi che concepivano la salute mentale medesima come un ideale utopico o la vedevano strettamente connessa con la moralità, modelli dai quali pure si sostiene, nell’articolo citato e con il comune buon senso, sia necessario prendere le distanze? Che le finalità di simili affermazioni siano altre che non obiettivi “puramente” scientifici come si pretenderebbe di far credere? Sembrerebbe

⁸ Cfr. anche Grasso, 2002, 2005.

⁹ Una versione estesa di questo scritto è rintracciabile anche su questo numero della *Rivista di Psicologia Clinica on line* (Grasso, Stampa, 2006b).

¹⁰ Corsivo mio.

proprio così: questi assunti, così elementari si direbbe, nella definizione di concetti invece multiproblematici come quelli di salute e malattia, così “rinunciatori” rispetto al confronto con qualsivoglia minimo paradigma di complessità, hanno forse come riferimento principale più obiettivi di controllo sociale che altro: ma questa è un’altra storia, che ho affrontato più analiticamente negli scritti di cui sopra, ai quali rimando chi ne fosse interessato e che non voglio riprendere qui.

Non si tratta, evidentemente, di contrapporre a una visione ideologica basata sulla valorizzazione del conformismo, una visione alternativa basata su altri valori. Si tratta di comprendere che questi modelli sono già paradossali in sé, sotto il puro profilo del metodo. Mi sia permesso, in questa sede, il salto di qualche passaggio nel mio ragionamento: la radice ultima del problema sta, probabilmente, nell’uso in psicologia dei paradigmi scientifici su cui poggia la medicina. Questo uso è altrettanto comune quanto improprio.

Da dove è entrato il “modello medico” nella psicologia clinica e nella psicoterapia? Come scrivono Nesse e Williams (1994)

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.

Una “storia” americana, si dirà. E poi, se certe sostanze modificano l’umore o il comportamento in un senso atteso e convergente con quanto il paziente desidera, se favoriscono gli stanziamenti a favore dei centri di ricerca, se sono compatibili con le esigenze di controllo delle compagnie d’assicurazione, che male c’è?

C’è che il “modello medico” è imperialistico, come lo è così spesso la cultura americana in altri settori della vita delle comunità. Dalla psichiatria “pratica” di impianto biologico il “modello medico” (e assicurativo) filtra nella psicoterapia: si potrebbe ricordare, al proposito, il protocollo di intesa psicoterapeuta/paziente illustrato dal ponderoso e autorevole manuale di Davidson e Neale (1986). Stampa (1990) così lo riassumeva:

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 nel quale le compagnie di assicurazione private determinano il mercato, ponendo alcune 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... E qui ci sarebbero ben altre obiezioni. Ma, come si rapporta questo discorso con i *martelli*, i *chiodi* e le *unghie* di cui sopra? Semplicemente tenendo in considerazione che la riduzione della psicologia clinica a psicoterapia, comportando da un lato la giustificazione della equivalenza, da un punto di vista teorico e metodologico, dei diversi modelli di psicoterapia, sta comunque esitando, dall'altro, nell'affermazione egemonica di alcuni modelli e conseguenti metodologie di verifica, quelli più compatibili con le impostazioni ingenuamente (o non ingenuamente?) dicotomiche di cui sopra, alimentando per gli altri modelli – se si vuole pubblicare su riviste internazionali, dotate di *impact*, quindi avere finanziamenti per la ricerca, partecipare a congressi, vincere concorsi, ecc. – la tentazione di rinunciare al confronto e al collegamento con le proprie ipotesi fondative in nome di una adesione spesso acritica a semplificazioni del tipo di quelle citate precedentemente.

Questo, mi sembra, è quanto sta accadendo, in maniera consistente nel nostro paese, ai modelli terapeutici psicodinamicamente, o per dirla più chiaramente¹¹, psicoanaliticamente orientati.

La riduzione operata su concetti complessi, al fine di una loro *operazionalizzazione*, è questione corrente. Prendiamo, per esemplificare, uno degli aspetti sicuramente più problematici e controversi della relazione terapeutica in una cornice psicoanalitica: il controtransfert.

Come spiegarsi, se non attraverso le argomentazioni prima avanzate, ad esempio la creazione del *Countertransference Index* (CI) (Hayes, Ricker, Ingram, 1997), uno strumento costituito da un unico *item* che, grazie ad una scala di tipo *Likert*, indica quanto, nel corso della seduta appena trascorsa, il comportamento del terapeuta sia influenzato dal controtransfert¹²?

Oppure, sempre riguardo lo stesso tema, come considerare il processo che ha portato alla costruzione e al conseguente uso dell'*Inventory of Countertransference Behavior* (ICB) (Gelso, Friedman, 2000), dove gli iniziali 32 *items* che avrebbero dovuto descrivere il comportamento controtransferale furono valutati da 11 psicologi giudicati esperti nell'area del controtransfert (da chi? E, soprattutto, in base a che cosa?) i quali, sempre attraverso l'utilizzo della solita scala *Likert*, dove 1 indicava che l'*item* non esprimeva alcun tipo di comportamento controtransferale e 5, invece, indicava che l'*item* ne fosse un ottimo indicatore, ne selezionarono i 21 poi in uso?

Non siamo di fronte, in questi casi, ad un massiccio processo di semplificazione? E cosa dire delle misure che attraverso tali strumenti si ottengono? A giudicare dagli usi che se ne fanno, come è possibile rinvenire in letteratura, si possono notare due tipi di esiti.

Da un lato la *concretizzazione* del concetto studiato: ciò che si ottiene per il controtransfert, in altri termini, non viene inteso come una probabilistica, nella migliore delle ipotesi, quando non casuale, stima di comportamenti legati alle dinamiche controtransferali, ma è il controtransfert al punto da arrivare successivamente ad indicare, ad esempio, che il controtransfert stesso, di cui si sono

11 Anche in questo caso, la declaratoria ministeriale del settore scientifico-disciplinare "dinamico" propone un chiaro riferimento alla psicoterapia:

"Comprende le competenze scientifico disciplinari che considerano da un punto di vista psicodinamico e psicogenetico le rappresentazioni del sé, i processi intrapsichici e le relazioni interpersonali (familiari e di gruppo), nonché le competenze relative alle applicazioni di tali conoscenze alla analisi e al *trattamento del disagio psichico e delle psicopatologie*. Comprende altresì le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi e alle tecniche che caratterizzano gli studi in quest'ambito disciplinare". [Corsivo mio]

¹² E quello che accade allo psicoterapeuta in relazione ad un determinato paziente, *fuori* dal setting terapeutico?

progressivamente persi, ricerca dopo ricerca, contorni e delimitazioni teoriche, è definito e costituito da otto dimensioni, che magari rappresentano soltanto l'esito di una semplice analisi fattoriale¹³. Senza contare che, a proposito di quest'ultimo esempio – quello riferito all'*ICB* –, i clinici coinvolti nello studio erano di formazione psicodinamica, eclettica (?), cognitivo-comportamentale: ma il concetto di controtrasfert non nasce e si sviluppa all'interno della tradizione psicoanalitica (Freud, 1937; Heimann, 1950; Racker, 1968 e, ovviamente, molti altri)? Come sarà, se lo sarà stato, concettualizzato altrove? Per esempio nella prospettiva eclettica, valutando naturalmente di che tipo di eclettismo si tratta?¹⁴ Non è questo, credo, ciò che va inteso come integrazione di prospettive, che è un lungo e complesso processo di confronto culturale; questo appare piuttosto come un *melting pot* dove ogni caratteristica distintiva viene persa in nome di una non meglio precisata *empiria*.

Dall'altro, un atteggiamento più cauto che, consapevole della criticità di alcuni assunti, rivendica tuttavia il diritto-dovere a proporre valutazioni e/o concezioni magari rudimentali (perché, si afferma, non c'è di meglio) in vista di un progressivo e successivo affinamento: il problema è che, sulla base di quanto abbiamo visto, spesso non si tratta di misurazioni poco accurate, che potranno essere perfezionate successivamente, ma semplicemente di *non* misurazioni¹⁵. Con l'esito non infrequente di partire da un punto A e di giungere, attraverso passi successivi, ad un punto B che non ha più niente, o pochissimo, in comune con la dimensione di partenza: rischio, questo, che anche Horvath ha sottolineato al recente congresso della *Society for Psychotherapy Research*¹⁶.

E gli esiti paradossali non riguardano solo alcuni contenuti della ricerca scientifica nel nostro ambito, ma anche la stessa impalcatura che regge il riconoscimento internazionale della validità della ricerca stessa. Prendiamo ad esempio il tema dell'*impact factor*, al quale poco fa ho accennato.

13 Nello specifico: Overwhelmed/Disorganized, Helpless/Inadequate, Positive, Special/Overinvolved, Sexualized, Disengaged, Parental/Protective, Mistreated/Criticized (Cfr. Zittel, Westen, 2003).

14 Che il controtrasfert sia, come si usa dire oggi, a pan-theoretical concept? Una formuletta questa, utilizzata ad esempio per l'alleanza terapeutica (Horvath, 2005). Una scorciatoia, mi sembra, per evitare di fornirsi di strumenti concettuali prima che empirici per dare conto e dare senso a ciò che accade nelle dinamiche relazionali della psicoterapia.

15 Qualche altro esempio di semplificazione e di riduzionismo?

Un primo esempio. L'interessante volume di De Coro e Andreassi (2004), che propone un'ampia rassegna riguardante la ricerca empirica in psicoterapia, cita a proposito degli studi sull'efficacia della psicoterapia infantile la ricerca di Casey e Berman (1985), che viene ritenuta dagli esperti del settore un punto di svolta negli studi sull'argomento. Utilizzando la tecnica della meta-analisi i due ricercatori analizzarono 75 ricerche sulle psicoterapie infantili (pazienti dai 3 ai 15 anni di età) svoltesi tra il 1952 e il 1983, con l'obiettivo di fornire una risposta empirica a domande del tipo: la psicoterapia è efficace con i bambini? Ottenendo per la prima volta un esito più che affermativo con un effect-size di 0.71. Ci si chiede: con i bambini? Dai 3 ai 15 anni? Viene da domandarsi se Casey e Berman abbiano mai semplicemente visto un adolescente di 15 anni e un ragazzino di 3, per poterli pensare assimilabili. Viene altresì da domandarsi se i due ricercatori abbiano mai letto o sentito parlare ad esempio delle ricerche di Estes (1938), allievo di Allport, che lo portarono ad ipotizzare una "trained incapacity" a valutare le persone per chi aveva studiato psicologia negli anni '30.

Un secondo esempio. Rispettando la privacy racconterò quanto occorso in una recente occasione in un incontro di studio sulla ricerca in psicoterapia. Nell'illustrazione di un lavoro di ricerca, veniva presentato il campione (?) di riferimento costituito da soggetti dai 15 ai 65 anni. Un'osservazione avanzata da un componente della tavola rotonda all'autore della ricerca mirava a segnalare la problematicità di un tale gruppo (non campione!) per la disparità di età dei componenti e la non precisazione del livello socio-culturale degli stessi. La disarmante risposta fu: "Non si può tenere conto di tutto. La ricerca clinica non è cosa facile!".

Alla base di tutto questo sembra esserci quello che chiamerei un sorta di *feticismo* della quantificazione. L'analisi statistica si trasforma, in questi casi, da strumento a vero e proprio obiettivo del lavoro: si compie una ricerca perché sia possibile quantificare, tralasciando di considerare che cosa e come si sta quantificando. E ignorando, ancora una volta, i sistemi complessi con cui ci si confronta: è necessario ricordare le recentissime "disavventure" delle analisi statistiche volte a descrivere i comportamenti legati al voto politico in Italia, come in precedenza negli Stati Uniti?

¹⁶ Cfr. l'intervento di A. O. Horvath alla tavola rotonda "L'integrazione dei trattamenti e la ricerca", al Congresso Nazionale della Sezione Italiana della *Society for Psychotherapy Research*, San Benedetto del Tronto (AP), 16-18 settembre 2005.

Non voglio riprendere in questa sede le argomentazioni critiche nei confronti dell'*IF* espresse autorevolmente ed estesamente da altri¹⁷ che pure mi sento sostanzialmente di condividere; mi basta brevemente richiamare il lavoro di Vaillant (2003) cui più sopra facevo riferimento.

Bene, chi formula pur giuste censure alle sue affermazioni (cfr. ad esempio Wakefield, 2005, le cui censure sono anche piuttosto pesanti sul piano della coerenza teorico-metodologica espressa da Vaillant) non può ovviamente esimersi dal citarlo. Poniamo, per ipotesi, che l'articolo di Vaillant sollevi non qualche critica isolata, ma un coro di critiche: la conseguenza sarà che la rivista che ha pubblicato quel lavoro (*IF* = 6.913), anziché ricevere magari una nota di biasimo, per aver ospitato un saggio così poco condiviso dalla comunità scientifica dal punto di vista teorico e metodologico ed essere evitata da altri studiosi, vedrà invece aumentare il suo *IF* e dunque il suo *appeal*, giacché, come è noto, il numero di citazioni ricevute da una rivista rappresenta, rapportato ad altri, un indice di crescita dell'*impatto* di quella rivista.

Un po' quello che succede, verrebbe da dire, con il fenomeno dell'*audience* nella peggiore *trash tv*, in cui l'*indice di gradimento* è stato da tempo soppiantato dall'*indice di ascolto*: non è importante che di una trasmissione se ne parli bene o male, l'importante è che se ne parli, comunque, perché ciò significa che è stata vista, a prescindere dal suo valore che può essere – e spesso lo è – anche pessimo, e solo così può essere *venduta* ed essere appetibile per ricchi *commercials*.

Qualche altro esempio di unghie schiacciate? Vorrei citare due fenomeni, che mi hanno particolarmente colpito e che mi sembra rappresentino una dimostrazione dell'erosione, da destra e da sinistra si sarebbe detto una volta (il lettore decida dove collocare destra e sinistra, adesso non è più così immediato identificarle), degli spazi non solo di intervento, ma anche di presenza culturale della psicologia clinica.

Il primo fenomeno è rappresentato, a mio modo di vedere, dalla sempre più grande diffusione del *counselling* (Nelson-Jones, 1995): con la creazione di conseguenti percorsi formativi, richiesta di riconoscimento professionale, ecc. ecc. Tutto ciò parallelamente ad un progressivo sganciamento dalla matrice psicologica e più in particolare psicologico-clinica di questa pratica. Il processo di allontanamento dalla psicologia di una prassi così squisitamente psicologica, giunge al suo compimento con il recupero del *counselling filosofico*, la cui data di nascita è fissata per concorde riconoscimento degli studiosi del settore circa venticinque anni fa.

Una disciplina, quella della consultazione filosofica, come si può anche leggere negli ampi spazi che le vengono dedicati sul *web*, che mira a dare aiuto e orientamento a individui che non riescono a fronteggiare da soli i problemi che la vita quotidiana pone loro di fronte. Compito del *counselor* è aiutare le persone a riflettere sulle proprie scelte di tipo professionale, affettivo, sulle dinamiche relazionali ed emotive e sul significato riconoscibile in eventuali stati di ansia e di depressione provati. Con queste parole Galimberti sul quotidiano "*la Repubblica*"¹⁸, alla fine del 2004, ne annunciava, con un qualche entusiasmo, la diffusione anche presso di noi:

Chi chiede una consulenza filosofica non è "malato", è solo alla ricerca di un senso. E dove è reperibile un senso, anzi il senso che, sotterraneo e ignorato, percorre la propria vita a nostra insaputa se non in quelle proposte di senso in cui propriamente consiste la filosofia e la sua storia? Fu così che nel 1981 il filosofo tedesco Gerd Achenbach aprì in Germania il primo studio di Consulenza filosofica, a cui seguì la fondazione di una Società per la pratica filosofica, divenuta poi internazionale per la sua diffusione in Olanda, Francia, Stati Uniti, Israele. Nel 1999 sorge anche in Italia l'Associazione Italiana di counseling filosofico, si traducono i libri di Pierre Hadot, *Esercizi spirituali e filosofia antica* e di Lou Marinoff, *Platone è meglio del Prozac* e *Le pillole di Aristotele* che avvicinano il grande pubblico alla figura del filosofo che si occupa degli individui senza proporsi come "terapeuta". Nel 2003 la Facoltà di Scienze della formazione dell'università di Catania promuove il primo Convegno di studi sulle pratiche filosofiche, mentre l'università di Venezia ha allestito un primo corso entro un più generale progetto sulle pratiche filosofiche che prevede anche l'istituzione di un master sulla materia. L'ospedale torinese Le Molinette ha affiancato un consulente filosofico allo psicologo in

¹⁷ Cfr. ad esempio Figà-Talamanca, 2000.

¹⁸ Cfr. U. Galimberti, *Se un filosofo ti prende in cura*, "*la Repubblica*", 15 dicembre 2004

uno sportello d'ascolto per i propri dipendenti, mentre il Quartiere 4 del Comune di Firenze ha istituito un servizio pubblico di consulenza filosofica come ampliamento dell'offerta di servizi sociali ai cittadini.

E, ancora:

E chi si rifiuta di consegnarsi all'ottundimento, perché ancora dispone di una discreta consapevolezza di sé, a chi si rivolge quando incontra non questo o quel dolore, intorno a cui si affollano le psicoterapie, ma quell'essenza del dolore che è l'irreperibilità di un senso? Qui le psicoterapie non servono perché non è "patologico", come si vorrebbe far credere, porsi domande, sottoporre a verifica le proprie idee, prendere in esame la propria visione del mondo per vedere quanto c'è di angusto, di ristretto, di fossilizzato, di rigido, di coatto, di inidoneo per affrontare i cambiamenti della propria vita e i mutamenti così rapidi e imprevisi del mondo. Se non tutto il dolore è patologia, una risposta a questo genere di sofferenza e di disagio, meglio della psicoterapia, la può dare la filosofia ...

Sembra chiaro che la psicoterapia e con essa la psicologia clinica vengano pienamente assimilate all'idea di "malattia", di guarigione da un "patologico" che trova la sua necessaria fondazione in una prospettiva decisamente medica: in questo, si direbbe, accontentando proprio quegli psicologi clinici che riscaldano la loro annacquata identità nel confortante calore del camice. Con il risultato, tuttavia, di una progressiva erosione, come si diceva, di presenza culturale e professionale negli ambiti della cosiddetta "normalità".

Emblematico, a tale proposito, appare il titolo di uno dei volumi citati da Galimberti: *Platone è meglio del Prozac*. Perché questo alla fine sembra il disegno nemmeno troppo oscuro e nemmeno troppo nuovo: da un lato l'intervento medico-psichiatrico sul disagio mentale, dall'altro l'intervento di tipo *filosofico* sulle problematiche esistenziali¹⁹. E la psicologia? La psicologia clinica? La sua specificità? Paradossalmente assente. La sottolineatura della psicoterapia come struttura portante della psicologia clinica comporta, credo, proprio derive di questo genere.

È allo psichiatra, allora, che spetta confrontarsi con la patologia, ed è al *counselor* filosofico che tocca di aiutare a capire le radici dell'insoddisfazione del quotidiano, dei rapporti affettivi, del lavoro: in una parola è al *counselor* filosofico che tocca fare lo psicologo, lo psicologo clinico.

Il secondo fenomeno che voglio ricordare riguarda recenti provvedimenti ministeriali che assegnano le Specializzazioni universitarie *post lauream* in psicologia clinica agli ordinamenti didattici di area medica e ne attribuiscono l'attivazione presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia, con il corollario di una conseguente richiesta di modifica dell'intitolazione delle medesime da scuole di specializzazione in psicologia clinica a scuole di specializzazione in psicoterapia. Questi eventi che hanno prodotto un cospicuo contenzioso fatto di ricorsi al TAR, pronunciamenti degli ordini regionali e dell'ordine nazionale degli psicologi, richiesta di pareri al Consiglio Universitario Nazionale, testimoniano, a mio parere, della avventatezza, per gli psicologi clinici, di assimilare *tout court*, dal punto di vista culturale e scientifico, la psicologia clinica alla psicoterapia: questo comporta ancora una volta il rischio della perdita di una propria specificità con la conseguenza, come in questo caso, di poter essere fagocitati da poteri culturalmente più forti.

¹⁹ Girovagando sul *web* è possibile fare delle curiose e interessanti scoperte. Per esempio si può venire a conoscenza che sono presenti almeno due importanti associazioni legate al *counseling filosofico* (e sicuramente ne trascuro altre, con le quali mi scuso): una, con una qualche contaminazione psicologica almeno nell'intitolazione, l'AIP (*Associazione Italiana Psicofilosofi*), l'altra la SICOF (*Società Italiana di Counseling Filosofico*), che conta una propria scuola, una rivista, addirittura un albo professionale (?) con tanto di relativi iscritti. Si può anche leggere, spigolando informazioni dai *curricula* che vengono offerti da parte degli esponenti più rappresentativi, che qualcuno di loro può vantare una formazione di base che prevede specializzazioni in psichiatria, e magari competenze professionali accessorie legate all'ipnosi, alla sessuologia, e perfino alle terapie elettroconvulsivanti, come comprovato anche da docenze e pubblicazioni: *primum vivere*, si direbbe come ammoniva l'antico adagio, *deinde philosophari*.

Né va dimenticato che le Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica sono strutturalmente collegate al Servizio Sanitario Nazionale. In connessione con quanto sopra, ciò sembrerebbe significare che la presenza degli psicologi clinici presso le strutture territoriali sia ritenuta necessaria solo in quanto dispensatrice di psicoterapia: e il lavoro di consultazione, di analisi dei contesti, delle dimensioni organizzative, di formazione?

È curioso, ma forse nemmeno tanto, che questi fatti si correlino mirabilmente a fenomeni del tipo di quelli ricordati prima a proposito del *counseling filosofico*: sono figli entrambi, mi sembra, della semplificazione e del riduzionismo che ormai ci governano in tanti aspetti della vita sociale, politica e culturale e che procedono con una vigoria inarrestabile, alimentati come sono dal progressivo disfacimento culturale generale e dall'impovertimento specifico che si registra sul piano della formazione di base dei giovani, stretta tra carenze di risorse e di progetto e mancanza di *appeal* rispetto ai valori socialmente vigenti.

E siamo giunti allo spinoso problema appunto della formazione. Come si ricorderà, in apertura di queste note segnalavo il mio scetticismo nei confronti della domanda di formazione (per quanto attiene lo specifico di cui qui mi occupo, ovviamente, cioè la psicologia clinica) che non mi appare "sempre più forte, articolata e consapevole" come mi appariva solo cinque o sei anni fa, dal mio specifico vertice di osservazione, la formazione universitaria.

Non credo di essere il solo a segnalare una marcata sensazione di decadimento generale nell'ambito formativo: certo, sono sempre rintracciabili gli studenti motivati, preparati, responsabili, e per altro le prospettive che siamo in grado di offrire loro si sono notevolmente immiserite in questi anni. Ma la gran parte di coloro che si formano, storditi, al pari dei loro docenti, dal valzer irriflessivo di riforme e controriforme che li individua non come referenti privilegiati, ma piuttosto come vittime sacrificali, frastornati dalla vacua ritualità dei crediti e dei conseguenti corsi parcellizzati da 350 pagine (non una di più!) di preparazione, confusi dalla ridondanza e dalla contraddittorietà delle norme e dei vincoli organizzativi, sembrano divorati dal demone del "far presto" piuttosto che del "far bene", in vista di traguardi di cui spesso sono imprecise le definizioni in termini sia professionali che scientifici²⁰. O per meglio dire, sembravano. Credo che nel corso dell'ultimo anno, anno e mezzo, si stia assistendo all'abbandono progressivo anche di quest'ultima sterile chimera: il "far presto", in altri termini, appare altrettanto inefficace del "far bene", quest'ultimo troppo complicato e difficile. Non resta che il "fare", tanto per fare verrebbe da dire.

C'è poi da notare un ulteriore paradosso che riguarda proprio la psicologia clinica.

Da un lato, esso è costituito dal fatto che la già ricordata pluralità di modelli che si individua alla base della disciplina tende a produrre, ovviamente, tante *irrinunciabili* differenze anche nei progetti formativi "clinici" che si sono concretizzati, con alterne fortune, in diverse realtà universitarie del nostro paese, con la formula resa nota come "3 + 2".

Dall'altro, la "semplificazione" ministeriale (ancora una!) dei settori disciplinari, fa sì che, nell'ottica di garantire un'ossatura costitutiva ad un "corso clinico", ci si basi più sulla scorza della sommatoria di elementi magari diversi che non sulla sostanza di contenuti possibilmente integrati: in altri termini, facendo ad esempio riferimento a due corsi "clinici" attivati presso due diverse università, un qualsivoglia insegnamento, purché targato con la *label* identificativa del corrispondente settore (per la psicologia clinica è il settore contrassegnato dalla sigla M-PSI/08), in pratica viene ritenuto assimilabile (sovrapponibile?) a qualsiasi altro dello stesso settore²¹. Un po' come se si ritenessero equivalenti due cesti di frutta, per il solo fatto che contengono frutta, senza riguardo al fatto che in uno vi siano in prevalenza arance e nell'altro in prevalenza mele: e senza dire che esistono diverse tipologie e di arance e di mele. Con il risultato che la presunta e sottolineata possibilità di mobilità da

²⁰ Vedi il *flop* della sezione B dell'Albo degli psicologi, quella dedicata ai *triennialisti*. L'Albo degli psicologi del Lazio, il più grande d'Italia, ne contava, nel 2004, a fronte di circa 11.000 iscritti nella sezione A, di cui più di 5.000 psicoterapeuti, soltanto 14.

²¹ È così anche teoricamente possibile che corsi di studio che si autodefiniscono "clinici" possano non contemplare alcun insegnamento denominato "Psicologia Clinica" (a prescindere da che cosa l'involucro contenga, ovviamente!), ma magari proporre altri insegnamenti contrassegnati M-PSI/08, con denominazioni più o meno "liberamente ispirate a ...".

un corso di base ad un altro, da un corso di base qui ad un corso specialistico là, risulta di fatto irrealizzabile o realizzabile solo formalmente: i sapori, per tornare alla frutta, restano diversi, l'uno tende a soppiantare l'altro o ad esserne soppiantato, e la macedonia che talvolta ne deriva è spesso immangiabile o comunque non facilmente assimilabile da un organismo, per altro mi viene da dire, già "provato". E l'ulteriore paradosso è che intorno a tutto questo ferve una parossistica attività di verifica (nuclei di valutazione, commissioni ad hoc, ecc.)²²: verifica che può essere un fatto meramente procedurale o un fatto prima di tutto culturale.

Ma se la formazione da processo di contestualizzazione e integrazione di contenuti disciplinari si riduce, nel migliore dei casi, a mera giustapposizione di prospettive rinuncia di fatto alla sua caratteristica di momento di importanza capitale per fondare e far crescere una cultura della verifica critica. E questo non tanto o non solo sul piano della trasmissione di contenuti, quanto sul piano più sostanziale della maturazione esperienziale degli attori implicati nel processo formativo. Come dire che non è possibile pensare ad una formazione alla verifica critica senza passare necessariamente attraverso una verifica nella formazione.

In conclusione? Devo confessare che confrontandomi con i temi che ho segnalato in queste note non posso non ritrovarmi con una spiacevole sensazione di *déjà vécu*. Mi sembra, insomma, dopo più di trent'anni di permanenza all'interno dell'ambito disciplinare della psicologia clinica, che alcune tematiche ciclicamente si ripropongano, che alcune conflittualità tendano a riprodursi, come se quanto si è detto, fatto, scritto al proposito non abbia lasciato traccia alcuna, non abbia portato ad alcuna dimensione integrata o, quanto meno, non abbia prodotto alcuna memoria.

A proposito della atomizzazione delle dimensioni comportamentali, a volte indiscriminata, operata nei procedimenti di misurazione, di cui sopra abbiamo avuto qualche esempio, è davvero necessario ricordare Rapaport? Negli anni '50, Rapaport riferendosi ad un dibattito allora in atto, proprio relativo alla valutazione e alla misurazione, distingueva tra comportamenti "molari" e "molecolari" e con un richiamo alle concezioni gestaltiste sosteneva:

sono unità di comportamento quei segmenti che sono degli interi, in quanto hanno un *significato* che si completa all'interno di essi, ma lo perderebbero se si suddividessero ulteriormente. La psicologia della Gestalt chiama tali unità, unità molar, in contrasto con le unità molecolari che si ottengono facendo suddivisioni che non tengano conto del significato (pag. 188).

E ancora, sempre nel 1950, metteva in guardia dal pericolo di reificazione consistente nell'attribuire ai costrutti concettuali usati per esprimere dati ricavati da un'operazione di testing, il valore di relazioni *realmente* operanti nell'organizzazione psichica di un qualsivoglia individuo.

E allora è un po' come scavare una buca nella sabbia: basta poco, il vuoto viene colmato dalla sabbia che è stata tolta e accatastata a lato e tutto torna come prima. E magari si ricomincia a scavare²³.

Se è così allora significa che ci stiamo confrontando con un problema che prima di tutto è un problema culturale. Interno alla nostra disciplina da un lato, dall'altro amplificato dalle connotazioni che i contesti sociali tendono progressivamente ad assumere: cioè dai valori di superficie che vengono sempre più propagandati, dalla sottolineatura di una cultura dell'immagine e del

²² Può così accadere di scoprire, ad esempio, che la quota di "soddisfazione" dei nostri studenti si attesta intorno all'80%, decimale più, decimale meno. Quindi apparentemente tutti gratificati: studenti, docenti, corsi di laurea, facoltà, ateneo. Si trascura però che la percentuale è calcolata sui frequentanti, su quelli, cioè, che possono essere "testati". Se, ad esempio, coloro che frequentano sono il 30% dei potenziali utenti (su un ipotetico totale di 250 poniamo, quindi, 75 unità), è sensato assicurarsi con l'80% di questi "contento" (60 unità), o non è più saggio interrogarsi sul più del 75% complessivo (190 unità) che, dato che non frequenta o non è soddisfatto, proprio "contento" non dovrebbe essere?

²³ D'altra parte questa alternanza di "maree" e la conseguente sensazione di stagnazione non è solo un fatto della psicologia clinica: è riscontrabile anche nel più vasto campo sociale, culturale, politico. Che convenga "cambiare aria", emigrare, come pure autorevolmente sostiene qualcuno di questi tempi?

sensazionalismo alimentata dall'invasione mediatica così spesso priva di contenuti che non siano l'amplificazione proprio dell'immagine stessa, dalle già ricordate tendenze alla semplificazione, alla generalizzazione, al riduzionismo, al conformismo. Mi fermo, perché mi accorgo che il rischio che corro è quello di assumere toni savonaroliani e non è assolutamente questo il mio intento: voglio soltanto evidenziare il fatto che queste sono, a mio modo di vedere, le dimensioni di contesto di cui è necessario prendere atto e con cui, per chi lo desidera, è possibile confrontarsi. Ognuno deciderà se il proprio martello batte più chiodi o più unghie.

L'avventura tentata con l'apertura di questa rivista *on line*, mi sembra possa provare a offrire un contributo serio all'analisi e all'esplorazione, mi auguro e per la mia parte mi sforzerò in questo senso, non dogmatica o militante di questi problemi.

Anche se, volendo esprimere una mia emozione, non mi sento troppo fiducioso.

Sono comunque sereno: perché se il mio sentimento di sfiducia e di scetticismo dovesse trasformarsi in una vera e propria crisi esistenziale, so che potrei rivolgermi a qualcuno che possa aiutarmi a ritrovare fiducia e senso. E fuori dal campo della psicologia. Della psicologia clinica, in particolare.

Per esempio potrei contattare il *Center Sophon* che proprio questi problemi tratta, pare con ottimi risultati, anche se purtroppo ha sede a Gerusalemme.

"*Non c'è problema*", tuttavia, come recita la giaculatoria più *trendy* del nostro tempo: perché il *Center Sophon* ha attivato già da qualche tempo il servizio *Philoso-phone* che intende, per l'appunto attraverso il telefono, fornire "*a first-aid hot-line for ethical dilemmas and existential problems*"²⁴.

A proposito di chiodi/unghie-*nails* e di circostanze che tendano a compromettere una qualsivoglia realtà, gli inglesi usano anche dire, con una metafora un po' macabra, ma efficace, che qualcosa o qualcuno possano rappresentare *a nail in the coffin* per quella determinata realtà: una visione troppo pessimista rispetto alla psicologia clinica e a ciò che la circonda? Può darsi, e mi auguro di essere smentito: ma intanto, a guardare quanto c'è intorno, mi sembra proprio che così è ... se ci pare. E anche se non ci pare.

Bibliografia

Casey, R. J., & Berman J. (1985). The Outcome of Psychotherapy with Children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

Cionini, L. (1998). *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Roma: Carocci.

Codispoti, O., & Clementel C. (1999). (a cura di). *Psicologia clinica. Modelli, metodi, trattamenti*. Roma: Carocci.

Davidson, G.C., & Neale, J.M. (1986). *Abnormal Psychology. An Experimental Clinical Approach* (II ed.). Trad. it. (1994). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli.

De Coro, A., & Andreassi, S. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.

Figà-Talamanca, A. (2000, ottobre). *L'Impact Factor nella valutazione della ricerca e nello sviluppo dell'editoria scientifica*. Presentato al IV Seminario Sistema Informativo

²⁴ Cfr. www.geocities.com/centersophon/pc-sophon.html

Nazionale per la Matematica SINM 2000: un modello di sistema informativo nazionale per le aree disciplinari, Lecce.

Freedheim, D. K. (1992). *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Trad. it. (1998). *Storia della psicoterapia: Un secolo di cambiamenti*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

Freud, S. (1937). *Die endliche und unendliche Analyse*. Trad. it. (1979). *Analisi terminabile e interminabile*. Torino: Boringhieri.

Galimberti, U. (2004, 15 dicembre). Se un filosofo ti prende in cura. *la Repubblica*.

Gelso, C. J., & Friedman S. M. (2000). The Development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1221-1235.

Grasso, M. (1997). A proposito della chiusura della Rivista *Psicologia Clinica*: qualche riflessione sul passato e sul futuro della Psicologia Clinica in Italia. *Psicologia Clinica*, 3, 101-105.

Grasso, M. (2001). *Introduzione*. In M. Grasso (a cura di), *Modelli e contesti dell'intervento psicologico* (pp. 13-22). Roma: Kappa.

Grasso, M. (2002). Alcune note sul rapporto tra etica e competenza in psicoterapia. *Psicologia clinica e Psicoterapia psicoanalitica*, 1, 59-69.

Grasso, M. (2005, aprile). *Psicologia clinica come correzione di un deficit o come promozione di sviluppo negli insegnamenti delle Facoltà di Psicologia e di Medicina*. Presentato al Convegno Formazione e Ricerca in Psicologia Clinica, Ischia.

Grasso, M., & Stampa, P. (in corso di stampa). *Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia*.

Grasso, M., & Stampa, P. (2006 Settembre). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia. Presentato al congresso Nazionale SPR./Italia Ricerca in psicoterapia e qualità della cura, San Benedetto del Tronto (AP).

Hayes, J. A., Ricker, J. R., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference Behavior and Management in Brief Counseling: A Field Study. *Psychotherapy Research*, 7, 145-153.

Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

Horvath, A. O. (2005). The Therapeutic Relationship: Research and Theory. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.

Maslow, A. H. (1969). *The Psychology of Science: A Reconnaissance*. Chicago: Gateway/H. Regnery Co.

Nelson-Jones, R. (1995). *The Theory and Practice of Counselling*. London: Cassel.

Nesse, R.M., & Williams, G.C. (1994). *Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine*. Trad. it. (1999). *Perché ci ammaliamo?* Torino: Einaudi.

Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. Trad. it. (1970). *Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Roma: Armando.

Rapaport, D. (1950). *Implicazioni teoretiche dei procedimenti psicodiagnostici*. In M. M. Gill (1977). (a cura di). *Il modello concettuale della psicoanalisi: Scritti 1942-1960* (pp. 181-205). Milano: Feltrinelli.

Reisman, J. M. (1991). *A History of Clinical Psychology*. Trad. it. (1999). *Storia della psicologia clinica*. Milano: Cortina.

Stampa, P. (1990). "Malpractice": Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell'errore in psicologia clinica. In P. Colamonicò, G. Montesarchio, & C. Saraceni, *Psicodiagnostica e psicoterapia: parliamo di errori* (147-159). Roma: SIRP.

Tallis, F. (1998). *Changing Minds. The History of Psychotherapy as an Answer to Human Suffering*. London: Cassel.

Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1272-1284.

Wachtel, P. L., & Messer, S. B. (1997). (a cura di). *Theories of Psychotherapy. Origins and Evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.

Wakefield, J.C. (2004). Realtà e valori nel concetto di salute mentale: il disturbo come disfunzione dannosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 439-464.

Wakefield, J.C. (2005). Il concetto di salute mentale: una critica a Vaillant. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 91-96.

Zittel, C., & Westen, D. (2003). *The Countertransference Questionnaire*. Emory University. Manoscritto inedito.

Sitografia

www.collegiopsiclinicauniv.it

www.geocities.com/centersophon/pc-sophon.html

Politica della psicologia clinica e/o psicologia clinica della politica

di Franco Di Maria*, Giorgio Falgares**

Premessa

Il presente contributo costituisce una sintesi di alcune recenti nostre osservazioni sul particolare modo in cui stiamo provando a riconscepire e ridefinire alcune aree della psicologia clinica. Prima di farlo, riteniamo necessarie alcune brevi premesse che costituiscono il contesto o la cornice epistemologica e metodologica all'interno della quale pensiamo e strutturiamo il lavoro clinico.

Come già in altre sedi affermato e scritto, dal nostro punto di vista la psicologia in generale e la psicologia clinica in particolare vanno concepite primariamente come scienze del contesto, dell'intervento, del cambiamento e della convivenza, interessate alla progettualità, alla pensabilità e alla realizzazione di trasformazioni dello *status quo*, in grado, soprattutto, di cogliere e analizzare quali siano gli ostacoli che il *cum-vivere* comporta, cosa inibisca la dialogicità fra soggetti e diverse soggettività e l'esperienza dell'intersoggettività, cosa, in definitiva, minacci la convivenza (cfr. Carli, 2000). Noi sosteniamo che tale modo di concepire le psicologie le rende costitutivamente "impegnate politicamente".

In questa sede l'espressione "politica" è intesa come complessa dimensione psico-socio-culturale che riflette le specifiche modalità con cui all'interno di una comunità le persone concepiscono i loro rapporti, si rappresentano la convivenza, l'Altro, il diverso, la stessa comunità e le ricadute che tali rappresentazioni hanno sul benessere di ognuno (unico e reale obiettivo del lavoro clinico).

Quando pensiamo alla psicologia primariamente come *psicologia per la politica*, non ci riferiamo soltanto all'importanza che riveste il *contesto politico* nella vita psichica degli uomini o alla lettura psicologico-clinica delle dinamiche agenti all'interno dei gruppi psicopolitici (dimensioni queste certamente importanti e da indagare). Riteniamo, però, che pensare alla politica soltanto in questi termini rischia di trasformarsi in "pratica sterile", se non si è anche in grado di fornire alla politica, come scienza e arte di governare, gli strumenti per leggere ed intervenire nel sociale. Infatti, *politikè* è anche *techné*.

Quali strumenti per la psicologia clinica?

Ormai da diversi anni, la ricerca psicologico-clinica ed i connessi campi di applicazione hanno avuto l'importante merito di cogliere le profonde trasformazioni sociali, culturali, politiche delle nostre comunità fino al punto da ripensare ed ampliare i propri strumenti di intervento e i propri setting, che hanno preso direzioni anche molto diverse tra di loro ma sempre in coerenza con la storia scientifica della psicologia clinica.

A nostro avviso è certamente condivisibile la particolare attenzione per tutti i temi più prettamente clinici, ad esempio le teorie della personalità, i modelli psicopatologici, l'area delle metodiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia sulla struttura e organizzazione psicologica individuale e di gruppo nelle sue diverse dimensioni. Anche la promozione delle condizioni di benessere socio-psico-biologico è uno dei punti qualificanti ed unificanti dell'essere e del "sentire clinico". Ma, altrettanto importante, è la particolare attenzione da prestare a tutti i fatti antropologici, culturali e sociali e al ruolo fondativo che i fatti collettivi hanno nello sviluppo della personalità dell'individuo. Infatti, tali fatti collettivi determinano le condizioni di benessere-maleessere psichico ed esistenziale. L'attenzione, che diventa sensibilità specifica e peculiare, per tutto ciò che attiene il sentire politico, deve concentrarsi, anche, sui modi in cui si sviluppano e si danno le forme della socialità e della convivenza comune e allo spazio mentale che il sentire politico occupa sia in ciascun individuo sia nelle comunità di riferimento ed appartenenza (cfr. Di Maria e Lo Piccolo, 2005).

* Prof. Ordinario di psicologia dinamica – università di Palermo

** Dottore di ricerca in psicologia generale e clinica Università di Palermo – professore a contratto di dinamica di gruppo all'Università di Enna.

Tale modo di pensare e poi strutturare il lavoro clinico ci rende molto critici, ad un primo livello, nei confronti di quei modelli della psicoterapia (pochi per la verità) ancora vittime del classico stereotipo individualista, “che fa guardare al comportamento della singola persona, al suo sistema di credenze o alla sua motivazione come se esistesse la singola persona, caratterizzata da quest’ordine di variabili, *indipendentemente dal contesto in cui vive*” (Carli, 2004, p.107, corsivo nostro). Ma siamo critici, su un secondo livello, anche verso quei modelli che pensano all’intervento clinico esclusivamente come spazio di superamento della sofferenza psichica, rimanendo ancorati ad una visione dell’intervento che prevede, di fatto, che sia sufficiente l’intenzione da parte del futuro paziente di seguire un trattamento (di solito proprio per soffrire di meno) per accettare la sua domanda. Da questo punto di vista riteniamo, anche riallacciandoci al pensiero di Napolitani (2006), che sia venuto il tempo di effettuare una netta distinzione tra pratiche cliniche fondate su criteri diagnostici e miranti ad un ri-aggiustamento sociale del paziente da quelle fondate su criteri evolutivi e miranti allo sviluppo delle potenzialità creative del paziente costretto nelle gabbie di un ordine normalizzante. Riteniamo, inoltre, che sia arrivato il momento in cui si debba distinguere tra una modalità di entrare in relazione col paziente che si limita e prende forma dal semplice accoglimento del bisogno del paziente (come espressione di una mancanza che va colmata), da una che intende il bisogno “come modo, unico ed irripetibile, in cui si raggruma la storia del paziente”, e che, come tale, va sì ri-concepito, ma rispettando sempre le sue possibilità “espressive”.

Come gruppo di studio stiamo provando a riflettere da diversi anni (cfr. Di Maria e Lo Piccolo, 2005) su questo secondo livello. Il nostro sforzo è sempre più orientato verso una ridefinizione di psicologia clinica che sia capace di affrancarsi dal modello medico e medicalistico, superando l’idea, molto diffusa, che esista qualcuno (magari uno psicoterapeuta, anche molto competente e ben formato) che abbia la capacità di eliminare la sofferenza dall’orizzonte esistenziale umano.

Vogliamo avanzare l’ipotesi (forse più autentica) che la sofferenza, in quanto tale, è una condizione esistenziale irriducibile, così come lo sono il gioire, l’amare, il godere (senza che questo comporti necessariamente dover condividere i principi base del Buddha).

Ciò significa, riallacciandoci al primo livello, che il fine ultimo della pratica clinica, della psicoterapia in special modo, è quello di farsi carico, per bonificarle e trasformarle, quelle quote di distruttività presenti in potenza o in atto nell’ambito dei legami tra l’uomo e il suo mondo, e, soprattutto, il suo contesto (dal momento che la sofferenza è sempre riferita a contesti, dai quali origina, prende forma, parla).

Che poi accada di sperimentare che l’agire non distruttivamente migliori anche sintomaticamente la qualità della nostra esistenza, e che si scopra che si può soffrire meno, ed anche meglio, in modo non vuoto e sterile, al di fuori dell’agire distruttivo, è in un certo senso soltanto un effetto collaterale di una buona pratica clinica, non certo il principale obiettivo, pur se null’affatto disprezzabile, e totalmente auspicabile. Ma le pratiche cliniche non hanno come obiettivo primario l’anestesia e l’affrancamento dal dolore. Ciò non è certamente una nuova grande scoperta, ma troppo spesso ce ne scordiamo.

Il dualismo pulsionale posto da Freud a fondamento della seconda topica è già fortemente impregnato di ciò, così come tutto il discorso di Bion che ruota attorno alla costruzione e alla rottura dei legami affettivi.

Certo, esiste un modo specificamente analitico per occuparsi della sofferenza. Tale modo passa attraverso la costruzione del legame terapeutico, l’ascolto e l’attesa, per dare al paziente tutto il tempo di cui necessita per assestarsi dentro la relazione analitica, riconnettere i fili spezzati della propria storia e della propria esistenza, per rifocillarsi e leccarsi le ferite. Molto bella e preziosa, a tal proposito, la metafora utilizzata da Corrado Pontati dello straniero Ulisse che viene accolto naufrago dai feaci, e che deve essere innanzitutto curato, nutrito e ripulito, onorato, prima di poter cominciare a narrare la sua propria storia (cfr. Di Maria e Lo Piccolo, 2005).

Esiste un modo specificamente analitico per trattare con la dovuta cautela e consapevolezza tutte le parti distruttive degli affetti e dei legami, con rispetto e speranza e, soprattutto, senza attitudine giudicante e colpevolizzante.

Ma la vera scommessa che ogni volta giochiamo nella relazione terapeutica è quella di farne un laboratorio di apprendimento a riconoscere emozioni ed affetti e a trattare costruttivamente i legami e le relazioni con il proprio mondo e con gli Altri.

Crediamo (per riallacciarci finalmente alle prime considerazioni fatte) che anche su questo debbano vertere le pratiche psicologico-cliniche. Pratiche di potenziamento della polis, sia nella sua accezione più gruppoanalitica di spazio mentale affettivo per la progettazione di un futuro condiviso, sia nell'accezione più tradizionale di comunità di riferimento, perché intrapsichico e intersichico non sono affatto mondi separati e da trattare a partire da epistemologie che isolino e dividano i contesti dell'umana esistenza.

Come ha dimostrato, per prima, la ricerca gruppoanalitica, la nostra mente non è solamente dentro noi, così come il nostro sentire. L'identità umana è dislocabile e permeabile, transita e si forma attraverso i legami affettivi e le relazioni profonde. Abita nei legami affettivi e nelle relazioni profonde. Organizzazione interna ed organizzazione esterna sono a specchio. E tutto ciò non è semplice da visualizzare ed apprendere a governare.

Questa è la questione ineludibile per una buona competenza clinica oggi, per svolgere con efficacia il proprio lavoro, il lavoro a cui siamo sempre più chiamati a rispondere socialmente. Sia che ci si debba occupare di sintomi psichici in contesti psicoterapeutici, che di interventi di "prevenzione" in contesti assolutamente atipici come le strade e le piazze delle città, sempre di legami e relazioni siamo chiamati ad occuparci, della loro formazione e del loro governo quotidiano.

E' questo un modello analitico di psicologia per la politica, che può trasformare profondamente gli attuali modelli di intervento psicoterapeutico. Una psicologia per la politica, intesa anche e soprattutto come prassi di governo dei contesti relazionali delle comunità locali, volto alla cura e al potenziamento della qualità della vita e delle comunità, per apprendere a riconvertire le quote di distruttività in creatività.

Ed è proprio sulla base di quanto detto fin qui che da diverso tempo abbiamo creduto necessario individuare le strade, le piazze, le periferie, come i nuovi setting (palcoscenici) per realizzare, soprattutto con gli adolescenti più in difficoltà, interventi clinici in grado di indicarci che è possibile un modo nuovo di concepire la città, come un luogo in cui diviene utile incontrarsi quotidianamente per vivificarla e viverla (dimensioni totalmente sconosciute fino ad alcuni anni fa quando certe strade erano soltanto teatro di violenza, degrado, o semplicemente noia esistenziale e vuoto relazionale) e dove è possibile sperimentare una diversa socialità.

Tutto ciò implica, ovviamente, un lavoro non indifferente e sofisticate competenze, certamente diverse da quelle che servono per fare gli analisti nei propri studi professionali.

E' una questione di livello, che però è legittimamente determinato dalla domanda di intervento. E la competenza che siamo chiamati ad usare e trasmettere all'utenza e alla committenza è sulla comprensione e la manutenzione del legame affettivo, del patto sociale a differenti livelli.

Ed anche una pratica politica che parte dai bisogni degli ultimi, di coloro cui è stata data in sorte minore opportunità, per garantire loro una prospettiva esistenziale in più. Anche questo è fare politica.

Minacce alla convivenza e psicologia clinica

In precedenza, abbiamo fatto riferimento alla fondamentale questione inerente le cosiddette minacce alla convivenza e dunque alla relazione tra Noi e i tanti Altri con i quali veniamo in contatto nel corso della nostra esistenza (non solo professionale). Riteniamo che tale questione, così come quella sopra esposta relativa all'interesse psicologico verso le fasce più deboli, inevitabilmente, apra la strada ad un'altra fondamentale questione che, come *psicologi per la politica*, poniamo al primo posto.

Come dicevamo all'inizio, da alcuni anni il nostro interesse di studio e di ricerca, ma anche di intervento, si è concentrato sull'esplorazione dell'*Alterità* e della relazione con essa e, conseguentemente, sulla comprensione di quale spazio psicologico-relazionale occupi l'*altro* (ed i gruppi che rappresenta) nel nostro campo mentale. Soprattutto, siamo interessati alla comprensione degli ostacoli che il *cum-vivere* comporta, di cosa inibisca la *dialogicità* fra soggetti e diverse soggettività e l'esperienza dell'intersoggettività.

Anche a partire da queste considerazioni, nasce il nostro interesse su fenomeni come il pregiudizio, il razzismo e la discriminazione (apparentemente lontani dalla clinica in senso stretto),

intesi con Carli (2000), minacce reali alla *polis* e al *bisogno di convivenza*¹ ed espressioni che rimandano ad un'unica dimensione, consistente nel *rifiuto* o nella *negazione* dell'estraneo e della sua *cittadinanza*, il diritto, cioè, di con-dividere la comunità, i beni e servizi collettivi, a venir riconosciuti come membri della *polis*.

Qual è il posto che l'Alterità occupa nel nostro campo mentale? Perché l'Altro, il diverso, sia esso lo straniero, l'omosessuale, il malato di mente, fanno ancora tanta paura? Perché, nonostante siamo sempre più convinti che l'Altro sia una necessità interna, che l'intersoggettività sia il tessuto di esistenza della soggettività, che la relazione con l'Altro sia iscritta nella relazione con sé stessi, di fatto le spinte maggiori a condurre guerre, a sterminare popoli, ad innalzare muri reali o simbolici sembrano prendere forma proprio dalla "patologica" relazione che stabiliamo con la diversità e con l'Altro?

Le nostre ricerche sembrano confermare che ciò sia connesso al sempre più preoccupante aumento di atteggiamenti e comportamenti fortemente discriminatori, ma anche al tacito assenso verso questi stessi comportamenti e atteggiamenti da parte di molti cittadini apparentemente democratici. Tali ricerche sembrano confermare, inoltre, le sempre più pressanti spinte autoritarie di alcuni individui finalizzate a difendere strenuamente i propri valori tradizionali (preservazione delle norme dell'*ingroup*) e nella conseguente percezione di minaccia verso chiunque (straniero, omosessuale) proponga valori, atteggiamenti, stili di vita alternativi a questi (conservatorismo culturale).

Coerentemente con quanto detto, attualmente i nostri interessi di ricerca sono rivolti non solo al mondo della clinica *strictu sensu*, ma anche allo studio delle cosiddette *Tendenze Antidemocratiche Implicite*, cioè dei nuovi dogmatismi e dei nuovi autoritarismi che nell'insieme vanno a configurarsi come vere e proprie patologie sociali, o *patokenòsi* (patologia comune), le cui ricadute sulla qualità dell'esistenza degli individui sono straordinariamente evidenti. Non è un caso che oggi i nostri pazienti ci parlino (anche attraverso il simbolismo onirico, cfr. Hopper, 2003) di nuove paure, nuove instabilità, nuove sensazioni di minaccia, di un più netto bisogno di autorità e di guida, che esprimano nuove identità dogmatiche e rigide, timorose di uno scambio con l'Altro e con il diverso (come se l'altro e il diverso fossero potenziali nemici delle nostre limitate, ma apparentemente rassicuranti, appartenenze).

Conclusioni

Crediamo che la necessità della riapertura di uno spazio profondo di pensiero sulla politica, sull'essere politico dell'uomo sia sempre più urgente, della stessa urgenza, per quanto inattuale possa essere, di uno spazio di pensiero sulla *polis*, intesa sia come il più vasto contesto mentale in cui tutti gli accadimenti vanno ad iscriversi, sia come spazio progettuale condiviso per le comunità degli uomini. In questo senso la psicologia clinica come *action-research* può ambire a diventare scienza della *polis*, come spazio permanentemente istituito per la costruzione di una cultura di gruppo per i gruppi, di una cultura della solidarietà e del pensiero delle differenze. Un laboratorio permanente per la *polis mentale*, in cui le differenze reciproche possano essere contenute, comprese ed elaborate. Poiché soltanto se conosciuti, compresi ed elaborati, il nuovo, l'ignoto, il diverso perdono la loro carica di oscura minaccia e angoscia, divenendo stimolo al confronto, alla conoscenza, alla crescita.

Ed è forse inevitabile porre come punto di partenza la riflessione su se stessi come comunità scientifica e muoversi verso la costruzione di una cultura della *polis* degli psicologi clinici. Ma tale cultura potrà essere edificata soltanto abbandonando la necessità di definirsi attraverso l'attaccamento ad un particolare modello, ad una particolare teoria, ad una particolare tecnica.

¹ Nella prefazione al testo *Psicologia della convivenza* di Di Maria (2000), Carli indicando e descrivendo le tre componenti, che secondo il suo pensiero originano la "convivenza", i *sistemi di appartenenza*, l'*estraneo* e le *regole del gioco*, scrive: "I sistemi di appartenenza sono quelle dimensioni simboliche della relazione fondate sulla sola simbolizzazione affettiva dell'altro; in altri termini, sono quei sistemi sociali organizzati attorno alla negazione dell'estraneità" (p.11). Ed ancora: "L'estraneo è l'altro, ciò che sta fuori dai sistemi familistici, è la diversità che va esplorata e conosciuta, non scontatamente "data".....In questo senso, si dà convivenza quando ci si propone la conoscenza con l'estraneità" (p.11).

La costruzione di un metodo clinico sviluppato lungo le linee che abbiamo tentato di delineare – un puntuale raccordo tra una teoria e una pratica reso possibile da un utilizzo pienamente consapevole di una teoria della tecnica che possa comprendere competenze sia psicoterapeutiche sia più socio-organizzative – può favorire il transito verso una cultura della competenza, attraverso la quale definire i propri criteri di appartenenza a una comunità scientifica matura. Infatti, soltanto disponendo di un ben delineato campo scientifico e professionale in cui riconoscersi e identificarsi è possibile staccarsi delle identità adesive, tipiche delle culture dell'attaccamento, per transitare verso una identità definita da un progetto, inteso come identità fondata su una cultura della competenza e dell'appartenenza.

Bibliografia

Carli, R. (2000). Prefazione a F. Di Maria (a cura di), *Psicologia della convivenza. Soggettività e socialità*. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2004). *Psicologia culturale e analisi della domanda*. In B. Ligorio (a cura di), *Psicologia e cultura. Contesti, identità ed interventi*. Roma: Edizioni Carlo Amore.

Di Maria, F., & Lo Piccolo, C. (2005). *Dal sentire mafioso al sentire politico: Teorie e pratiche per una transizione possibile*. In F. Di Maria (a cura di), *Psicologia per la politica. Metodi e pratiche*. Milano: Franco Angeli.

Hopper, E. (2003). *The social unconscious: Selected papers*. London: J. Kingsley Publishers.

Napoletani, D. (2006, marzo). *Le due gambe del procedere cognitivo*. Presentato al II Congresso SEPI, Firenze.

Per una fondazione relazionale della psicologia clinica. Il caso dell'incontro con la coppia di Vittorio Cigoli* e Davide Margola**

Premessa

Varie sono le definizioni di psicologia clinica e più autori vi si sono cimentati. Tra di loro ricordiamo, nel nostro paese, quella di Musatti (1953), Galimberti (1992), Lombardo e Foschi (1999), Sanavio e Cornoldi (2001), Carli e Paniccia (2005). Qui, però, focalizzeremo la nostra attenzione su due definizioni di psicologia clinica, quella dell'American Psychological Association (Division 12) e quella del Collegio dei Professori e Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane.¹ Esse infatti ci serviranno quale ancoraggio del discorso che faremo sul presente della psicologia clinica. Nel primo caso (A.P.A.) la psicologia clinica è intesa come campo teorico-pratico volto a comprendere, predire e alleviare il disadattamento lungo il corso della vita (*maladjustment, disability, discomfort*). Ciò è possibile qualora i clinici prendano in considerazione le variabili biopsicosociali inerenti la vita degli individui. In particolare, lo psichico è inteso come componente cognitivo-emotiva e comportamentale. Dalla definizione trapela anche una preoccupazione, quella relativa alla considerazione delle differenze culturali e di status socioeconomico degli individui, quasi a ricordare che la psicologia clinica nel tempo passato ha appoggiato scientificamente tali differenze.

L'altra definizione è focalizzata più sul metodo che sul campo. Il metodo è relativo alla presa in considerazione del "caso" (sia esso l'individuo, una coppia, un gruppo, un'organizzazione) all'interno di una logica intersoggettivo-dialogica. Ciò a dire che la cura clinica di impronta psicologica ha il vincolo, e l'opportunità, dell'incontro tra persone, differenziandosi così dalla cura medica caratterizzata da una visione nosografico-istruttiva. Ciò vale tanto per il lavoro diagnostico (un processo di conoscenza che richiede implicazione),² quanto per la considerazione della patologia intesa come modalità con cui la sofferenza si manifesta e che ha un senso plausibile all'interno delle relazioni e situazioni di vita delle persone. La patologia, dunque, è tutt'affatto che mera deviazione da standard sociali predefiniti.

Dal confronto risulta evidente la differenza di epistemologie che orientano e modellano la psicologia clinica. C'è chi si interessa di "stress and coping" mirando all'adattamento individuale, ma anche al *benessere (well-being therapy)* e allo sviluppo personale (psicologia positiva) e c'è chi si focalizza sull'incontro con l'altro e la situazione di vita (il contesto) facendone il luogo della cura. È da dire che il primo filone clinico proprio per alcune sue presupposizioni postpositiviste ha più facilità di dialogo con il mondo della medicina. Riabilitare, adattare, incrementare i potenziali dei clienti sapendosi servire dei risultati della ricerca scientifica costituiscono infatti le azioni cruciali di tale orientamento, azioni che possono ben integrarsi con la clinica medica. Sull'altro versante desideriamo evidenziare che fare dell'incontro con l'altro e la sua situazione di vita il luogo della cura, non vuol dire affatto chiudersi sul transfert-controtransfert modellando il mondo ad immagine e somiglianza della relazione cliente-terapeuta, anche se questo riduzionismo clinico è tuttora vivo. In sintesi; il mondo dei clienti è chiamato in scena da entrambi gli orientamenti, ma gli scopi a cui i clinici mirano sono significativamente diversi: nell'un caso infatti si tratta di "apprendere" qualcosa di nuovo (a comunicare, ad esprimere emozioni, a controllarle e così via), nell'altro di "implicarsi" nella relazione cogliendone non solo i problemi, ma anche le risorse disponibili. Ciò che invece li accomuna è il riconoscimento che la clinica non coincide con la psicoterapia, essendo quest'ultima una delle sue possibili espressioni.

* Professore di Psicologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università Cattolica di Milano e Direttore dell'Alta Scuola di Psicologia nella stessa Università.

** Ricercatore di Psicologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università Cattolica di Milano.

¹ Cfr. Sitografia finale.

² Umberta Telfener (2003) distingue tra diagnosi sui pattern di collegamento (analisi della domanda), diagnosi come osservazione di sistemi (osservati-osservanti) e diagnosi sulla diagnosi (riflessione sulle categorie che hanno dato origine alle medesime nell'ottica della responsabilità del clinico). In breve; la diagnosi viene incorporata nel *contesto* della relazione clinica e viene considerata come una scelta operativa caratterizzata da criteri di utilità e coerenza epistemica.

Numerosi infatti sono gli ambiti di intervento in cui la domanda di cura psichica da parte di singoli, coppie, famiglie e gruppi non è necessariamente connessa alla patologia. Inoltre vi sono casi in cui non vi è domanda diretta di cura pur in presenza di patologia e tocca al clinico recuperare per vie indirette (i figli, la vita scolastica e quella lavorativa, il mandato del tribunale) la possibilità di occuparsi della sofferenza negata. Potremmo così sostenere che dal punto di vista sociale vi è più bisogno di atteggiamento e di intervento clinico che di psicoterapia vera e propria. Del resto Cesare Musatti (1953) già parecchio tempo fa sosteneva che il metodo clinico non è necessariamente connesso alla patologia, né alla psicoterapia.

Ora, il contributo che vogliamo portare al dibattito si colloca entro l'orientamento che possiamo definire "relazionale". Lo faremo individuando due vertici: quello dell'azione e quello della verifica, focalizzandoci su un ambito elettivo della clinica, la relazione di coppia. È questo infatti un presente molto importante (e un promettente futuro prossimo venturo) della psicologia clinica.

Se è vero che la terapia familiare nel nostro paese da sempre annovera psicoterapeuti e scuole di psicoterapia molto importanti, è altrettanto vero che di rado i clinici colgono le opportunità di salute relazionale che possono venire dall'incontro clinico con la coppia. In particolare è proprio attraverso tale incontro che si possono implicare non solo i partner, ma anche i membri delle famiglie di origine. Inoltre è sempre a partire dall'incontro con la coppia che è possibile formare gruppi centrati su temi specifici (la gestione del divorzio e gli effetti sui figli, la malattia di un membro e così via).

Più difficile è invece l'incontro diretto con le famiglie. Crediamo che ciò sia dovuto a motivi culturali di cui occorre tenere conto. Se infatti è vero che siamo di fronte ad una forte resistenza professionale e sociale a riconoscere come la clinica non coincida con la cura di singoli individui (sono in gran parte le stesse scuole di psicoterapia a sostenere il sintomo), è altrettanto vero che è la storia culturale dell'Occidente a porre la coppia assai più che la famiglia al centro della vita relazionale. Potremmo addirittura affermare che è attraverso la coppia che si recupera la relazione familiare da intendersi come scambio tra le generazioni e trasferimento di legami e loro qualità da una generazione all'altra, trasferimento che opera in gran parte secondo modalità proprie della logica inconscia.

Il contesto che ci interessa e di cui tener conto è dunque relativo a cultura, luogo di vita (geografia), storia e vicissitudine dell'incontro di coppia intesa sia come incontro tra partner, sia come legame genitoriale-generazionale, con i vincoli e le risorse che la riguardano.

Il vertice dell'azione

L'intervento clinico implica un lavoro di riflessione relativamente al rapporto con se stessi e con l'altro. L'*altro* è da intendersi come classe, nel senso che si tratta non solo del "tu" rispetto all' "io", ma anche del "vostro" e del "loro" rispetto al "nostro". L' "altro", inoltre, va declinato in senso generazionale, riconoscendo l'esistenza di presenze ancestrali che operano tanto nel mondo rappresentazionale che intersoggettivo delle persone. Oscurare questo aspetto della vita psichica è sostenere il riduzionismo interazionista (il visibile e l'*hic et nunc* dello scambio) invece della complessità relazionale. Il Sé è dunque abitato dall'altro e l'altro costituisce l'orizzonte ineludibile del Sé.

Tuttavia un lavoro di riflessione privato dell'energia dell'azione rischia la chiusura narcisistica, modalità di funzionamento mentale con cui l'intervento clinico può benissimo colludere. Non è certo un caso che la clinica privilegi l'aspetto rappresentazionale e veda nel mondo dell'azione soprattutto il pericolo solitamente codificato come "agito", sia esso contro l'altro, o contro di sé. L'altro lato della medaglia è costituito da una concezione psicologica dell'azione intesa come un insieme di piani e strategie razionali volte al raggiungimento di scopi ben definiti e in cui anche le emozioni sono da sottoporre a controllo.

Certo, comunicare (quando dire è fare), conversare (l'argomentare espressivo e il dialogare "felice"), narrare (rendere una storia terapeutica costruendone varianti di senso), "vertici" del fare clinico, hanno in sé il linguaggio di azione, ma non la esauriscono affatto. È infatti in questione la presa di decisione delle persone (la scelta responsabile) e l'iniziativa da intraprendere nei confronti di sé, dell'altro e del legame in quanto tale.

Anche chi come Lacan (1966) ha fatto del linguaggio il nucleo centrale del pensiero clinico ha riconosciuto che è l'atto-azione a generare certezza e sviluppo personale. È però la psicologia sociale lewiniana che ha individuato nell'azione un principio chiave della relazione umana. In tempi di egemonia della ricerca sperimentalista Kurt Lewin (1951) ha sostenuto il valore di un altro metodo, quello del fare ricerca mentre si interviene dando così spazio all'azione attiva e trasformativa delle persone e dei gruppi.

Ciò che intendiamo dire è che l'atteggiamento clinico rischia da un lato di ridurre il mondo dell'azione all'agito e dall'altro al controllo e alla pianificazione razionale. In realtà, se non si considera l'azione umana con la dimensione inconscia che l'attraversa, ma anche con il registro etico che la caratterizza, è l'intervento clinico stesso a soffrirne.

Concetto limite tra mente e corpo, tra individuo e contesto, tra soggettivo e oggettivo come sostiene Spagnoli (2003), l'azione viene da noi intesa nel senso di *dramma* ("dran", fare) a cui le persone (i partner) partecipano, ma a cui sono anche soggette. Il dramma relazionale si fonda sulla presenza della *differenza* tra i generi (maschile, femminile), tra le storie di famiglie, tra le culture di appartenenza, tra i mondi rappresentazionali dei singoli (intenzioni, bisogni, attese).

È questo per noi il contesto entro cui agisce la relazione di coppia, un contesto dunque di gestione delle differenze e così caratterizzato dal conflitto e dalla ricerca della convivialità possibile, o come noi preferiamo affermare, del *patto*. Il patto, a differenza del contratto, ha una sua "mission" anche se inconsapevole: è quella di cercare la pace e di mettere pace ("pax, paciscor") tra gli uomini a partire dalla coppia. Non dovremmo allora occuparci, come clinici, anche del sentimento di pace e del suo antagonista, il sentimento di discordia?

Il legame di coppia che viene a formarsi può essere costruttivo, sofferente, distruttivo. Esso emerge nella sua qualità in particolare nei momenti critici della relazione (fare coppia, attendere un figlio, vivere la malattia di un membro) e tale qualità si manifesta attraverso aspetti cognitivi (le credenze), affettivi (emozioni e sentimenti) ed etici (l'atto equo, la riparazione dell'errore, il perdono e la riconciliazione, oppure il loro rifiuto o la loro impraticabilità).

Edgar Morin (2004), dedicando all'etica il sesto volume della sua imponente ricerca sul "Metodo", ha riconosciuto che essa ha un suo sostantivo e una sua azione specifica: *legame, legarsi*; legarsi ai propri (le appartenenze), legarsi agli altri (gli estranei), legarsi alla Terra-madre. Se da un lato il verbo è riflessivo rimandando così alla decisione e all'impegno personale, dall'altro il legame, in quanto sostantivo, non può che essere frutto del dialogo e della reciprocità. Che cosa, ciascuno e tutti, possiamo fare per il legame? Cosa possiamo donare all'altro? Siamo in grado di correre il rischio dell'incomprensione e del rifiuto? Possiamo andare aldilà del regolamento dei conti (sangue chiama sangue, così come ingiustizia chiama ingiustizia)? È dunque nella spirale drammatica della relazione di coppia che va ricercata, insieme alle credenze ed agli affetti (la paura, l'angoscia, la speranza, la fiducia), la dimensione etica.

Per considerare appieno la relazione di coppia occorre però andare aldilà del principio di reciprocità tra i partner. È infatti in causa anche il legame in quanto tale. Questo livello del "relazionale" è pressoché misconosciuto dalla clinica. Ciò è dovuto al fatto che è l'intersoggettivo (un partner verso l'altro), assieme al rappresentazionale (credenze e vissuti nei confronti dell'altro) a "saturare" la mente dei clinici. In breve; l'attenzione al legame in quanto *terzo* rispetto alla coppia (prodotto congiunto di una storia di relazione e delle sue vicissitudini) costituisce un'eccezione nella clinica di coppia.

Il legame in quanto tale non è però nelle mani e sotto il controllo della coppia, quasi che essa si autoriferisse.³ La coppia è infatti un incontro (incastro) di storie generazionali e così essa rivivifica e riattualizza il mondo dei legami. Potremmo anche dire che la coppia si muove tra prolessi e analessi, nel senso che mentre agisce nel presente di vita, incarna il passato dei legami e si muove verso un futuro atteso ma incerto. È proprio per essere un incontro di storie e legami che la coppia non ripete il passato e non ne è determinata, aprendosi piuttosto al nuovo e all'inatteso.

Sulla tematica dell'*incastro* di coppia abbiamo condotto nel corso degli anni varie ricerche e costruito appositi strumenti di rilevazione (Intervista Generazionale, Spazio di Vita, Test delle Immagini...). Qui basterà ricordare la ricerca condotta sulle connessioni tra la relazione di coppia intesa come incastro e rilancio di storie generazionali (di legami) e lo sviluppo di disturbi di

³ L' "autos" è un patrimonio delle correnti cliniche orientate in senso cognitivista (autoefficiacia, autorealizzazione, automonitoraggio, autocontrollo) centrate sulla mente individuale e la sua "felicità".

personalità nelle nuove generazioni. In particolare, sono l'incastro per *discordia* e l'incastro per *giustapposizione di dolore* che paiono costituire le matrici di una sofferenza generazionale che "precipita" sui figli.

Nel primo caso i partner sono simili nel rivendicare il diritto a ricevere in base al fatto di non aver ricevuto attenzione e riconoscimento dalle generazioni precedenti. Paradossalmente se ne possono difendere attraverso la credenza di essersi fatti da sé; è però dall'altro che di fatto, e inconsapevolmente, ciascun partner si attende di ricevere ciò che è mancato in termini di cura. Va così a finire che l'energia dell'azione viene spesa nella lotta mortale con l'altro (la discordia), per definire una volta per tutte chi ha diritto a ricevere, e che l'impegno della genitorialità viene rifiutato e delegato. Cosa accade allora alla generazione successiva? Di trovarsi "fatalmente" investita del diritto a ricevere (proprio ciò che è stato mancante e sospeso nello scambio generazionale) e nello stesso tempo di essere lasciata al suo destino.

Nel secondo caso i partner enfatizzano congiuntamente l'idea di un destino di vita caratterizzato dal dolore a cui fatalmente gli uomini sono esposti. In breve; la sorte ("kairos") è stata con loro maligna e ingiusta. Non a caso è difficile, se non impossibile, ritrovare nelle loro storie di vita qualche fonte identificatoria benefica. L'energia dell'azione viene così spesa nell'attesa che siano i figli ad essere i "salvatori" e i riparatori del destino doloroso. Accade insomma che vi sia un'inversione generazionale nel senso che i figli sono collocati nella posizione delle generazioni precedenti.

Alla prima matrice corrisponderebbe una via evolutiva del Sé aperta al disturbo di personalità narcisistico e antisociale, mentre alla seconda matrice una via evolutiva aperta al disturbo di personalità campo-dipendente e borderline. Si tratta, è bene sottolinearlo, di "vie aperte", ma non per questo rigidamente determinate. Vari e complessi sono infatti i fattori che confluiscono a fondare l'identità personale e a segnare lo sviluppo. Costruire *ipotesi relazionali* di salute-malattia delle persone considerate nel contesto dei loro mondi vitali è d'altronde importante per l'incontro clinico. Siamo così di fronte ad un altro metodo rispetto a quello descrittivo-nosografico del DSM che è privo di utilità clinica perché nulla viene affermato in termini eziopatogenetici.⁴

Facciamo sintesi; il primo cardine di una clinica relazionale rivolta alla coppia è costituito dalla *riflessione congiunta* dei partner su credenze e affetti relativi al legame, compresa la loro dimensione storico-generazionale; l'altro cardine è costituito *dall'energia dell'azione* nei confronti dell'altro e del legame in quanto tale. Responsabilità, equità, lealtà dei partner (l'"ethos") attendono di essere rigenerate e questo non può avvenire che attraverso la loro azione reciproca.

L' "ethos" non va confuso con il "nomos"; mentre quest'ultimo riguarda il sistema delle *regole* normative, il primo riguarda l'ottativo (il desiderabile nella relazione) che si manifesta attraverso azioni specifiche come quelle sopra delineate. Anche il clinico è chiamato in causa dalla dimensione etica della relazione nel senso che egli risponde del setting che istituisce e del percorso di cura che attiva nei confronti della coppia e la verifica di tale percorso è parte importante.

Il vertice della verifica

Che dire della ricerca dedicata all'incontro clinico con la coppia e alla verifica di tale incontro? Possiamo riconoscere che i clinici, sia che svolgano la loro attività nei servizi pubblici o nel privato, sono piuttosto restii al lavoro di verifica. D'altra parte la ricerca accademica fa piuttosto poco per incontrare l'attività clinica concreta. Sia per le modalità di ricerca di cui si avvale, sia per gli ambienti in cui essa si svolge (strutture sanitarie e laboratori) risulta assai problematico realizzare uno scambio produttivo con la clinica che opera sul campo. Inoltre, gran parte della ricerca accademica si concentra sul caso individuale avendo come orientamento clinico dominante quello cognitivo-comportamentale.

In breve: di incontro clinico con la coppia c'è ben poca traccia e di approccio relazionale ancor meno. Anche questo è un *presente* della psicologia clinica italiana su cui riflettere. Né migliore è la

⁴ Non a caso vari sono i progetti di ricerca tesi a costruire categorie diagnostiche in chiave interpersonale-relazionale. Tra gli altri desideriamo ricordare la ricerca di Corrado Pontalti (1996, 1999) e quella di Valeria Ugazio (1998).

situazione formativa. Pochissime sono le scuole di psicoterapia che dedicano attenzione specifica alla clinica di coppia e le proposte formative che noi o altri proponiamo vengono viste come “residuali” rispetto alla clinica individuale, ma anche a quella familiare. Siamo così di fronte al paradosso di una domanda sempre più viva e di una difficoltà rilevante di accoglimento della medesima.

Crediamo che la formazione dei clinici debba prevedere la loro implicazione nei vari “generi” di cura (l'incontro con i singoli, le coppie, le famiglie, i gruppi) sapendone cogliere differenze e connessioni. Ogni formazione che mira a sensibilizzare un “unico occhio” non fa un buon servizio alla clinica, impostata in senso cognitivo, psicodinamico, umanistico, o sistemico che sia.

Da parte nostra, nel corso degli anni, abbiamo condotto ricerche sulla relazione di coppia con particolare riferimento alla verifica dell'intervento. In tal senso abbiamo predisposto griglie, tecniche e strumenti di analisi che fossero coerenti con il paradigma relazionale (Cigoli et al., 2003, 2005a, 2005b; Molgora, 2005; Margola et al., in press).

Ma facciamo un passo indietro. Crediamo che il ricercatore debba prendere posizione nei confronti delle tradizioni di ricerca relative alla verifica e alla valutazione dell'intervento clinico e della psicoterapia. Ora, tali tradizioni di ricerca sono sostanzialmente quattro: la prima è orientata allo studio dell'*efficacia* (la ricerca sugli esiti);⁵ la seconda all'*efficienza* (la ricerca sul processo o percorso di cura); la terza agli *abbandoni* (la ricerca sul dropout); la quarta alle *indicazioni* di trattamento (la ricerca sulle evidenze empiriche e i trattamenti manualizzati).

In quanto al “paradigma relazionale” abbiamo già argomentato come per noi esso significhi occuparsi del *contesto dei legami* (“re-ligo”) in cui le persone sono inserite e di cui sono parte agente: legami generazionali, legami culturali, legami intersoggettivi, ma anche legami con l'ambiente geografico e storico.

Secondo la logica dialettica che guida l'approccio relazionale è proprio all'interno dei legami che è possibile individuare non solo i problemi, ma anche le risorse utili per affrontarli, risorse che vanno rilevate all'interno dell'incontro clinico con la coppia (i partner e il loro legame) e non astrattamente. Ora, quale scelta abbiamo fatto a proposito del disegno di ricerca relativo alla verifica⁶ del lavoro clinico? Sicuramente quella di un disegno focalizzato sul *percorso di cura*, comprendendo nel medesimo anche il tema importante degli abbandoni (drop-out). Crediamo infatti che i clinici siano interessati a considerare con attenzione i fattori che mediano la trasformazione relazionale, così come a costruire nuove ipotesi relazionali. Beutler (2000) ha parlato in proposito di “mediators of change” e Norcross (2001, 2002) di “empirically supported therapy relationships”.

Tra i temi relativi al percorso di cura degni di interesse vogliamo sottolinearne due: il primo è il *coinvolgimento* del clinico nell'azione di cura; il secondo è la considerazione del *legame* di coppia in quanto tale.

In genere il coinvolgimento del clinico viene considerato attraverso la costruzione dell'alleanza e misurato con apposite griglie e/o questionari (Friedlander et al., 2006). Da parte nostra partiamo da un interrogativo relativo a se e *come* viene a formarsi il legame terapeutico e se esso sia in grado, o meno, di affrontare gli inevitabili momenti di crisi. È qui infatti che “si misura” la tenuta del legame terapeutico medesimo.

Crediamo insomma che il filo del legame terapeutico si dipani, o si aggrovigli, attraverso “momenti cruciali”, né più né meno degli altri legami vitali, e che questi momenti riguardino l'avvicinamento, l'impegno, la crisi e lo scioglimento del rapporto. Ecco allora la domanda: il “gruppo di lavoro” formato dal clinico e dalla coppia è in grado di affrontare i vari momenti, soprattutto quelli di crisi del legame?

Ne deriva che il ricercatore deve concentrare la sua attenzione proprio su tali momenti-accadimenti. Suo scopo è quello di restituire ai clinici riflessioni significative elaborate a partire da

⁵ Fonagy e collaboratori (2002) hanno elaborato un sistema di misurazione degli esiti dei trattamenti in funzione di cinque domini di valutazione: i sintomi, l'adattamento sociale, il funzionamento mentale, le transazioni (il funzionamento familiare), l'utilizzo del servizio (e la soddisfazione percepita). La logica che guida il sistema di misurazione è quella dello *scarto* tra esiti e obiettivi. Da parte nostra proponiamo un'altra logica centrata sul *contesto relazionale* e la sua qualità (sviluppo delle risorse che operano a favore della convivialità, cioè del legame tra gli uomini).

⁶ Verifica e risultato si differenziano tra loro. La verifica è infatti relativa al percorso clinico, mentre il risultato si basa sull'esito atteso. Nel primo caso, il tipo di ricerca è qualitativo focalizzandosi su variabili molarli (cfr. Pinsof, 1981-1991; Altheide e Johnson, 1994; Patton, 2002; Di Nuovo, 2005).

griglie di analisi che si occupano di variabili molarì inerenti la vicenda del legame tra coppia e clinico e la sua storia.

L'altro tema è quello della considerazione del legame di coppia in quanto tale. Ora, se passiamo in rassegna le ricerche in merito alla psicoterapia di coppia possiamo facilmente rilevare come si tratti in genere di procedure di sommatoria di punti di vista dei singoli partner e, più raramente, di una valutazione dell'interazione (una variante semplificata della valutazione delle psicoterapie familiari). In realtà, l'attenzione alla relazione comporta di dare spazio e valore sia alla dimensione interpersonale, sia alla dimensione del legame in quanto tale.

Nel primo caso ci rivolgiamo a considerare le modalità cognitive, affettive ed etiche che caratterizzano il rapporto con l'altro da parte di ciascun partner; nel secondo ci rivolgiamo a considerare la qualità e le caratteristiche di quello che definiamo "patto di coppia".

Per rilevare le caratteristiche del rapporto interpersonale possiamo avvalerci sia di questionari, sia di strumenti basati su *immagini*⁷ che servono ad attivare il dialogo tra i partner. Relativamente al "patto" e la sua qualità possiamo avvalerci di strumenti quali il "Couple Life Space", o il "Disegno Congiunto" in cui la coppia lavora assieme su uno stesso compito.

Se questi strumenti servono ad introdurci nella relazione di coppia per considerare determinate caratteristiche è però evidente che è la *cura della relazione* che va posta al centro dell'attenzione. Di qui la necessità di rilevare "dal vivo" lo scambio coppia-terapeuta avvalendosi di griglie di analisi allo scopo di considerare come si evolve il legame terapeutico e in che senso esso influenzi la relazione di coppia.⁸

Sia che partiamo dagli interventi del terapeuta, sia che partiamo dallo scambio di coppia ciò che viene posto in evidenza è proprio come il "gruppo di lavoro" funziona e se persegue l'obiettivo di incrementare i livelli di consapevolezza, responsabilità e convivialità. Infatti, anche qualora il legame di coppia vada incontro ad uno scioglimento (è il caso del divorzio) è sempre questione di pattuizione e di convivialità, cioè di speranza e fiducia nella relazione e di equità nello scambio tra i partner.

Conclusioni

Tempo fa von Foerster (1987) ebbe a dire: "Le scienze dure mietono successi perché hanno a che fare con problemi morbidi; le scienze morbide stentano a procedere perché è a loro che toccano i problemi duri" (p. 207). Di fronte al procedere stentato (zoppicante come Edipo) tipico del metodo clinico, ricorrente è la tentazione del viraggio verso posti sicuri (finanziamenti, editoria, training).⁹ Crediamo che le neuroscienze, abbinata alle scienze cognitive, costituiscano la più recente delle tentazioni.

Rispondendo all'invito a riflettere sul presente della professione clinica abbiamo fatto emergere il "duro" rappresentato dal problema di una *concezione* e di un *metodo* relazionale dell'intervento clinico. Abbiamo anche scelto un soggetto clinico (o un "genere" come preferiamo chiamarlo), quello dell'incontro con la coppia, così da avere un parametro concreto di riferimento.

La concezione riguarda una teoria dell'azione intesa come dramma a cui le persone dei partner partecipano, ma che condividono anche con le generazioni che li hanno preceduti. La coppia infatti non si autoriferisce, è piuttosto un punto d'incastro e di sviluppo del legame con l'altro.

Di qui il costrutto clinico di "patto di coppia" che indica la presenza di legami caratterizzati dalla convivialità, ma anche da "antipatti" caratterizzati dal rancore e dalla perversione relazionale.

Ne deriva un'attenzione clinica che non si limita a prendere in considerazione le modalità interattive dei partner e le dimensioni cognitivo-affettive dello scambio, ma che si apre anche alla dimensione etica che viene considerata come l'energia dell'azione.

⁷ Si veda in proposito lo strumento delle "Immagini dei bisogni di coppia", oppure quello dell' "Immagine del legame con l'altro" (cfr. Cigoli et al., 2005a).

⁸ Abbiamo individuato tre modalità fondamentali di legame di coppia caratterizzato dalla *reciprocità*, dall'*assimilazione* e dalla *divisione delle parti*.

⁹ Cfr. l'editoriale "In praise of soft science", in "Nature", 435, 7045, p. 1003 (23/06/2005). Il termine "training" dice bene di un addestramento focalizzato al raggiungimento di scopi prefissati. La formazione è invece caratterizzata da un processo di de-formazione e tras-formazione.

Anche la verifica del percorso di cura è attraversata da tale dimensione. Così a tutti coloro che formano il “gruppo di lavoro” (coppia e clinici) è come se fosse proposta la domanda: che responsabilità ti assumi rispetto ai sentimenti e alle azioni nei confronti dell’altro? Che cosa ciascuno ha potuto e può fare a favore del legame, questa entità terza tenera e delicata, ma cruciale per la relazione tra gli uomini?

Bibliografia

Altheide, D. L., & Johnson, J. M. (1994). Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (a cura di), *Handbook of qualitative research* (pp. 485-499). Thousand Oaks: Sage.

Beutler, L. E. (2000). David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, 55, 997-1007.

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

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

Cigoli, V., Gennari, M., Bozzoli, C., & Margola, D. (2005). L’incontro clinico con la coppia: Tra studio di risultanze e analisi del percorso di cura. *Interazioni*, 23 (1), 53-72.

Cigoli, V., Gennari, M., Margola, D., & Molgora, S. (2005). Terapia di coppia. In S. Di Nuovo & G. Lo Verso (a cura di), *Come funzionano le psicoterapie* (pp.141-180). Milano: Franco Angeli.

Di Nuovo, S. (2005). Metodi e strumenti: tra quantitativo e qualitativo. In S. Di Nuovo & G. Lo Verso (a cura di), *Come funzionano le psicoterapie* (pp.19-29). Milano: Franco Angeli.

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford.

Friedlander, M.L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington: American Psychological Association.

Galimberti, U. (1992). *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET.

Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris: Editions du Seuil.

- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper & Row.
- Lombardo, G.P., & Foschi, R. (1999). Storia e categorie storiografiche della psicologia clinica. In J.M. Reisman, *Storia della psicologia clinica* (pp. 9-40). Milano: Raffaello Cortina.
- Margola, D., Cigoli, V., & Aschieri, F. (in corso di stampa). Valutare la psicoterapia di coppia: Tradizioni di ricerca a confronto. *Ricerca in Psicoterapia*.
- Molgora, S. (2005). *Anoressia: alla ricerca della personalità e delle matrici familiari. Un'epistemologia qualitativa e le sue evidenze empiriche*. Tesi di dottorato non pubblicata. Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano.
- Morin, E. (2004). *La méthode, 6 : L'éthique*. Paris: Editions du Seuil.
- Musatti, C.L. (1953). Psicologia clinica e clinica psicologica. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 14, 140-153.
- Norcross, J.C. (a cura di). (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary report of the Division 29 Task Force [special issue]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 3-497.
- Norcross, J.C. (a cura di). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3a ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Pinsof, W.M. (1981-1991). Family therapy process research. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (a cura di), *Handbook of family therapy* (Vol.1 e 2, pp. 699-741), New York: Brunner/Mazel.
- Pontati, C. (1996). Epistemologia familiare ai disturbi di personalità: un vincolo alla diagnosi e alla formazione in psicoterapia, *Terapia Familiare*, 52, 33-44.
- Pontati, C. (1999). Disturbi di personalità e campi mentali familiari, *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 9, 25-43.
- Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2001). *Psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Spagnoli, A. (2003). Analisi delle azioni verbali e non verbali. In G. Mantovani & A. Spagnoli (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia* (pp. 99-130). Bologna: Il Mulino.

Telfener, U. (2003). Voce: Clinica. In: U. Telfener & L. Casadio (a cura di), *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità* (pp. 174-190). Torino: Bollati Boringhieri.

Ugazio, V. (1998). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologia*. Torino: Bollati Boringhieri.

Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.

Sitografia

<http://www.apa.org/divisions/div12/aboutcp.html>

http://www.collegiopsiclinicauniv.it/ita_ambiti.htm

Psicologia Clinica: presente e futuro

di Antonio Imbasciati*

1) "Clinico"

L'aggettivo "clinico" riferito a "psicologia" ha un significato molto diverso da quanto è oggi riferito alla medicina. Il termine "clinico" nasce in epoca antica: deriva dal greco *klinē*, con cui si indicava la posizione sdraiata del malato e il medico chino al suo capezzale. Una tale raffigurazione contiene l'essenza del "metodo clinico" e cioè la relazione del medico col paziente: una relazione che, visti gli strumenti e le conoscenze della medicina antica, doveva necessariamente essere personalizzata, prolungata nel tempo, attenta e intima. Tutta la storia di vita di una persona, e l'ambiente in cui si era svolta, lo stesso stile di vita e il contesto familiare dovevano essere conosciuti, perché il medico di allora potesse avere qualche indizio per poter in qualche modo curare il paziente. In altri termini il medico di allora stabiliva col paziente quella che oggi nei servizi psicosociali chiamiamo "presa in carico": un "caring" anziché un "curing", cioè una relazione individualizzata e uno studio squisitamente longitudinale. Tale "caring" è oggi praticata per le cure che implicano la psiche, mentre la medicina attuale sembra non necessitare più di simile rapporto. Oggi infatti il progresso della biologia, della chimica, delle tecnologie medico-biologiche e della farmacologia hanno reso superflua la relazione interpersonale individualizzata: innumerevoli esami di laboratorio o comunque effettuati attraverso progredite tecnologie biofisiche, permettono di effettuare un'indagine trasversale, non più longitudinale, del paziente, rapida e precisa così da conseguire una chiara diagnosi, alla quale di solito corrisponde una precisa conoscenza dell'eziopatogenesi, e per la quale si ha a disposizione l'idonea terapia, farmacologia, chirurgica, fisica. Per tali ragioni la relazione interpersonale individualizzata si è trovata messa in ombra, in medicina, e in sottordine lo studio longitudinale. Il paziente viene oggi "esaminato", trasversalmente, dai vari specialisti delle varie parti e apparati del corpo. In tal quadro, "clinico" ha perso in medicina l'originario senso dell'antica *klinē*: il suo significato è mutato, in quanto si riferisce alle cure che la medicina attuale è in grado di erogare e che non necessitano di quel contesto interpersonale intrinseco all'antica *klinē*. "Clinico" è diventato sinonimo di "terapeutico", nel senso di un "curing", e non più di un "caring".

Il progresso della medicina giustifica il cambiamento del significato originario di "clinico": tale significato è invece rimasto in psicologia. Qui infatti l'oggetto clinico specifico è il disagio, interiore e comportamentale, di una persona, e questo non può che implicare uno studio longitudinale, mediato da una relazione individualizzata prolungata nel tempo. Il significato di "clinico" pertanto si mantiene in psicologia aderente al senso dell'antica *klinē*, mentre diverge oggi tra questa e la medicina (Imbasciati, Margiotta, 2004, cap. 2). La diversità delle due accezioni correnti nelle due aree crea spesso equivoci.

Le ragioni della divaricazione hanno un'intrinseca logica. In conseguenza dei progressi medici, con la relativa possibilità di individuare con precisione la "malattia" (antecedentemente si poteva parlare solo di sindromi) e quindi di avere a disposizione il rimedio specifico, la concezione della clinicità e la stessa accezione di "clinico" sono necessariamente mutate: in medicina "clinico" è diventato sinonimo di curativo, e la sinonimia trova fondamento nel fatto che ad una precisa diagnosi corrisponde una precisa terapia. Il concetto di diagnosi si basa d'altronde sull'individuazione di una "malattia" che è stata studiata sufficientemente e pertanto è riconoscibile come tale; e della quale si sanno eziologia e patogenesi: di qui il valore di una nosografia diagnostica. A quadri diagnostici di malattie individuate e conosciute corrispondono altrettante precise indicazioni terapeutiche. E' questa la "clinica": in medicina.

In psicologia non siamo mai di fronte a "malattie", ma solo, eventualmente, a sindromi. Sindrome si definisce un insieme di segni, o di sintomi, che ricorrentemente, ma non sempre, si presentano in

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

concomitanza, ma del cui ricorrere non si conosce né eziologia né, spesso, patogenesi. Una sindrome può peraltro avere infinite variazioni. Ma soprattutto la psicologia considera una ancor più estesa gamma di situazioni psichiche, o meglio strutture psicologiche, o comunque variazioni comportamentali, che rientrano nella cosiddetta normalità: la Psicologia Clinica si occupa specificatamente della variegata gamma che va dalla normalità, o meglio dalla migliore normalità fino alle anomalie che vengono considerate patologiche. In questo continuum, l'oggetto specifico della Psicologia Clinica viene ad essere costituito dall'irrepetibilità della struttura psichica del singolo individuo: il concetto di sindrome, già di per sé mutevole, viene ulteriormente inficiato; e il concetto stesso di patologia, preso a prestito dalla medicina, non può essere trasferito allo psichico. In medicina il concetto è determinato dalla biologia, e dalla conoscenza acquisita sulle "malattie". In psicologia invece, poiché ogni struttura psichica non è determinata dalla natura, ma dalla somma degli apprendimenti attraverso i quali in ogni individuo lungo tutta la sua vita si è costruita la sua specifica mente (Imbasciati, 2006 a, b), la polarità normalità/patologia può, eventualmente, essere ancorata soltanto ai criteri di convivenza sociale e di cultura. L'argomento è stato oggetto di un'ampia letteratura (Imbasciati, 1993; Rossi, 2005). In questa sede possiamo pertanto sottolineare come la trasformazione dei modelli medici dalla Medicina alla Psicologia Clinica risulti del tutto impropria e pertanto fuorviante (Turchi, Perno 2002).

Per le suddette ragioni in Psicologia Clinica va cambiato anche il concetto di diagnosi. Tale concetto rimanda infatti a quello di malattia, e alla conoscenza biologica di eziologia e patogenesi. Di qui il valore di una nosografia diagnostica. Una simile classificazione non può però essere applicata pari pari in campo psicologico. Qui una nosografia ha un valore diagnostico –intendo il concetto in senso medico- limitato a quei casi in cui si evidenziano anche concause organiche, o comunque a quei casi in cui, ragionando per sindromi, si è trovato un rimedio farmacologico specifico: qui però dal campo della Psicologia Clinica passiamo a quello della Psichiatria.

I confini tra la Psichiatria e la Psicologia che oggi si aggettiva Clinica non sono peraltro netti: a questa contiguità si sovrappone spesso una certa confusione dovuta all'appartenenza della Psichiatria alla Medicina, della quale adotta parametri e criteri: la Psicologia Clinica invece, per il suo intrinseco oggetto di studio, e cioè la soggettività del paziente, si costituisce a partire da molteplici e diverse radici (Imbasciati, Margiotta, 2004, cap. 4) che pertanto la configurano diversa dalle scienze medico-biologiche, per parametri di riferimento, criteri metodologici e conseguenti concetti. Se non si tengono presenti queste differenze, intrinseche alla natura dell'oggetto specifico della Psicologia Clinica, si ingenerano rischi di molte confusioni).

V'è infine un'altra ragione, che contribuisce alla progressiva divaricazione del significato di clinico tra medicina e psicologia. La psicologia che oggi si aggettiva come clinica, occupandosi in prima istanza della gamma intermedia tra la cosiddetta normalità e quanto appare salientemente anomalo, si è trovata a focalizzarsi sulla possibilità che una presa in carico possa, non solo prevenire il costituirsi di situazioni, relazionali e interiori, anomale, ma anche migliorare ogni individuo che peraltro appaia "normalmente" adattato. In un settore specifico della medicina, quello della prevenzione, si opera spesso con una presa in carico che adotta modelli simili a quelli della psicologia (Imbasciati, Ghilardi, 1993), come per esempio occupandosi di alcolisti o di tossici, ma di fatto, segnatamente in Italia, si tratta più di una prevenzione delle ricadute, piuttosto che di una rete di servizi che svolgano davvero un supporto psicosociale che migliori gli individui, in vista di una prevenzione intesa alle origini. Di conseguenza anche in questo settore i modelli medici "curativi" prevalgono su quelli di una presa in carico che abbia lo scopo di migliorare le condizioni generali in cui si trovano a svilupparsi le persone. Le carenze di risorse, d'altra parte, costringono l'attenzione degli operatori all'intervento più urgente, quando una qualche anomalia o malattia si sono già manifestate. Si accentua dunque il connotato medico di un curing, che diventa "eccellente" in medicina.

2) *"Misconoscenza della Psicologia Clinica in ambito medico"*

Le suddette divergenze di significato nell'aggettivo "clinico" hanno dato origine a molti equivoci, tuttora vivi, tra medici e psicologi. In ambito medico le discipline psicologiche sono state introdotte soltanto da una dozzina d'anni. In precedenza il piano di studi della laurea in medicina

contemplava un unico esame “complementare”, cioè non obbligatorio, di un’unica generica “psicologia”, per il quale, come per tutti i complementari, lo studente prendeva trenta leggendo una cinquantina di pagine: i professori di materie complementari dovevano attirare gli studenti, dato che la materia non era obbligatoria, per mantenere la loro cattedra. Il risultato era che un laureato in medicina non aveva mai sentito parlare di psicologia, o molto peggio, visto il tipo di esame eventualmente fatto, aveva un’idea quanto mai riduttiva e in fondo mistificatoria di questa area del sapere. Così, generazioni di medici sono cresciute con una grossa misconcezione della psicologia: a queste generazioni appartengono i docenti universitari che modulano attualmente l’orientamento delle facoltà mediche: di conseguenza una frequente e talora cospicua misconoscenza della psicologia informa lo spirito medico e impera nelle facoltà di medicina.

Qui, tutt’oggi, si pensa spesso che la psicologia sia poco più che il buon senso affinato dall’esperienza umana, il *savoir faire*, o la capacità di persuasione, e che la psicologia clinica sia essenzialmente la suddetta “psicologia” applicata ai pazienti curati per ragioni medico-chirurgiche per i quali i medici ravvisino un qualche “problema psicologico”. Conseguenzialmente i medici concepiscono l’opera dello psicologo clinico come un “ausiliare”, che appiani le difficoltà che essi medici incontrano con qualche loro paziente (forse con quelli più intelligenti?!), e si aspettano che lo psicologo lo possa fare con i tempi che caratterizzano la medicina d’oggi. Tempi, ovviamente, assurdi per una reale psicologia clinica, che i medici, constatandoli, definiscono, un po’ ironicamente, “biblici”.

La psicologia clinica è così sentita come facente parte naturale della medicina: è proprio un tale “naturale” quanto errato a priori, che, restando sottinteso, si colloca al di fuori di eventuali confronti e discussioni, e rende le facoltà mediche impermeabili a un cambiamento positivo. Inoltre a tale “naturalità” si affianca un altro sottinteso: che la psicologia sia un “arte ausiliare” della medicina. Arte, più che scienza, ausiliare, dunque subordinata: agli intenti, alle forme, alle tecniche proprie della scienza medica. Questo porta ad un’altra contraddizione: se l’opera dello psicologo viene offerta in senso scientifico, confacente ai metodi propri della psicologia, viene criticata, come insoddisfacente in quanto non risponde ai criteri di rapidità, efficacia e evidenza della medicina; né la preconcepita ausiliarità consente allo psicologo di discutere alla pari col medico.

I medici, avendo fatto parte la psicologia formalmente del loro curriculum, a maggior ragione facendone ora parte in modo meno formale a seguito del cambiamento del piano di studi operato dalla riforma della tabella XVIII, sono portati a pensare che la psicologia operi con gli stessi criteri e metodi delle scienze mediche. Così si richiede allo psicologo la diagnosi e si pensa che, dovendoci essere diagnosi, ci debba essere anche terapia efficace. Se la psicologia è una scienza, dovrà avere –si pensa secondo il modello medico- diagnosi esatta e terapia efficace. Se non le ha, non è una scienza. Così, ambivalentemente, le scienze psicologiche, ridotte a un’unica psicologia generale (o meglio “in generale”), indistinta da una psicologia clinica, incontra contemporaneamente l’aspettativa di dover essere come le scienze mediche e la squalifica di esser tracciata di ciarlataneria quando ciò non risulti evidente.

Non poco gli psichiatri corroborano le suddette mistificazioni: la maggior parte di essi sono i più autorevoli sostenitori (di fatto, anche se a parole sostengono il contrario) dell’inclusione della Psicologia Clinica (spesso sotto altri pseudonimi) come parte della Psichiatria e sovente della sudditanza della prima alla seconda. In tal modo corroborano presso tutti i colleghi medici l’idea che la Psicologia Clinica faccia parte delle Scienze mediche, e che pertanto debba essere inquadrata nei medesimi parametri. Qualora ciò non risulti, chi paga è lo psicologo, che viene visto come fosse incompetente. Così a lui si richiede la diagnosi, coi vari DSM, intendendo però che tale diagnosi, contro le delucidazioni degli autori dello stesso, abbia il medesimo valore di una diagnosi medica (Spagnoli, 2005), e come tale preveda esattamente il da farsi.

E così l’aggettivo “clinico” viene dai medici applicato alla psicologia col medesimo significato che ha in medicina: con non pochi inconvenienti, data la divaricazione descritta. Psicologia Clinica sarebbe allora una psicologia essenzialmente terapeutica, anzi sarebbe la terapia psichica. Tale equivoco viene spesso a essere forzato anche nella testa a non pochi psicologi. In quella dei medici inoltre c’è il sottinteso che la terapia sia specifica e correlata a una diagnosi “esatta”.

Ulteriore equivoco procede dal fatto che la terapia in medicina è essenzialmente transitiva: il medico, attivo, “fa” qualcosa (o fa fare) sul paziente, il quale è soggetto passivo dell’azione medica

(compliance). Le psicoterapie sono invece intersoggettive, di solito. Nasce allora l'equivoco per cui molti medici si aspettano che lo psicologo "faccia qualcosa sul" paziente, prescriva, come il medico, agisca *transitivamente* (Imbasciati 1993; Imbasciati, Ghilardi 1993) ; il che vuol dire, in fondo, manipolazione psichica. Questa si riduce talora all'idea che lo psicologo agisca "dando buoni consigli": e che abbia la capacità di indurre il paziente a seguirli.

Questo stato di cose, originariamente imputabile alla presenza puramente nominale e alla conseguente mistificazione della psicologia, perdura tuttora nella formazione medica, anche se le scienze psicologiche vi sono state introdotte a partire dal 1989: settori PSI 01 e PSI 08 nel curriculum medico, e negli anni successivi tutti gli altri settori nelle altre varie lauree sanitarie. Tale introduzione formale ha però prodotto pochissimi effetti, perché a quanto stabilito dal legislatore sulla carta non è seguita una adeguata applicazione. Con l'anno accademico 1989 fu riformata la Tabella XVIII, cioè l'ordinamento delle materie di studio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, introducendovi una Psicologia Generale al I Anno, una Psicologia Medica al IV e una Psicologia Clinica al VI. La riforma, poi ulteriormente aggiustata, non ha a tutt'oggi portato i suoi effetti perché, sia per lo spirito medico, sia per la penuria di risorse, gli insegnamenti sono stati ricoperti con ruoli specifici del tutto insufficienti e più spesso per vicariamenti di docenti di materie mediche considerate affini (esempio ricorrente la Psichiatria, anche se la nomenclatura dei settori la situa a distanza) o comunque "dichiarate" "affini". Per quanto poi concerne gli altri settori "PSI", nelle altre lauree sanitarie, i ruoli sono totalmente ancora da venire.

Nella generale resistenza al cambiamento tipica delle istituzioni, quelle italiane in particolare, nelle facoltà di medicina si sono coniugate le miscredenze circa la psicologia, come sopra descritte, il tipico sviluppo (clientelare?) per cui si moltiplicano le cattedre che già sono forti e le sopravvenute progressive carenze finanziarie per la copertura dei ruoli: per un effetto sommatorio, anzi moltiplicatorio, non sono state istituite le cattedre delle discipline psicologiche che il legislatore pur aveva inserito nei percorsi delle varie lauree. Le riforme sono rimaste in gran parte sulla carta. I ruoli psicologici nelle facoltà mediche sono esilissimi, limitati alla Psicologia Generale e, non sempre, alla Psicologia clinica, mentre gli altri settori scientifico disciplinari che compongono lo spettro delle scienze psicologiche sono completamente assenti. Fisioterapisti, infermieri, educatori, ostetriche, assistenti sanitari, logopedisti, riabilitatori psichiatrici, e tanti altri, nonché i laureati in scienze motorie, sono completamente privi dei ruoli dei vari settori psicologici che il legislatore ha previsto nel rispettivo curriculum. I relativi insegnamenti, prescritti per legge, sono ricoperti fittiziamente con personale improprio e provvisorio. La situazione formativa è pertanto disastrosa. Quando in una facoltà medica si decide di assegnare le magre risorse all'istituzione di una nuova cattedra, la scelta cade su una disciplina medica o biologica, non su una psicologica, anche se quest'area è la più carente. Non esiste in nessuna facoltà medica italiana alcun ruolo di Psicologia dello Sviluppo, o di Psicologia Sociale, o di Psicologia Dinamica, tanto per fare esempi delle materie che più il legislatore ha voluto introdurre nelle nuove lauree sanitarie. Molte delle quali sono diventate quinquennali, "specialistiche", come per gli infermieri, per le ostetriche e per altre, e laureeranno pertanto dottori "magistrali". La percentuale di ruoli psicologici rispetto al numero di discipline psicologiche che figurano sulla carta si aggira in tutta Italia tra 1-2 %. E del resto, purtroppo, la percentuale dei ruoli totali delle facoltà mediche rispetto agli insegnamenti attivati non supera il 5%. Ciò suona a discolta dei medici, nei confronti degli psicologi: le risorse sono poche ed è giusto che vadano alle fondamentali materie mediche e chirurgiche. Tuttavia tutto questo fa perdurare le misconcezioni descritte e comunque la formazione psicologica, effettiva, che sarebbe necessaria per il medico, e che, pur tanto a parole proclamata, viene in tal modo rimandata.

3) Chi sono i formatori?

Nella situazione che si è creata, logico appare chiedersi chi siano i docenti che vengono in questi modi a trovarsi reclutati, e che competenze abbiano e come possano fungere da formatori per i futuri operatori sanitari; molti dei quali –non si dimentichi– a loro volta potrebbero diventare i dirigenti che orienteranno la futura organizzazione universitaria e dei Servizi. C'è inoltre da chiedersi quali semi i suddetti docenti gettino, perché lo spirito universitario attuale si districchi dalle

misconcezione verso il sapere psicologico, conosca adeguatamente cosa sono le diverse discipline psicologiche e si possa così apprezzarne il peso per la formazione degli studenti.

Succede che, nella migliore delle ipotesi, un docente di psicologia si accoli tre, quattro, cinque e oltre insegnamenti; e li “accorpi”. Ciò vuol dire che fa la stessa lezione a medici così come a educatori, o a studenti di scienze motorie. Ma se si pensa alle esigenze delle diverse figure professionali, l’escamotage è del tutto aberrante. Altrove ho discusso sulla necessità di costituire diversificate discipline psicologiche sanitarie (Imbasciati, Margiotta 2004). Oppure si procede a supplenze per materie affini: un docente di Psicologia Generale farà, per esempio, anche la Psicologia Clinica; spesso “accorpando”. Frequentemente uno psichiatra farà Psicologia Clinica; o anche – può succedere – che un’internista se la veda assegnare, con la “dichiarazione di affinità” deliberata (dura necessità!) dal Consiglio di Facoltà. Ed ancora, e più ancora, si ricorre ai “contratti”: professionisti esterni, per esempio un qualunque psicologo, può diventare “professore”, a contratto annuale. Ovviamente molti di questi psicologi sono felici di diventare di colpo “professore universitario”, anche se sono pagati solo simbolicamente (press’a poco 1000 € all’anno).

Quali motivazioni, oltre che competenze, potranno avere questi formatori? Le facoltà garantiscono nei verbali che la competenza c’è. Accertata da chi? Da un medico o un biologo, che valuta uno psicologo? E dove trovano costoro il tempo per “valutare”? Ma non è ancora finita: con convenzioni regionali, le Facoltà mediche danno contratti non retribuiti ai dipendenti ospedalieri o delle ASL. Quale psicologo, di quale sperduta ASL di campagna, non sarà felice di poter abbandonare un giorno alla settimana il suo posto di lavoro per fare il “professore universitario”? Naturalmente può essere chiamato a insegnare Psicologia Generale, così come indifferentemente Dinamica, Sociale, o Sviluppo, o Lavoro!

Naturalmente le facoltà, messe di fronte alla suddescritta situazione, negano ogni gravità, e attestano sulla base dei verbali che le competenze per le suddette docenze sono state adeguatamente valutate. Quindici anni fa, quando una qualche valutazione e soprattutto una certa selezione ancora si potevano fare, poiché la sproporzione tra ruoli e precari era agli inizi, con un mio testo (Imbasciati, 1993) avevo denunciato la situazione che si stava aggravando: mi attirai ire, minacce ed altro, dall’allora preside. Le facoltà mediche hanno un loro specifico orgoglio, con cui devono difendere la loro dignità di “dottori”.

Ho dovuto accennare alla disastrosa situazione universitaria, peraltro non specifica dei soli psicologi, per sottolineare nella fattispecie come le suddescritte aberranti idee sulla psicologia, che nei medici anziani che ora governano le università si sono cristallizzate in decenni di assenza di qualunque informazione al proposito, possono tuttora perdurare, e trasmettersi, sommate agli escamotages che la penuria di risorse oggi *costringe* ad aggiungere alle precedenti miscredenze.

Nessuna meraviglia, allora, per il fatto che le riforme (ben fatte!), che hanno introdotto le scienze psicologiche nei percorsi formativi dei medici e di tutti gli altri dottori che si cominciano a sfornare, siano rimaste sulla carta. E che lo spirito delle facoltà mediche sia tuttora impregnato dei vecchi pregiudizi e dei vecchi stereotipi. Così “clinico” suona ancor oggi all’orecchio dello spirito medico come univoco, nel senso attuale che esso ha in medicina, e in quanto univoco si pretende attribuirlo anche alla Psicologia Clinica.

Perdura poi un’altra serie di equivoci. C’è una malintesa Psicologia Medica, identificata con la Psicologia Clinica e, in virtù dell’aggettivazione medica, creduta attribuibile legittimamente ai medici: si tratta di una psicologia che sarebbe “naturalmente” posseduta dai medici, purché la loro “sensibilità” sia stata corroborata da impegno e buona volontà; se praticata da uno psicologo, si pretende da costui che si adegui alla concezione che di questa disciplina hanno i medici, ovvero che debba risolvere i “problemi psicologici” di qualche loro paziente: questi “problemi” sono poi problemi dei medici, di fronte a pazienti che da loro esigerebbero maggior spazio e attenzione di quanto la prassi attuale dei servizi assistenziali comporti e l’organizzazione di essi permetta. A parlare di una Psicologia Medica centrata sull’operatore anziché sul paziente, si sollevano enormi resistenze (Imbasciati, 1993, 2006c), emotive e anche razionali; l’organizzazione inoltre, di fatto non lo permette.

Dal precedente groviglio di malintesi scaturiscono poi conseguenze istituzionali, anche legislative, a livello nazionale: si veda la recente istituzione di una Specializzazione in Psicologia Clinica

incardinata in Medicina e accomunata in un tronco comune a Neurologia, Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria: il “tronco comune” limita la formazione scientifica specifica degli specialisti di Psicologia Clinica, a vantaggio di competenze che sono proprie, invece, delle specializzazioni più propriamente mediche. Ciò contribuisce al mantenimento di tutti i suddescritti malintesi.

4) Le categorie mediche

Collegabili all'equivoco di “clinico” permangono altri malintesi, per esempio sull'uso e il significato di concetti come normalità/patologia, malattia, diagnosi, terapia, psicoterapia; nonché permane un concetto di causalità lineare sotteso a quello di eziologia e patogenesi; e sul termine stesso di paziente: è l'ammalato davvero, come nell'etimo, “colui che patisce”? Oppure è un semplice utente alla cui aspettativa bisogna in qualche modo corrispondere? O, forse, è soltanto un numero di “un letto”. L'argomento è vasto e complesso e ha dato origine a numerosi diatribe (Imbasciati, 1993, 1994; Turchi, Perno, 2002), sull'essenza della psicologia clinica (Imbasciati, 2004, 2005) e i suoi rapporti con la medicina (Imbasciati, Margiotta, 2004).

In psicologia “clinico” indica essenzialmente un processo di presa in carico che comporta una conoscenza del singolo individuo, nella sua storia e nella sua struttura, che non si può giovare di tipologie (invano tentate nel passato) e che si applica sia al “normale” che al cosiddetto patologico. In questo processo, la relazione che si struttura tra chi conosce e chi è conosciuto assume sempre e comunque un valore di intervento, ma non in relazione ad una specifica sindrome (supposta “patologia”), bensì in relazione ad una ristrutturazione della personalità. Data l'irripetibilità del singolo, normale o patologico che venga giudicato, il processo di conoscenza, strettamente idiografico, ha tempi ben più lunghi che in medicina e non può prescindere da un personale rapporto intersoggettivo, che si stabilisce tra soggetto conosciuto e operatore; ed è il tipo di rapporto intersoggettivo che contemporaneamente funge da conoscenza e da terapia. Ovviamente occorre che l'operatore sia uno psicologo clinico scientificamente formato in modo adeguato.

Per le suddette ragioni, in psicologia anziché parlare di diagnosi, richiamandosi al senso medico, si ritiene preferibile riferirsi ad una dia-gnosis, nel senso etimologico del termine, cioè “conoscenza attraverso” (Imbasciati, Margiotta, 2004 cap. 5). Un tal processo potrebbe essere chiamato, se non si vuol ricorrere all'esoterico “assessment”, “*valutazione*”, ma il termine potrebbe essere frainteso, in senso pedagogico, o etico-morale, e metterne in ombra l'essenza specifica di una conoscenza individualizzata ed espansa nel tempo, che comporta una relazione e che intrinsecamente contiene una presa in carico; e dunque sempre un'interazione terapeutica, piuttosto che iatrogena; come può purtroppo anche avvenire. L'intervento dunque non rimanda a tecniche specifiche che agiscano così come agiscono i farmaci, bensì è intrinseco alla relazione, nel bene o nel male. In psicologia si può parlare di terapia, di “cura”, ma in un senso molto diverso che in medicina, e cioè come di una diretta conseguenza ad un precedente ma anche concomitante processo di conoscenza: conoscenza “emotiva”, la cui complessità è stata oggetto di vaste ricerche (Imbasciati, 2005b, 2006a). Il tipo di tale conoscenza determina la qualità della “cura”, cioè il tipo di effetto che la presa in carico produce nel contesto dell'operatore e dell'utente.

In medicina la conoscenza delle malattie è preconstituita, nel senso che una precedente gran messe di studi ha individuato le diverse malattie: si può pertanto procedere alla terapia in relazione alla malattia individuata: di qui il valore della diagnosi e della nosografia medico-chirurgica. Di conseguenza l'intervento può essere praticato in modo relativamente staccato dal processo diagnostico, una volta che la diagnosi sia stata individuata. In psicologia non hanno valore eventuali tipologie di riferimento, che, una volta individuate, indichino il tipo di terapia da seguire: conoscenza e terapia si sovrappongono, in una infinità di situazioni interpersonali, così come irripetibile è ogni singolo individuo. In psicologia dia-gnosis, qualità della relazione e possibilità di modulare la situazione del soggetto sono un tutt'uno. A rigore non si potrebbe parlare di cura, *sensu strictiori*, soprattutto operando su soggetti che più o meno rientrano nel *range* della cosiddetta normalità (ancor più se l'obbiettivo è quello di promuovere la salute), ma soltanto di presa in carico, di un “prendersi cura di”. Fuorviante può essere anche parlare di intervento, giacché tale termine contiene un'azione programmata e preordinata dell'operatore sul paziente, in

una interazione transitiva (Imbasciati, Margiotta, 2004), che vede l'operatore attivo e il soggetto passivo (*compliance*): una terapia psichica non può concepirsi come transitiva, tanto meno prescrittiva; essa è sempre una interazione intersoggettiva.

Psicologia Clinica significa allora conoscenza della psiche del singolo soggetto attraverso una relazione intersoggettiva, che impegna una "soggettività attrezzata" di un operatore per sviluppare una migliore soggettività dell'utente. Il concetto di "soggettività attrezzata" sottende la specificità della formazione scientifica che si richiede ad uno Psicologo Clinico, con specifici percorsi formativi personalizzati. Uno psicologo clinico non si costruisce con la semplice esperienza professionale di un laureato in psicologia che operi nei servizi. A maggior ragione se la sua operatività terapeutica si declina in una qualche precisa psicoterapia. Una tale operatività riscontra oggi in Italia un misto di abusi, più o meno legalizzati, e di enorme confusione, sia quando viene praticata da psicologi, sia ancor più quando pretende di essere praticata da altri professionisti, medici inclusi.

Nella situazione attuale italiana, dal punto di vista culturale, scientifico (o pseudo), organizzativo, assistenziale, la Psicologia Clinica è pertanto terra di equivoci e di "invasioni": altri professionisti, se non forse tutti coloro che si dedicano all'assistenza, pensano di poter fare lo psicologo, e con tal termine intendono lo psicologo clinico. Tutti siamo un po' psicologi! Evviva! Basta metterci buona volontà, e "sensibilità"! Tal ultima parola comprende e nasconde tutto. E anche in seno ai laureati in Psicologia regnano confusioni. Sembra che le contaminazioni che regnano tra i medici si siano propagate anche nelle Facoltà di Psicologia e nei nuovi psicologi. Molti intendono che una psicologia clinica, per essere scientifica, debba essere essenzialmente (forse soltanto) basata su prove sperimentali: non la sperimentazione sul campo, ma quella in laboratorio. Una malintesa oggettività si tramuta in oggettivismo ed espunge il processo di validazione della soggettività dell'operatore (Imbasciati, Margiotta, 2004 cap. 1, 6, 22). C'è un dibattito interno, tra gli psicologi: tra quelli a orientamento biologistico e quelli che invece valorizzano la soggettività, del paziente e dell'operatore nella reciproca intersoggettività, come strumento principe dello psicologo clinico; strumento, ovviamente, che deve essere costruito e tarato in ogni operatore attraverso la sua formazione. Ma una tale formazione viene incrementata? O piuttosto progressivamente mortificata? L'orientamento biologistico, che si sta diffondendo tra alcuni psicologi, non è forse una scorciatoia per evitarla? E per accodarsi opportunisticamente all'andazzo medico, o meglio organizzativo-sanitario. Tra un *impact factor* e una deviazione standard, stiamo avviandoci a una psicologia senz'anima? (Figà Talamanca, 2004; Colucci, 2004; Imbasciati, 2006c).

5) Nelle facoltà di Psicologia

Tra gli psicologi e nelle facoltà di Psicologia si sta verificando un processo di disumanizzazione che colpisce quelle discipline che più dovrebbero entrare in contatto con la soggettività umana; e cioè quelle solitamente comprese nei settori MPSI04, 05, 07 e soprattutto MPSI08, ossia la Psicologia Clinica. Il processo sembra sintonico e omologabile con quanto permea le facoltà mediche e forse collegabile con un certo spirito medicalistico straripante dal suo alveo nelle zone altrui, tuttavia vi si possono scorgere ulteriori radici, forse preoccupanti. Si assiste nelle facoltà di psicologia in questi ultimi anni ad un progressivo emergente e sommergente attribuzione di valore alla sperimentazione, o meglio, a quegli studi psicologici che operano in laboratorio, in collegamento con la biologia, la neurologia, la fisiologia, in genere le neuroscienze: si tratta delle discipline definite psicobiologiche e psicofisiologiche; discipline pregevolissime, indispensabili al progresso globale di tutte le scienze psicologiche. Tuttavia questa "emergenza", al riparo di un'egida di scientificità "pura", sta mettendo in ombra l'importanza di quelle altre discipline che operano, non tanto in laboratorio, ma "sul campo", e sul vivo delle persone, e dei gruppi, delle collettività, la cui ricerca sperimenta, sì, ma nelle condizioni naturali in cui si possono "osservare" gli umani e le loro condotte; e soprattutto tale emergenza svalorza le discipline che comportano la presa in carico, effettiva e continuata, di persone. Tale "messa in ombra" si traduce in una mortificazione dello sviluppo della Psicologia Clinica (in minor misura della Psicologia dello Sviluppo della Dinamica, e della Sociale), in quanto le risorse, già magrissime nella situazione italiana, in conseguenza della sperequazione di valore a svantaggio di queste discipline a più

diretto intervento, convogliano altrove le poche risorse, a vantaggio invece dei settori (di solito MPSI 01, 02, 03, forse 06) di discipline che operano con gli strumenti "esatti" del laboratorio.

Come questo succede? Ovvio che, quando le risorse sono poche, vari gruppi se le contendano: in carestia ci si azzuffa. Ovvio anche che ogni settore tiri l'acqua al suo mulino. Ma quello che sta succedendo è che i docenti di psicologia che non hanno l'incombenza di una presa in carico, di pazienti, di gruppi, di istituzioni, con tutti gli impedimenti (per esempio la scansione dei tempi delle psicoterapie) che l'assistenza comporta, meno hanno tempo (e meno possono approfittare del tempo giusto) per gettarsi nella zuffa a fare valere il loro peso; e ad aggiudicarsi qualche risorsa. Le psicologie "laboratoristiche" si appoggiano d'altra parte a una tendenza che sta permeando tutto il mondo scientifico e operativo che si occupa della salute mentale: intervenire con mezzi evidenti, concreti, apprezzati dalla maggior parte della gente, e soprattutto rapidi. Efficaci? Sì, l'efficacia deve essere "dimostrata", ma la dimostrazione deve essere a breve termine e traducibile in termini numerici. Accade allora che la cosiddetta medicina basata sull'evidenza molto spesso mostri dati che sono circoscritti e a breve termine. Molti psicologi seguono questa tendenza, la quale va incontro alle aspettative della maggioranza degli utenti e rende più facile (anche economicamente) l'opera di questi psicologi, e senz'altro più "comoda". Le aspettative della gente d'altra parte, sono create dalla cultura attuale, che coi suoi ritmi competitivi e frenetici e lo sbandieramento dei mass media ha inculcato nella gente l'idea che "la Scienza" oggi può fare tutto, subito, presto.

C'è un circuito vizioso allora, tra cultura attuale, coi suoi stereotipi, media, ritmi di vita, e la ricerca scientifica, soprattutto nelle sue applicazioni, con una conseguente idealizzazione selettiva di aspetti parziali, consoni alla cultura stessa. In altri termini c'è una sorta di imperativo collettivo strisciante: "bando alle chiacchiere sugli affetti, l'intimità umana, il valore di una relazione effettivamente interpersonale! Oggi la Scienza può fornire interventi concreti, evidenti, oggettivi, rapidi, per la salute mentale". La qual salute, poi, è tutta da intendersi: se sia davvero "salute mentale", o un assetto mentale consono alla cultura della maggioranza²; se la salute sia davvero promossa, o se ci si limiti a intervenire a correggere qualche "stortura", o qualche deficit più evidente.

Tutti i suddetti fattori concorrono a far sì che nelle facoltà di Psicologia si stia creando un clima per cui la Psicologia Clinica che "vale", quella davvero "scientifica", è quella che si avvale del laboratorio, delle neuroscienze, della biologia. Il tutto a scapito della formazione dei futuri psicologi. Questi infatti escono dalle facoltà con una certa idea della Psicologia Clinica, che questa sia, per loro e per altri, quella che più specificamente è denominata Psicofisiologia Clinica, più in generale, Psicobiologia e Neuropsicologia. Qui concorre un'ulteriore mistificazione: nelle declaratorie della classificazione ministeriale italiana dei settori scientifico-disciplinari è stata contemplata la denominazione di "Psicofisiologia Clinica" entro il settore MPSI08. Questa aggettivazione di "clinica" obbedisce però a quel concetto medicalistico di "clinico" che qui abbiamo criticato, e che riteniamo nuocere a uno sviluppo autonomo della Psicologia Clinica rispetto alle scienze mediche. L'inclusione della suddetta denominazione all'interno della declaratoria di quanto burocraticamente è definito Psicologia Clinica (forse voluta ad arte?), ha prodotto sia un travaso di docenti dai settori M PSI 01 e M PSI 02 nel settore M PSI 08, sia in conseguenza un grosso irrobustimento di quell'atteggiamento, qui esaminato, per cui si proclama che solo una psicologia clinica basata sulle neuroscienze è quella davvero scientifica: gli altri approcci sono disprezzati e le loro metodologie negate.

Questi e quelle, in realtà, sono soltanto più difficili da conseguire. E sono pochi quelli che davvero li conseguono; mentre chi afferma un po' presuntuosamente di averli conseguiti (e non sono pochi!) si presta a diventare carta vincente nelle mani degli "psicobiologi".

Tutte queste dinamiche collettive avvengono - qui è il tragico - in perfetta buona fede di chi le propugna. Questa buona fede può spesso produrre una intolleranza verso orientamenti e metodi diversi. Così anche all'interno del settore M PSI 08 stanno avvenendo prevaricazioni.

² Qualche psicologo ricorderà la vecchia diatriba degli anni '50 sul concetto di adattamento: "success"? oppure "process"? (Lazarus, 1961).

6) Quale futuro per la Psicologia Clinica?

In alcune facoltà sta accadendo che per spartire le magre risorse, si assegnino punteggi alle produzioni scientifiche secondo criteri stabiliti da apposite commissioni: questi punteggi determinano se una certa cattedra ha un minimo di fondi per proseguire alla meno peggio la ricerca, oppure se si deve rinunciare. Ma queste commissioni sono formate da docenti che, per le ragioni sovraesposte, più propugnano un orientamento biologistico della psicologia clinica. Il risultato è che le cattedre di altro orientamento vengono a languire, che la loro produttività viene mortificata; se non condannata a morire. Può così per esempio accadere che un breve articolo di impronta psicobiologica pubblicato su rivista ad alto impact factor valga dieci volte un buon volume di un'"altra" psicologia clinica.

Il discorso, allora, che nei precedenti paragrafi ho svolto per svincolare la psicologia clinica dall'asservimento ai parametri delle scienze mediche, e forse destinato a perdere? Se tra gli psicologi, e nelle facoltà di Psicologia, la scientificità è intesa in un certo modo qual descritto, consequenziale è che il concetto di clinico, in psicologia, sia omologato a quello che si ha nelle scienze mediche. Di conserva vanno altre omologazioni di altri concetti: normalità/patologia; malattia; diagnosi; terapia e via dicendo. E così pure sarà semplicato, superficializzato fino a snaturarlo, il concetto di relazione interpersonale nel rapporto terapeutico: medico/paziente? Psicoterapeuta/paziente? Quale "contatto"? Si dirà che basta parlare, dire le cose giuste al paziente perché questi si chiarisca le idee, che basta istruirlo, pedagogizzarlo, prescrivergli il rimedio giusto.

E se poi il paziente non farà quel che al terapeuta è apparso chiaro ed è stato esplicitato? E che il paziente stesso ha dichiarato appropriato? Se questo paziente si troverà a dire "non faccio quel che voglio, ma mi ritrovo a fare quel che non volevo!"³ Si interverrà allora, forse, farmacologicamente, nei casi in cui la forza degli affetti e delle emozioni non è stata *debellata* dai chiarimenti sulle strategie cognitive interne. Mi auguro che un siffatto eventuale successo sia a lungo termine. Ma non è facile crederlo.

Il circuito si chiude. Quali psicologi avremo in futuro? Quali psicologi clinici? Comporterà la loro professione una effettiva presa in carico? Un caring e non un curing, inevitabilmente medicalistico. E quale sarà la concezione della Psicologia Clinica? Quale il suo statuto e il suo ruolo tra le scienze che si occupano della salute? E poi, cosa sarà questa "salute"?

Il lettore perdonerà il mio trasparente pessimismo. Spero di sbagliarmi. E sull'onda di simili considerazioni, che anni fa si è costituito il "Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane". Il suo Statuto fu studiato appositamente per definire la Psicologia Clinica, che, pur nella pluralità dei suoi indirizzi, deve essere preservata da orientamenti propri di altre discipline; e per garantirne un'autonomia, per la ricerca ma anche di conseguenza per la professionalità. Non so quale sarà il futuro di tale associazione: dipenderà dal grado in cui essa sarà più o meno permeata dal travaso di docenti che, provenendo da altre aree scientifiche, cambieranno, piuttosto che preserveranno, i connotati di quanto sarà chiamato Psicologia Clinica.

Bibliografia

Colucci, F. (2004). All'universo noto e in altri loci ancor: Riflessioni dissonanti sull'internazionalizzazione della ricerca in psicologia. *Giornale Italiano di Psicologia*, 31 (1), 219-228.

Figa' Talamanca, A. (2004). *Università Notizie*. Bollettino USPUR, n. 1, pp. 16-18; n. 2, pp. 5-11.

Imbasciati, A. (1993). *Psicologia Medica: Ambiguità dei medici italiani e fondazione scientifica delle discipline*. Napoli: Idelson.

Imbasciati, A. (2004). *Gli equivoci delle psicoterapie*. Presentato al convegno del Collegio dei Professori e Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane, Ischia.

Imbasciati, A. (2005). *Strutture emotive nello psicologo clinico*. Presentato al convegno del Collegio dei professori e dei ricercatori delle Università Italiane, Ischia.

Imbasciati, A. (2006a). *Il sistema protomentale*. Milano: LED.

Imbasciati, A. (2006b). *Constructing a Mind*. Londra: Routledge.

Imbasciati, A. (2006c, febbraio). *Fornari pioniere nella rivoluzione psicoanalitica: La sua opera attraverso l'università*. Presentato al convegno Burn Out, Bari.

Imbasciati, A., & Ghilardi, A. (1993). *AIDS: Psicologia Medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.

Imbasciati, A., Margotta, M. (2004). *Compendio di psicologia degli operatori sanitari*. Padova: Piccin.

Lazarus, S.R. (2001). *Adjustment and Personality*. New York: Mc Graw Hill.

Turchi, G. P., & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Padova: Upsel Domeneghini.

Rossi, N. (2005). *Psicologia Clinica per le professioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino.

Spagnoli, G. (2005). *L'età incerta e l'illusione necessaria: introduzione alla psicogeriatrica*. Torino: UTET Libreria.

³ Potremmo citare S. Paolo, e S. Agostino.

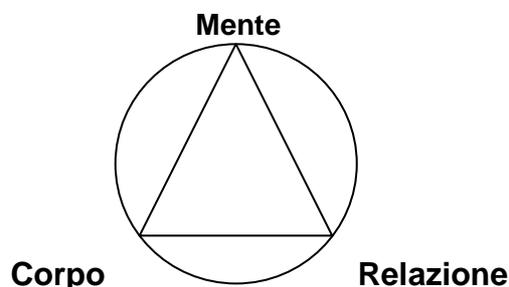
La psicologia clinica

di Marie Di Blasi* – Girolamo Lo Verso**

Come immaginiamo sia accaduto ad altri riflettendo sul tema ‘La psicologia clinica’, ci siamo sentiti un po’ smarriti. Abbiamo letto la definizione proposta dal nostro collegio, ben fatta di per sé, e la cosa non è molto migliorata: la nostra ambizione epistemologica è uscita barcollante da tanta ampiezza. Proveremo, quindi, a contribuire con alcune riflessioni limitate, discorsive e dialogiche.

Ci troviamo oggi a condividere una concezione più ampia dello sviluppo della mente, all’interno della quale i fattori psichici (nella loro ampiezza sia intrinseca che di sguardo conoscitivo che su di essi si pone) possono essere guardati con più competenza clinica e in un’ottica relazionale attraverso il contributo di vari modelli psicologico-clinici (analitici, cognitivi, sistemico-relazionali, psico-somatici, ecc) e con l’integrazione di altri campi disciplinari (antropologia, neuroscienze, *infant research*, ecc).

In questa direzione, ad esempio, il modello mente-corpo-relazione con il quale da anni cerchiamo di creare un modello che aiuti un pensiero clinico complesso, ci sembra abbia fatto dei passi avanti verso una più piena maturità disciplinare, che ci rende meno difficile il compito di padroneggiare la complessità.



Accanto al ruolo tradizionalmente accordato alla neurotrasmissione sinaptica (Siegel, 2001), recenti studi delle neuroscienze (Pert, 2000), segnalano la presenza di un più diffuso e parallelo sistema extra-sinaptico (neurotrasmissione peptidica) che rappresenta il substrato biochimico delle emozioni. Nelle ipotesi della nota biologa Candance Pert, la possibilità di percepire ed esprimere liberamente le emozioni crea un equilibrio psicosomatico dinamico ed integrato che corrisponde ad uno stato di benessere vitale della persona. Quando invece le emozioni sono represses, le vie biochimiche si ostruiscono bloccando il flusso di sostanze chimiche vitali per la nostra salute fisica e mentale. Alla luce di queste suggestive scoperte che segnano il definitivo tramonto dell’inutile dicotomia mente/corpo, risulta attendibile sia ritenere che tutte le malattie possano essere considerate ‘psicosomatiche’, sia affermare la centralità della dimensione *relazionale* che costituisce lo scenario reale ed immaginario all’interno del quale la nostra vita emotiva si dispiega (Lo Coco, Lo Verso, 2006).

Il raccordo tra queste problematiche e la pratica clinica è così forte da creare quasi una sovrapposizione di metodi, di prospettive, di oggetti di lavoro.

In un certo senso, psicologia clinica è in primo luogo *metodo psicologico-clinico*, e cioè una pratica che si dispiega all’interno di contesti relazionali definiti dalla soggettività dei clinici e dei loro pazienti, dalle realtà relazionali che si creano fra di loro, dai mondi da cui provengono, dalla cultura – antropologicamente intesa – in cui sono immersi, dagli obiettivi che si pongono, all’interno di setting creati come *situazioni relazionali* dove ciò che accade può essere vissuto emozionalmente, pensato e dotato di senso.

In quanto tale, il metodo psicologico-clinico è un metodo relazionale che ha un suo specifico disciplinare che non mostra molte condivisioni con discipline confinanti, con le quali invece presenta aspetti di forte integrazione a livello conoscitivo e spesso riguardo gli oggetti di lavoro.

Condividiamo con Carli la convinzione che la psicologia clinica sia *scienza della relazione*, ma sentiamo l’esigenza di una definizione che includa in modo più esplicito tra i suoi oggetti di analisi,

* ricercatrice Università degli Studi di Palermo

** Professore ordinario di Psicologia clinica Università degli Studi di Palermo

la relazione in atto nel momento dell'incontro, i partecipanti della relazione, i mondi relazionali interni ed esterni in cui essi hanno vissuto e vivono, il contesto relazionale ed istituzionale in cui la situazione relazionale si dispiega.

Condividiamo anche l'asserzione del nostro regolamento in cui si definisce la psicoterapia come l'ambito che più caratterizza la psicologia clinica; tuttavia, pur riconoscendo che i due ambiti hanno considerevoli scambi ed integrazioni, riteniamo che non vadano sovrapposti.

La psicologia clinica dispone di quadri teorico-metodologici e di campi di applicazione decisamente più ampi. In essa concetti importanti anche per la psicoterapia quali quelli dell'analisi della domanda, il campo, il contesto, le istituzioni, diventano imprescindibili. Temi quali il disagio, la diagnosi, il sociale, le relazioni interpersonali, diventano per la psicologia clinica il diretto campo di lavoro e di ricerca. Senza questi produttivi contributi, sarebbero impensabili gli interventi clinici nelle nuove frontiere del lavoro clinico-sociale come, ad esempio, le relazioni d'aiuto nel lavoro di strada, gli interventi con adolescenti a vario titolo in difficoltà (antisociali, istituzionalizzati, etc), configurazioni cliniche inedite che sempre più frequentemente ci impegnano nella costruzione di 'nuovi setting' che se condotti attraverso consapevoli ed adeguate formazioni di tipo clinico-terapeutico, possono produrre innovazioni e conoscenze stimolanti anche per la riformulazione di teorie e tecniche. Senza un approccio psicologico-clinico ampio, non avremmo certo potuto studiare, per quanto ci riguarda, la *psiche mafiosa* né comprendere le connessioni tra mafia, mondo interno e familiare, sociale e dimensione antropologica (Lo Verso 1998; Lo Verso, Lo Coco, 2002).

Pur essendo di recente anch'esso utilmente ibridato da conoscenze provenienti da altri campi conoscitivi, riteniamo che il lavoro psicoterapeutico, di contro, debba essere definito come un ambito più *ristretto e specifico*.

La psicoterapia è una pratica di cura mirata al benessere delle singole persone e in quanto tale richiede di assumere per certi aspetti ottiche e responsabilità di tipo sanitario. Questo non vuol dire che la psicoterapia, e ancor meno la psicologia clinica, agisca con metodi e prospettive epistemologiche di tipo medico-obiettivistico. I suoi oggetti di lavoro sono la relazione, la soggettività, i vissuti, le emozioni, i significati; né essa può utilmente ricalcare, come sottolinea Carli, la 'mimesi ortopedica' nell'intento di ridurre nelle persone lo scarto tra un funzionamento problematico e un adattamento a modelli di funzionamento socialmente condivisi.

Tuttavia, la psicoterapia, per come la intendiamo a partire dalla nostra pratica quotidiana, non è nemmeno, per le persone che vi ricorrono, l'ambito relazionale in cui si realizza soltanto l'esigenza di un'esperienza esistenziale, di un percorso di conoscenza personale ricco e stimolante. Le persone che si rivolgono a noi mostrano, con livelli diversi di intensità e consapevolezza, sofferenza, malattia, disagio mentale caratterizzabili come disturbi relazionali - legati ai mondi interni e familiari - che intrappolano il loro sviluppo e la loro vitalità, che impediscono loro di avere, di vivere, di sentire le relazioni con gli altri in modo autentico e soddisfacente con conseguenze di limitazioni e sofferenze psichiche.

Riteniamo di relativo interesse stabilire se e in quale misura questi disturbi relazionali siano riconducibili a categorie diagnostiche di tipo psichiatrico; a nostro parere, ciò che caratterizza l'approccio psicologico-clinico alla sofferenza come più adeguato, è la capacità di focalizzare lo sguardo, attraverso la relazione terapeutica co-costruita con il paziente, su quegli aspetti del mondo interno e familiare connessi e implicati nella genesi della sofferenza stessa. È attraverso questa lente, incessantemente calibrata dalla relazione terapeutica, che le problematiche relazionali rigide, intrappolanti, invasive e, quindi, patologiche della sofferenza prendono senso aprendo la strada alla possibilità di un più o meno evidente recupero della vitalità psicologica e relazionale della persona.

Il concetto di *cura* e quello di *guarigione*, fuori dai quadri epistemologici della medicina, rimangono, in questa prospettiva, cardini imprescindibili che indirizzano la pratica psicoterapeutica, la sua etica e i suoi obiettivi.

All'assunzione della funzione di cura rispetto alla sofferenza mentale e alla conseguente assunzione di responsabilità terapeutica, colleghiamo, altresì, il nostro interesse per la ricerca e per la valutazione e l'importanza che accordiamo ad alcune caratteristiche dei percorsi formativi.

Iniziamo dalla valutazione per ribadire in modo conciso la nostra nota posizione di chiusura e disinteresse verso piani di ricerca orientati da logiche riduttive ed obiettivistiche, nonché verso la

manualizzazione dei trattamenti che di queste logiche, coniugate con interessi economici, raffigurano il risultato.

Negli ultimi due decenni non è possibile negare che la diffusione di progetti di ricerca di valutazione delle psicoterapie all'interno della nostra comunità scientifica abbia contribuito, direttamente ed indirettamente, a dei cambiamenti significativi che riguardano molti aspetti del lavoro terapeutico, ma anche del lavoro clinico più in generale.

Innanzitutto un cambiamento culturale ravvisabile in una aumentata capacità di dialogo, confronto, scambio tra modelli e teorie differenti spesso facilitata dal doversi confrontare non solo su evidenze empiricamente fondate, ma anche su dati contraddittori, incerti e difficilmente interpretabili, su questioni che rimangono aperte.

Prendiamo, ad esempio, il problema dei 'fattori comuni o aspecifici': al di là di un iniziale turbamento, il tema consente a tutti di ripensare alcuni luoghi comuni di cui per lungo tempo ci siamo nutriti, come il fatto che l'importanza accordata al mondo interno sia una questione che riguarda soltanto gli analisti o che l'attenzione ai sintomi sussista solo nelle terapie cognitive.

Il confronto intersoggettivo sui temi della ricerca, ha aiutato la comunità scientifica negli ultimi decenni a pensare alla psicoterapia come una *scienza specifica* che si caratterizza innanzitutto come *metodo di cura* che come tale deve essere in grado di comunicare con chiarezza, rendere ostensibili metodologie, obiettivi e risultati.

La questione della responsabilità della cura aiuta a nostro avviso i terapeuti a porsi in modo più consapevole il problema dell'efficacia, delle indicazioni, dei risultati e quindi un'*attenzione etica* verso ciò che realmente si fa, su ciò che accade ai pazienti, sui limiti dei modelli, sugli insuccessi delle terapie.

A questa maggiore capacità di guardare se stessi e il proprio lavoro, ha contribuito lo spostamento del focus della ricerca - inizialmente centrata solo sul paziente - verso il setting e il terapeuta, il quale crea e gestisce il dispositivo di cura attraverso cui può leggere la sofferenza del paziente.

In questa direzione, nella nostra esperienza e in quella di molti autorevoli colleghi, si è rivelato utile per la comprensione del lavoro clinico, un superamento della tradizione analitico-psichiatrica che studia il caso centrando l'attenzione sul paziente come se fosse possibile un'ossequazione a-contestuale, per orientarsi a studiare con maggiore cura il *setting*, il dispositivo teorico-clinico e ciò che lo fonda, il fatto che attraverso la costruzione del setting il terapeuta *crea* il suo lavoro ed attraverso questo 'legge' il paziente, la sua storia, la sua sofferenza.

Assumendo questa prospettiva ci è apparso sempre più chiaro che nella psicoterapia il quadro procedurale ha delle caratteristiche specifiche che vanno riconosciute ed esplicitate. *Il setting terapeutico non esiste in natura*: esso è un contesto relazionale artificiale, una costruzione culturale, concettuale, tipica dell'occidente dell'ultimo secolo (da Freud in poi). Come scrive T. Nathan (1996), il setting è un quadro tecnico, un dispositivo totalmente 'costruito' dal terapeuta entro il quale ciò che accade viene concepito *come se fosse 'naturale'*.

Il quadro teorico e quello tecnico hanno proprio la funzione di costruire un dispositivo all'interno del quale ciò che accade nella relazione terapeutica si iscrive in un'operazione di costruzione di senso *indotta* dal dispositivo stesso: *ciò che accade nel nostro lavoro accade e acquista senso proprio perché è all'interno di un setting*. È proprio questo aspetto di costruzione che lo caratterizza come una dimensione che essendo al di fuori delle dinamiche quotidiane, rende possibile la creazione di uno spazio mentale all'interno del quale vengono vissute e condivise vicende psichiche e relazionali significative e profonde.

Tale campo mentale, sia esso gruppale, duale, familiare o integrato non viene definito una volta per tutte, ma si costruisce e si auto-organizza attraverso la rete di comunicazione condivisa tra paziente e terapeuta.

Il quadro procedurale, inoltre, in quanto derivato da specifici vertici teorici, epistemologici e clinici, determina la visibilità e la pensabilità degli eventi che si presentano sulla scena terapeutica: *gli accadimenti stessi mutano la loro conformazione e il loro significato in base al setting in cui si presentano*. Infatti, in funzione di specifici aspetti teorici, metodologici e clinici, ogni psicoterapia focalizza l'attenzione sui modelli di attaccamento, sui conflitti intrapsichici, sulle ideazioni disfunzionali, sulle trasformazioni corporee delle emozioni, sulle relazioni gruppali o familiari, e via dicendo.

Tutto ciò evidenzia ulteriormente l'importanza della capacità del terapeuta di riflettere sui propri modelli procedurali e teorici per meglio adattarli alla situazione terapeutica nei suoi momenti di

evoluzione e trasformazione e per non bloccarne la processualità (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi, Giannone, 1998; Di Nuovo, Lo Verso, 2006).

In questa prospettiva, il nostro gruppo di ricerca ha elaborato nel corso degli ultimi anni alcuni strumenti empirici e clinico-osservativi per la lettura, l'analisi e la visualizzazione di un insieme di variabili che hanno una importanza fondamentale in relazione al processo terapeutico grupppale.

Gli aspetti riguardanti la persona del terapeuta e le caratteristiche della relazione sono importanti temi di indagine che ci consentono di collegare la questione della ricerca con quella della formazione.

Diversi studi recenti hanno, infatti, dato risalto all'importanza dei *fattori soggettivi* implicati nel processo di cura riguardanti la persona del terapeuta: il suo funzionamento psichico e la qualità del suo benessere emozionale, nonché l'interesse che egli prova nei confronti del paziente, emergono come fattori correlati con il buon esito dei trattamenti. Ciò stimola a porre maggiore attenzione alla qualità e al rigore dei percorsi formativi, all'integrazione nei percorsi di contributi teorici e metodologici in grado di implementare la competenza e la capacità degli allievi di osservare il proprio lavoro e di tollerare di essere osservati, di valutare ciò che realmente si fa, gli obiettivi e i risultati raggiunti. Questi aspetti costitutivi della competenza professionale vanno, del resto, a rafforzare gli assetti tradizionali della formazione quali la supervisione e soprattutto il lavoro terapeutico su se stessi che rimane lo strumento principale riguardo al quale le scuole di psicoterapia devono, a nostro avviso, porre un'attenzione rigorosa rifuggendo da pericolose scorciatoie quali quelle di ritenere un equivalente dell'analisi personale un gruppo di formazione di cento ore svolto all'interno della scuola stessa. A questo proposito riteniamo che, alla luce degli studi sull'alleanza terapeutica e sulla persona del terapeuta, anche gli orientamenti più 'tecnici', quali quello sistemico o quello cognitivo, non possano mostrarsi indifferenti alle problematiche personali degli allievi in formazione.

Un'importanza particolare riveste, inoltre, la formazione teorica di base impartita all'interno dei corsi di laurea specialistica che, oltre a comprendere contributi teorici aperti e moderni, deve fornire consapevolezza e competenza epistemologica (in che modo le nostre modalità di conoscere influenzano la conoscenza del lavoro clinico), neurobiologica (le influenze del nostro lavoro sul corpo e viceversa), antropologica (la contestualizzazione del lavoro clinico e dei problemi che in esso si affrontano), organizzativo-istituzionale (la padronanza dei fattori costitutivi del setting, prioritaria nel lavoro clinico-sociale, comunitario, nei servizi pubblici).

Per concludere riteniamo che sostenere la connessione tra clinica, ricerca e formazione, possa contribuire al consolidamento della psicologia clinica come scienza peculiare.

La questione non va certamente posta nei termini del raggiungimento di una mitica "obiettività" della prassi clinica; tuttavia, crediamo che avere a disposizione teorie e metodologie scientificamente accreditate, in grado di produrre conoscenze e risultati qualitativi e quantitativi ricchi, ostensibili e condivisibili, costituisca un grosso aiuto a vantaggio della qualità e dell'efficacia dell'intervento clinico e della sua possibilità di qualificazione scientifica.

Il concetto di scientificità a cui facciamo riferimento è quello di una "prassi aperta al confronto intersoggettivo, che dà definizioni chiare dei concetti e dei postulati, usa procedure leggibili e ripetibili e si avvale di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi teoriche" (Di Nuovo S., 1998). All'interno di questo concetto di scienza, e nel quadro delle riflessioni aperte dal Paradigma della Complessità, la psicologia clinica si qualifica come prassi scientifica, nella misura in cui esplicita i quadri teorici e metodologici che la guidano, indica e descrive, in maniera il più possibile chiara, i suoi oggetti e le caratteristiche che li connotano, il contesto in cui opera e le sue specificità, ma anche indica e descrive il modo di procedere per conoscere o trasformare le realtà su cui opera, quali metodi e quali strumenti intende utilizzare. Su questi parametri è possibile, a nostro avviso, costruire un approccio metodologico per una scientificità rispettosa della complessità degli oggetti qualitativi complessi della psicologia clinica, compresa la psicoterapia. Anche il lavoro psicoterapeutico, infatti, come abbiamo più volte ribadito, se vuole qualificarsi come scientifico deve potere esplicitare quali sono i quadri, i modelli teorici ed epistemologici a cui fa riferimento, definire in modo insieme ampio e dettagliato l'oggetto del proprio intervento, indicare quali obiettivi intende perseguire, quali strumenti utilizzare e per quanto possibile, a quali esiti intende raggiungere.

Si tratta di una scientificità peculiare intorno alla quale riteniamo proficua la costruzione di un confronto approfondito di convergenze e divergenze, limiti e possibilità, all'interno degli orientamenti psicologico-clinici più consolidati.

Queste indicazioni, infine, vogliono contribuire ad un altro aspetto importante per la psicologia clinica nella misura in cui esso concorre a rilanciare l'importanza della *questione etica*: una maggiore consapevolezza epistemologica, metodologica, formativa contribuisce, infatti, a migliorare la presa in carico dei problemi e a formulare in modo più chiaro e corretto il progetto di intervento e/o di cura.

Bibliografia

Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F., (1998). *Valutare le psicoterapie: La ricerca italiana*. Milano: Franco Angeli.

Di Nuovo, S., & Lo Verso, G., (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.

Lo Coco, G., & Lo Verso, G., (2006). *La cura relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Lo Verso, G., (1998). *La mafia dentro*. Milano: Franco Angeli.

Lo Verso, G., & Lo Coco, G., (2002). *La psiche mafiosa*. Milano: Franco Angeli.

Nathan, T., (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Pert, C., (2000). *Molecole di emozioni*. Milano: Corbaccio.

Siegel, D., (2001). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Psicologia clinica: professione e ricerca
di Renzo Carli *

Questo è un nodo avviluppato,
Questo è un gruppo rintrecciato.
Chi sviluppa più involuppa,
Chi più sgruppa, più raggruppa;

Ed intanto la mia testa
Vola, vola e poi s'arresta;
Vo tenton per l'aria oscura,
E comincio a delirar.

La Cenerentola o sia La virtù in trionfo
atto II° scena ottava
libretto di Jacopo Ferretti – musica di Gioacchino Rossini

1. Premessa

Perché interrogarsi, ancora una volta, su cosa sia la Psicologia Clinica?

Nel primo numero di questa rivista (1982), nella sua versione cartacea, diedero una risposta a questo interrogativo S. J. Korchin, L. Ancona e R. Holt; nell'ultimo numero della stessa rivista (1997) si posero il problema G. Trentini, A. Imbasciati, G. Guerra e N. Rossi, G. Montesarchio, S. Salvatore e M. Grasso. Oggi, nel primo numero della Rivista di Psicologia Clinica nella sua forma on line, ne parlano ancora M. Grasso, A. Imbasciati, e Di Blasi con Lo Verso, Cigoli con Margola, Di Maria con Falgares, Carli.

Di fatto, nell'arco di questi anni la Psicologia Clinica ha dato il suo nome a diversi Corsi di Laurea ed a molteplici Scuole di Specializzazione. Ha perso, alla fine degli anni novanta, una battaglia per l'affermazione professionale, cedendo il passo alla psicoterapia ed alle sue varie scuole ed indirizzi. Rimane, comunque, un'area della psicologia importante e di grande interesse. Perché?

Una risposta può essere trovata in ciò che la Psicologia Clinica ha inaugurato ed ha promosso in Europa: l'idea che la psicologia possa assumere non solo una funzione di studio e di descrizione della realtà, ma anche un ruolo di intervento per il cambiamento della stessa realtà. Il termine "clinica", come ricordava G. Guerra nel suo contributo del 1997, si riferisce al malato steso sul letto da un lato, all'atto del chinarsi su qualcuno, per rispondere alla sua domanda, dall'altro. E' al chinarsi, quale atto di intervento, che per lunghi anni si è rivolta la nostra attenzione e la nostra ricerca. Un atto, quello del chinarsi e dell'intervenire, che le scienze umane (sociologia, economia, antropologia) hanno messo da parte, per privilegiare la funzione di conoscenza; riservando l'eventuale intervento, entro la realtà conosciuta e descritta con proprie categorie e propri modelli, al potere del quale si sono fatte consulenti². La Psicologia Clinica (assieme alla Psicopsicologia di matrice francese) ha elaborato propri modelli e metodi di intervento, concernenti individui singoli come anche strutture organizzative, nei più differenti ambiti e settori del sistema sociale.

2. – Per una definizione di Psicologia Clinica come intervento

Queste, in sintesi, le connotazioni salienti dell'intervento psicologico clinico:

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

¹ Guerra G. (1997), Psicologia Clinica e Psicologia Generale, *Psicologia Clinica*, 3, 58-66.

² Anche la Psicologia, in alcune sue forme, si è posta come consulente di un potere organizzativo, al quale fornire informazioni o pratiche utili al perseguimento degli obiettivi del potere stesso: si pensi, ad esempio, alla Psicologia del Lavoro o alla Psicomotricità applicata.

a – l'intervento *risponde ad una domanda* che viene rivolta allo psicologo clinico in base ad un problema, "vissuto" da chi pone la domanda stessa; non ad una diagnosi di un qualche disturbo o disagio esercitata sulla base del mandato sociale

b – l'intervento non ha funzioni ortopediche (guarigione del disturbo, riduzione alla retta via, riconduzione al conformismo delle regole sociali, correzione di deficit), quanto la funzione di facilitare una *analisi della domanda* ed un *processo di conoscenza della relazione* che si istituisce con lo psicologo clinico.

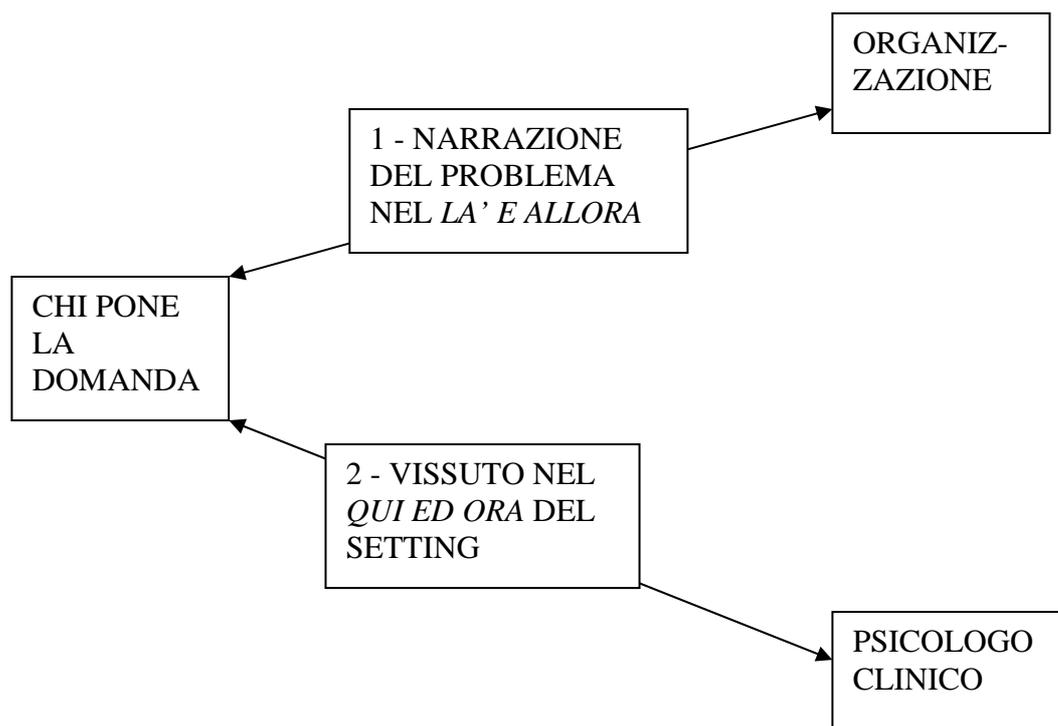
c – l'intervento è volto a promuovere lo *sviluppo* del sistema che ha posto la domanda, rimuovendo quelle dimensioni relazionali difensive che allo sviluppo si oppongono.

d - l'intervento può avere quali *committenti* singoli individui, gruppi sociali, organizzazioni ed istituzioni.

e - non si dà una relazione diretta tra problema che motiva la domanda allo psicologo clinico e teoria della tecnica che fonda l'intervento. In altri termini, le persone o i gruppi sociali si rivolgono allo psicologo clinico perché questi esiste ed è possibile attribuirgli una qualche funzione, sulla base di conoscenze stereotipali, imprecise, fondate su attese fantasmatiche. E' l'analisi della domanda che consente di elaborare la domanda stessa e di dare senso all'intervento, una volta riorganizzata la comprensione del problema.

f – l'intervento si fonda sull'analisi della relazione tra chi pone il problema e lo psicologo clinico.

Questa relazione può essere così descritta:



Chi pone la domanda struttura una relazione che ha due componenti:

A – la *componente narrativa*, ove viene raccontato il problema, quale è vissuto nell'appartenenza organizzativa di chi racconta: un giovane adolescente parla della sua insicurezza nelle relazioni amorose; una madre parla dei problemi che incontra nelle sue relazioni familiari; un primario ospedaliero racconta dei problemi di conflitto tra le varie componenti sanitarie del reparto ed i pazienti o i familiari dei pazienti; i lavoratori di un'area aziendale parlano delle loro difficoltà a realizzare gli obiettivi assegnati, vista l'eccessiva severità del controllo al quale sono sottoposti dai capi; alcuni lavoratori precari parlano dell'assenza di carriera e di speranza che incontrano nel lavoro.

B – la *componente vissuta* nella relazione diretta tra chi pone la domanda e lo psicologo clinico.

E' interessante notare come la scissione tra le due componenti della relazione comporti due modi di intervenire opposti: quello che guarda al problema e lo tratta "cognitivamente", mettendo in secondo piano quanto avviene nella relazione; quello che guarda alla relazione ed alle sue dinamiche emozionali, indipendentemente dal problema proposto, considerato quale pretesto per la relazione stessa.

Siamo confrontati con le due aree più rilevanti della psicoterapia: la psicoterapia cognitiva da un lato, quella psicoanalitica dall'altro. Certo, le cose sono notevolmente evolute dagli albori di queste forme psicoterapeutiche, che si sono molto avvicinate l'una all'altra, in una sorta di ibridazione che vuole tener conto sia della relazione che del problema narrato cognitivamente. Rimane il fatto che l'obiettivo psicoterapeutico può essere situato nel problema narrato da un lato, nella dinamica della relazione, come è vissuta dal paziente, dall'altro.

L'intervento psicologico clinico guarda alla relazione, nel qui ed ora, quale *riproduzione* dei problemi che, chi pone la domanda, vive nel là e allora.

La riproduzione dei problemi entro la relazione, d'altro canto, può essere vista solo se si utilizzano modelli e teorie che concernono la relazione, non solo l'individuo.

E' questo, a mio modo di vedere, un nodo cruciale per la differenziazione dell'intervento psicologico clinico dalla psicoterapia tradizionalmente intesa.

3. – *Un esempio clinico*

Una donna cinquantenne va dallo psicologo clinico perché distrutta dalla scoperta che il marito l'ha tradita, da sempre. Si è dedicata al marito ed ai tre figli per trent'anni; ha sopportato la supremazia del marito in tutto, accettando di farsi piccola per avvalorare la sua *grandeur*. Ha annullato se stessa sull'altare della serenità familiare e della pace entro il focolare domestico, impersonando in modo classico il ruolo parsoniano di chi si assume la funzione di supporto affettivo, lasciando al marito la funzione strumentale di sostentamento, associata al suo potente successo lavorativo. Ed ora scopre che era tutto falso, che il marito ha condotto una sorta di doppia vita, concedendosi avventure e rapporti extra coniugali sin dai primi tempi del matrimonio.

Questa, in sintesi, la storia della paziente. Aggiungiamo che la donna si rivolge ad uno psicologo clinico di un servizio di psicologia che opera all'interno del Servizio Sanitario Nazionale; non chiede una specifica psicoterapia, come potrebbe essere il caso se si fosse rivolta ad uno psicoanalista o ad uno psicoterapista cognitivista entro uno studio privato. La problematica che la donna porta non è quindi il pretesto per accedere ad un'esperienza psicoterapeutica precisa, scelta in funzione del professionista a cui ci si rivolge.

Se guardiamo alla narrazione di questa donna che, nel corso del suo primo colloquio, mostra rabbia e risentimento nei confronti del marito che l'ha imbrogliata ed umiliata, possiamo pensare al necessario cambiamento delle sue strutture cognitive, nella rappresentazione di sé e del marito. Si potrebbe lavorare, ad esempio, sulla percezione di sé della donna, ricostruendone l'autostima. Questo lavoro sarà facilitato nel suo orientamento clinico, se organizzato attorno ad una qualche diagnosi del *disturbo* che la donna presenta con la sua narrazione.

Se guardiamo alla dinamica della relazione e ci fermiamo a questo, possiamo pensare ad un lavoro di interpretazione della relazione di transfert istituita nel rapporto con lo psicoanalista; ove rintracciare problemi che la donna riproduce con l'analista e che ha vissuto con il marito, entro una

idealizzazione della figura paterna vissuta come distante e importante per lei, soprattutto se la si confronta con il ruolo emozionale che ella ha attribuito alla madre, vera e propria persecutrice del padre e dei figli con la sua remissività e il suo vittimismo. Potremmo, anche, fare l'ipotesi che l'idealizzazione del padre abbia condotto la donna ad un'identificazione alla figura di vittima controllante, attribuita alla madre.

Pur considerando la dimensione riduttiva dell'esempio, nel primo caso siamo nel "là e allora" della narrazione; nel secondo, siamo nel "qui ed ora" della relazione transferale.

Proviamo ora ad utilizzare un modello della relazione. Quel modello che da molti anni sto proponendo sotto il nome di collusione.

Pensiamo al modo con il quale la signora organizza la sua relazione emozionale con lo psicologo, quando parla del *tradimento* da parte del marito. Pensiamo al verbo tradire, che etimologicamente deriva dal latino *trans* (oltre, al di là) e *dare* (consegnare). Si può pensare al tradimento come ad un consegnare al nemico la bandiera, una fortezza, una persona od una cosa che, chi tradisce, ha giurato od ha il dovere naturale di difendere. Nel termine tradire, dunque, è implicita una forte condanna per l'atto commesso. Giuda tradisce Gesù nel momento in cui lo consegna al nemico, essendo, lui, un discepolo vincolato da obbedienza e fedeltà. *Il tradimento, quindi, è un evento che comporta una relazione a tre: chi tradisce, chi è consegnato al nemico e una dimensione terza, obbligatoria alla fedeltà, e garante della stessa, che viene tradita, appunto.* Il tradimento non concerne soltanto l'atto del consegnare una cosa amica al nemico, quanto soprattutto il venire meno del patto che il traditore aveva stipulato con una dimensione terza: per Giuda il gruppo dei discepoli; per chi consegna la bandiera o un segreto militare al nemico, la Patria; per il giocatore di calcio che vende la partita all'avversario, la "fedeltà sportiva" per la squadra e così via.

Nelle relazioni amorose, spesso, si parla di tradimento in modo improprio ma interessante sotto il profilo emozionale. Chi si sente tradito, di fatto, implica un terzo entro una relazione che ha a che fare con la coppia, quindi con una relazione duale. Un terzo che funge da testimone e da garante circa il misfatto del tradire; misfatto che non concerne più la persona tradita, quanto il patto preso davanti ad altri sulla fedeltà della relazione. Il matrimonio davanti al sacerdote od all'autorità civile è un buon esempio di questa dimensione terza che funge da garante del patto. Ora, la donna che parla del suo essere stata tradita, non pensa consapevolmente al patto matrimoniale, quanto al suo sentirsi sminuita per non essere stata capace di difendere la relazione con il marito, quindi implicitamente quel patto. Nel sentimento di essere traditi c'è la rabbia per il venir meno del patto, ma anche la crisi della propria autostima, per non essere stati capaci di difendere la relazione. Nel vissuto del tradimento c'è la confusione tra una relazione di coppia (a due) ed una relazione intesa come un patto di fronte ad un sistema sociale garante (a tre). La dinamica collusiva della donna che va dallo psicologo clinico perché si sente tradita, è volta ad investire lo psicologo di questa funzione di garante che può e deve indignarsi per quanto le è stato fatto. Non sembra difficile cogliere come la donna cerchi di controllare lo psicologo, affidandogli il ruolo di ipotetico garante della sua relazione tradita, proprio come cercava di controllare il marito con la sua remissiva e docile accettazione delle pretese di superiorità che il marito le infliggeva quotidianamente. Un marito che accettava il controllo, probabilmente, perché capace di liberarsene tramite altre relazioni meno vincolanti e colpevolizzanti, soprattutto relazioni clandestine che erano tali solo grazie al controllo esercitato dalla donna. Nel tradimento c'è l'assunzione di colpa nei confronti del traditore. Colpevolizzare il traditore sembra una sorta di compensazione emozionale per il torto subito.

Si pone allora un quesito per lo psicologo: quale domanda gli sta ponendo la donna?

Come si vede, interrogarsi sulla dinamica della domanda è diverso che chiedersi quale sia il problema della donna, o se si vuole quale problema *abbia* la donna. In quest'ultimo caso si ipotizza, sin dall'inizio della relazione psicoterapeutica, che la donna sia portatrice di un problema o di un *disturbo*, con la conseguente ipotesi che compito dello psicoterapista sia quello di risolvere

il problema, o meglio il disturbo della paziente. Se ci si interroga sulla domanda, di contro, non è più importante la *diagnosi* nei confronti della donna, quanto il cogliere le *caratteristiche emozionali della relazione* che la donna propone allo psicologo con la sua domanda. Si può allora fare l'ipotesi che la donna si sia sentita "sola e abbandonata" dal marito e che non abbia potuto reggere questa solitudine, risultato di una destrutturazione della relazione di controllo e di dedizione che l'aveva accompagnata per tanti anni. Ricerca, quindi, una compensazione riorganizzando una relazione di condanna del marito quale traditore: a patto che lo psicologo funga da garante del patto che, unica condizione, possa configurare il tradimento del marito e la sua condanna. Come si vede, la nostra ipotesi si è fondata sull'analisi della parola "tradimento" e sul suo uso non legale o giuridico, quanto psicologico. Nulla da eccepire se la donna, con le prove del tradimento da parte del marito, si fosse recata da un avvocato, per richiamare la violazione del patto matrimoniale e per chiederne ragione al marito. Il problema è che la donna, con la sua "accusa di tradimento" è andata dallo psicologo, non da un avvocato matrimonialista. Di qui il problema che nasce dalla domanda: ad esempio, la relazione di controllo che la donna può istituire con lo psicologo, se questi realizza collusivamente una relazione fondata sul lamentarsi della donna per il tradimento e sull'alleanza nel condannare le gesta di tradimento del marito. Relazione che potrà ripetere, anche se in termini diversi, quella che la donna intratteneva con il marito stesso.

Facciamo ora un passo avanti, con un'ulteriore notazione: la donna parla di una relazione ove la dinamica collusiva messa in atto con il marito sembra fondata sul binomio: controllo – clandestinità. Il marito, nelle parole della donna, può vivere rapporti affettivi e sessuali, soltanto se agiti entro una clandestinità resa possibile dal controllo della moglie; quest'ultima sembra ricavare gratificazione dal controllo esercitato sul marito, costringendolo a scappatelle infantili relegate entro la clandestinità. Il fallimento della collusione si è verificato quando la clandestinità è venuta meno e le relazioni extraconiugali del marito sono emerse alla luce del sole. Di qui la rabbia ed il sentimento di fallimento vissute dalla moglie, così come le scuse e la promessa di non fare più queste cose da parte del marito. Si può capire, allora, il bisogno della donna di confidare la sua problematica ad uno psicologo: il suo silenzio precedente aveva reso possibile la collusione controllo - clandestinità, e tutto questo appare ormai chiaro alla consapevolezza della donna, che non può accettare il ripristino dello *statu quo ante*, richiesto a gran voce dal marito. Forse per la prima volta la donna sente il bisogno di una relazione ove l'affettività possa essere pensata e non agita entro dinamiche collusive. Sente, anche, che questo pensiero sulle emozioni non è possibile con il marito, in qualche modo vincolato alla clandestinità trasgressiva quale unica modalità di sperimentare emozioni ed affettività.

Nell'ottica che stiamo proponendo, l'oggetto dell'analisi è la relazione, nelle sue differenti declinazioni, e non la singola persona con le sue caratteristiche diagnostiche o proprie del mondo interno. Se si guarda alla domanda in questa prospettiva è anche possibile individuare le linee di sviluppo della domanda stessa: la relazione descritta nel là ed allora e ripetuta nel qui ed ora del rapporto con lo psicologo, è fondata sulla negazione dell'estraneità. Il controllo dell'altro, così come il lamentarsi, sono modalità che comportano fantasie di *possesso*, non di *scambio* con l'altro entro una relazione di estraneità. Ciò che la domanda pone quale problema di sviluppo è la possibilità, per la donna come per lo psicologo, di istituire una relazione di scambio, ove entrambi possano vivere l'altro nella dimensione di alterità estranea. Entro la relazione di scambio è possibile lo sviluppo di un pensiero su quanto la domanda pone come problema³.

4. – *Caratteristiche della Psicologia Clinica*

Propongo ora alcune considerazioni che, a mio modo di vedere, possono contribuire a caratterizzare la Psicologia Clinica quale intervento entro l'area psicologica generale.

4. 1. - *La Psicologia Clinica è un'area di pratica professionale degli psicologi, prima di essere una teoria della tecnica univoca e univocamente definibile.*

³ Si veda a questo proposito: Carli R., Paniccia R. M. (2003), *Analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna.

Questo avviene in Italia, come nel resto d'Europa e nella maggior parte dei paesi occidentali. Ciò significa che la domanda rivolta agli psicologi, entro l'area "clinica", crea una sorta di stato di fatto che sembra più rilevante delle possibili definizioni della Psicologia Clinica da parte degli psicologi stessi. Differenti persone, gruppi, organizzazioni possono rivolgersi allo psicologo clinico, sulla base dei problemi più disparati. Ciò che conta, è il fatto che la Psicologia Clinica sembra essere un referente sufficientemente chiaro e univoco per questo insieme di problemi. Gli psicologi clinici, d'altro canto, sono la componente maggioritaria entro la professione psicologica. Gli iscritti alle Lauree che preparano alla Psicologia Clinica sono i più numerosi, in moltissime Facoltà di Psicologia italiane. Le ricerche sulla professione degli psicologi mostrano, con regolarità ripetitiva, che l'area clinica è quella maggioritaria, tra gli psicologi che esercitano una professione.

4.2. – La Psicologia Clinica, in quanto area professionale degli psicologi, è sistematicamente identificata con la Psicoterapia.

E' questo un passaggio molto importante, che può essere riconosciuto come una conseguenza della legge 56/89, istitutiva della professione di psicologo in Italia. Nella legge 56/89, ricordiamolo, l'art. 1 definisce la professione di psicologo, mentre l'art. 3 regola l'accesso degli psicologi, assieme ai medici, all'esercizio della psicoterapia⁴. Ragioni storiche e di tradizione della professione psicologica hanno destrutturato la professione "clinica", possibile in base all'art.1, ed hanno creato le premesse per il perseguimento dell'abilitazione alla psicoterapia nella grande maggioranza degli psicologi italiani gravitanti entro l'area clinica. Si pensi alla debole tradizione della professione psicologica sino agli anni settanta del secolo scorso: quando, nel 1972, sono iniziati i Corsi di Laurea in Psicologia⁵ gli psicologi italiani erano poco più di 200 in tutta Italia; alla fine del 1994 gli psicologi iscritti all'Albo professionale erano circa 23.000, mentre al 31 dicembre 2005 siamo già arrivati a 53.063 iscritti, con un tasso di incremento elevatissimo di anno in anno. Questo rapido sviluppo della professione psicologica non è stato accompagnato da una adeguata formazione professionale, sufficientemente articolata e approfondita per le varie aree della domanda sociale potenzialmente rivolta allo psicologo. L'articolo 3 della legge istitutiva della professione psicologica nacque per salvaguardare una esigua minoranza di psicoanalisti "ortodossi" italiani che non si voleva riconoscere entro la professione psicologica e che, grazie alla legge, riteneva giunto il momento per un riconoscimento

⁴ Ricordiamo i due articoli della legge ora menzionati:

Art. 1. La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità.

Art. 3. L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia, attivati ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica.

⁵ I Corsi di Laurea in Psicologia vengono istituiti presso la Facoltà di Magistero con il D.P.R. del 21 luglio 1971, n. 183, a Roma, e con il D.P.R. 5 novembre 1971 n. 279, a Padova. Con il D.P.R. 6 febbraio 1985 n. 216 si realizza la modificazione dell'ordinamento didattico dei corsi di laurea in Psicologia con l'istituzione di corsi quinquennali, distinti in un biennio propedeutico e in trienni distinti per indirizzi; gli indirizzi previsti erano: Psicologia generale e sperimentale; Psicologia dello sviluppo e dell'educazione; Psicologia clinica e di comunità; Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Nel novembre del 1991, in seguito alla ristrutturazione della Facoltà di Magistero alla quale sino a quel momento appartenevano i Corsi di Laurea in Psicologia, viene istituita la Facoltà di Psicologia a Roma. Nel novembre del 1992 viene istituita la Facoltà di Psicologia di Padova. Nel 2002 si realizza una nuova riforma degli studi universitari, nota come 3+2: anche a Psicologia si organizzano corsi triennali "professionalizzanti" e bienni specialistici che completano l'iter degli studi per il conseguimento della vera e propria laurea in Psicologia. E' in quell'anno che a Roma la "vecchia" Facoltà di Psicologia si separa in due Facoltà, Psicologia 1 (a prevalente indirizzo generale e clinico) e Psicologia 2 (a prevalente indirizzo sociale e del lavoro). Nel 2006 esistono in Italia 49 corsi di Laurea triennali e 52 corsi biennali specialistici.

ufficiale della professione psicoterapeutica “psicoanalitica”, di derivazione sia medica che, più genericamente, psicologica. In realtà, agli inizi degli anni settanta gli psicoanalisti italiani vedevano al loro interno professionisti provenienti dalle più disparate professioni e preparazioni accademiche: medici, evidentemente, ma anche magistrati, assistenti sociali, laureati in lettere e filosofia, architetti. La stessa cosa accadeva per chi si professava “psicologo”. Con l’art. 3 si sanciva che, da quel momento in avanti, per accedere alla professione di psicoterapeuta (con il sottinteso che psicoterapia valeva “psicoanalisi”) si doveva avere una formazione soltanto medica o psicologica. E che per esercitare la professione della psicoanalisi, bisognava frequentare una scuola almeno quadriennale, che obbligasse ad un training specifico, per la tutela dei pazienti dagli psicoanalisti “selvaggi”. Gli estensori della legge non prevedero il fatto che, con l’art. 3, si sarebbe verificato un allargamento di grande entità delle scuole private, riconosciute dallo Stato, per la formazione degli psicoterapeuti: oggi sono circa 300. Così come non prevedero l’espansione della professione psicoterapeutica in Italia: da poche decine, all’inizio degli anni ’70, gli psicoterapeuti sono oggi circa 45.000⁶, se si considerano sia gli psicologi che i medici iscritti agli appositi elenchi, entro i rispettivi Albi professionali. Questa espansione della psicoterapia fu una conseguenza, sembra importante sottolinearlo, dell’assenza di concrete e credibili proposte professionali psicologiche entro le Università; ma fu anche la causa di questa mancata proposta⁷. E’ nel convulso ed aggrovigliato inizio dei Corsi di Laurea a Padova e a Roma – due città ove mancava una tradizione professionale degli psicologi - che si coniugarono le docenze della tradizione sperimentalista con quelle di medici (psicoanalisti e terapisti sistemici) che vennero “ingaggiati” per insegnare nei Corsi di Laurea, in assenza di altre professionalità psicologiche. Questa identificazione della Psicologia Clinica con la Psicoterapia ha avuto conseguenze di grande rilievo:

a – il necessario ancoraggio della Psicoterapia ad una qualche forma o dimensione di “disagio”, “sofferenza”, “disturbo” che giustifichi, secondo mutazioni dalla prassi medica, l’intervento dello psicoterapista.

Ciò ha comportato, per la Psicoterapia, la sua assimilazione alla nozione di “cura” di un qualche disturbo, con il fine volto a perseguire una “guarigione” dal disturbo stesso. Si sono così adottati acriticamente, entro la formazione psicologico clinica, quei manuali concernenti i disturbi mentali, elaborati in ambito psichiatrico. Manuali proposti agli studenti in Psicologia, ed all’esame di stato per l’abilitazione alla professione psicologica, senza alcun orientamento critico, nonostante le palesi contraddizioni tra quanto viene affermato entro questi manuali e quanto propongono la teoria e la tecnica in ambito psicologico.

b – l’orientamento individualista della prassi psicologico clinica – psicoterapeutica.

Cura e guarigione sono nozioni che, nella loro stretta parentela con le simili dimensioni mediche, hanno a che fare con il singolo individuo. L’orientamento individualista, se affiancato alla nozione di cura, comporta l’assunzione implicita di *modelli conformisti* ai quali tendere con l’intervento psicoterapeutico. In questo senso la Psicologia Clinica, così intesa, rischia di diventare la *longa manus* del potere sociale che ha interesse al controllo ed all’uniformizzazione dei comportamenti e dei sistemi cognitivi. Con ciò si correggono deficit, nell’ipotesi che lo Psicologo clinico possa ricondurre, chi “devia”, alla retta via (letteralmente: retta via = ortodossia).

⁶ Il calcolo è approssimativo, per mancanza di dati certi. Circa il 65% degli iscritti all’albo degli psicologi accede all’elenco degli psicoterapisti (35.000); ad essi va aggiunto un numero di medici iscritti allo stesso elenco presso l’ordine dei medici, che calcoliamo attorno a 10.000.

Non si vuole, con questo, affermare che gli psicoterapisti in Italia siano troppi; manca una valutazione reale del fabbisogno di psicoterapisti nel nostro paese, pur arrivando il tasso di psicoterapisti a 0.80 (siamo ormai vicini all’unità) ogni 1000 abitanti. Di fatto, moltissimi psicologi abilitati alla psicoterapia sono oggi sottooccupati: svolgono mansioni che potrebbero svolgere persone non solo non abilitate alla psicoterapia, ma anche non laureate in psicologia. Il problema non sta nei “troppi” psicoterapisti, quanto nel fatto che l’unica area occupazionale che la Psicologia Clinica sembra aprire ai suoi laureati è la psicoterapia.

⁷ Si veda in proposito: Carli R., Cecchini M., Lombardo G. P., Stampa P. (1995), *Psicologi e Psicoterapia: oltre la siepe*, FrancoAngeli, Milano.

c – la nozione di psicoterapia è un ombrello molto ampio, sotto il quale trovano posto tutta una serie di tecniche psicoterapeutiche che hanno la caratteristica di definire, in modo strettamente *autoreferenziale*, non solo la pratica clinica ma anche la problematica che la pratica può trattare. Questo per via del fatto che, entro le tecniche psicoterapeutiche teoricamente forti, la teoria della tecnica è anche la teoria che fonda il problema. Le psicoterapie forti, quindi, sono in grado di trattare un problema soltanto dopo averlo trasformato, in coerenza con la teoria della tecnica che fonda l'intervento terapeutico stesso. Lo stesso problema, in sintesi, può essere trasformato in modo da diventare coerente con la teoria della tecnica psicoanalitica, oppure della tecnica cognitivista o di quella sistemico-familiare.

d – con l'approccio individualista, strettamente connesso alle differenti tecniche e volto a problemi letti in modo autoreferenziale, si è persa l'attenzione a problemi di altra natura ed a domande di altro genere, non trattabili con l'applicazione ortodossa delle tecniche psicoterapeutiche.

In tal modo la Psicologia Clinica ha pagato e sta pagando un tributo di grande rilievo alla sua identificazione acritica con la psicoterapia. Si pensi, ad esempio, alle situazioni di crisi in cui possono trovarsi popolazioni o gruppi sociali e familiari in seguito a calamità naturali o di guerra. Si pensi al grande tema dell'integrazione di differenti culture entro un medesimo contesto sociale. O al tema dell'orientamento al cliente ed alle sue esigenze da parte di interi comparti sociali, nell'ambito dei servizi energetici, del traffico, dei sistemi di telecomunicazione, del servizio bancario e di quello assicurativo, della Pubblica Amministrazione. Si pensi all'adattamento scolastico ed alla richiesta rivolta alla scuola di sapersi integrare entro la domanda formativa del territorio entro il quale opera. Si pensi alle famiglie dei malati mentali ed al sistema sociale entro il quale è previsto l'inserimento dei malati mentali stessi, spesso abbandonati a se stessi, senza aiuto e sostegno, nel difficile compito di convivere con il malato (soprattutto), e di reinserirlo socialmente. Si pensi al sistema sanitario ed al cambiamento che dovrebbe compiere per essere al servizio del cittadino, e non chiuso entro la cultura medica autoriferita. Si pensi, inoltre, a situazioni relazionali problematiche, com'è il caso clinico più sopra sinteticamente descritto, ed alla modalità riduttiva con cui possono essere trattate se viste entro un modello individualista. Gli esempi potrebbero continuare; è evidente la restrizione impoverente della Psicologia Clinica, se limitata ad una funzione psicoterapeutica che si occupi di singoli individui tramite una specifica tecnica, sovente poco integrata entro le prospettive culturali della Psicologia Generale.

4.3. – *La Psicologia Clinica può utilizzare modelli individualisti come, anche, modelli della relazione.*

L'intervento in Psicologia Clinica è fondato ed organizzato dalla relazione. Ad esempio la relazione di domanda e di costruzione della committenza; la relazione che fonda la psicoterapia; l'alleanza terapeutica quale fattore aspecifico per le psicoterapie; la relazione di counselling, quella che organizza la consultazione in ambito sanitario, la relazione che lo psicologo clinico istituisce ogni qual volta si pone entro una prassi di intervento, con un gruppo di pazienti, con una classe scolastica, con i capi intermedi o il top management di un'organizzazione produttiva o di servizi, con le componenti di una comunità immigrata. Gli esempi potrebbero, ancora, continuare.

Il problema che qui interessa, d'altro canto, non è collegato al fatto che lo psicologo clinico lavora con la relazione. E', di contro, la teoria della tecnica che fonda la relazione. Riteniamo che entro la teoria della tecnica si pongano *modelli individualisti* che definiscono la relazione quale risultante dell'incontro tra individui descritti e conosciuti in quanto individui; oppure *modelli che guardano alla relazione in quanto tale*, la descrivono e la rilevano sperimentalmente. Se l'intervento è finalizzato alla modificazione dell'"altro", sia essa una modificazione affettiva, cognitiva, delle simbolizzazioni affettive concernenti la realtà, o una modificazione del comportamento, allora la teoria della tecnica non può essere che individualista. Un esempio può essere dato dalla "sostituzione del Super Io severo con un Super Io ausiliario meno severo e più tollerante" in un paziente nevrotico, secondo la proposta di Strachey⁸. *La relazione può essere intesa come un mezzo per un cambiamento che concerne strettamente e univocamente l'individuo.* In questi casi si parla della relazione utilizzando

⁸ Utilizziamo qui il termine utilizzato da Strachey per spiegare il valore terapeutico della pratica psicoanalitica. Si veda: Strachey J., The nature of the therapeutic action of psychoanalysis, *Int. J. Psychoanal.*, 15, 127-159, 1934 (trad. it. *Rivista di Psicoanalisi*, 1, 92-126, 1974).

categorie e modelli individualisti. Un esempio è dato dalla nozione di “alleanza terapeutica”: definita da Lingiardi e Colli, ad esempio, come “dimensione interattiva riferita alla capacità di paziente e⁹ terapeuta di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente”¹⁰. Interessante notare che la dimensione viene riferita “interattiva”, ma poi l’interattività è vista come la risultante di “capacità” del paziente da un lato, del terapeuta dall’altro di... Abbiamo a che fare, quindi, con una relazione che è fondata su dimensioni individuali, ove la relazione stessa dipende da dimensioni dell’uno e dell’altro.

Manca una visione modellistica che guardi univocamente e direttamente alla relazione, non agli individui che la determinano. Si tratta, nel caso della prospettiva individualista, di una visione legittima e per certi versi anche proficua; ma così non si considera la relazione *in sé*, quanto la relazione come risultante di ciò che fanno, vivono, provano due (o più) individui.

Riflettiamo sul tema. 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 o di più persone. 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 ed idiosincratichi atteggiamenti o comportamenti. L’alleanza prescinde da atteggiamenti o comportamenti dei singoli: è *caratteristica della relazione e non dei singoli individui*, sia pure in relazione tra loro.

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. E’ quindi riduttivo 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 e dell’altro.

In Psicologia Clinica si è fermi, a mio modo di vedere, ai modelli che concernono l’individuo. Mancano ancora i modelli che concernono la relazione.

Più sopra abbiamo accennato alle conseguenze di questa assenza. Qui vorrei richiamare le origini dei modelli individualisti e di quelli che concernono la relazione. Il comportamentismo, inteso quale risposta comportamentale ad uno stimolo, è la matrice delle concezioni individualiste in psicologia: il comportamento, infatti, è una nozione che ha a che fare con l’individuo; il sistema sociale, nell’ottica comportamentista, è la sommatoria degli individui che rispondono ad uno stimolo ambientale. La relazione, di contro, è propria della scuola chiamata gestalt, che prevede la costruzione della realtà (perceptiva ma anche emozionale) in base a elaborazioni dello stimolo che prevedono un rapporto con la realtà. Di qui il costruttivismo, di qui la prima topica freudiana, la psicopsicologia francese, sino alla nostra proposta del costrutto di collusione e di analisi della domanda. La Psicologia Clinica è figlia delle due matrici teoriche e sperimentali della Psicologia generale: il comportamentismo ha dato origine alla terapia omonima e poi al cognitivismo in tutte le sue diramazioni; la gestalt ha dato origine alle scuole di tipo costruttivista, alla prima psicoanalisi ed al costrutto di “modo di essere inconscio della mente”, all’intervento psicopsicologico, all’interazionismo simbolico nel suo versante psicologico. I primi guardano all’individuo ed al suo sistema mentale, i secondi alla relazione ed alle sue implicazioni cliniche. Credo che queste siano le due aree, compatibili ma irriducibili l’una all’altra, che fondano dal punto di vista della teoria della tecnica, la Psicologia Clinica.

5. – Presunzione di normalità dello Psicologo clinico – psicoterapeuta.

Guardiamo ad una implicazione della prospettiva individualista in Psicologia Clinica che ha riflessi interessanti entro la cultura di chi pratica questa professione.

⁹ Il corsivo è nostro. Ricorda il titolo di un trattato di Psicologia Sociale: Krech D., Crutchfield R. S., Ballachey E. L. (1962), *Individual in Society – A textbook of Social Psychology*, McGraw – Hill, N.Y., che venne tradotto in italiano: *Individuo e Società*, da Giunti nel 1971.

¹⁰ L’articolo al quale facciamo riferimento è: Lingiardi V., Colli A., *Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni*; articolo che si può trovare sul sito internet *Psychomedia* al seguente indirizzo <http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/38-lingiardi-coli.htm>.

Si tende ad assumere come “vera” l’ipotesi che la psicologia clinica si debba occupare di persone problematiche, quindi di persone che dipendono dallo psicologo e dalla conoscenza definitoria, spesso chiamata in modo scorretto diagnostica, che egli può avere sull’altro problematico. Nell’ipotesi, scontata, che se l’altro è problematico e si rivolge allo psicologo, *per definizione lo psicologo, grazie alla sua capacità conoscitiva ed al contempo per legittimare questa stessa competenza a conoscere e classificare l’altro, debba essere esente da problemi*. Questo è specifico della psicologia così intesa, si badi bene, come anche della psichiatria; non della chirurgia, dell’ortopedia o della pediatria. Spieghiamoci: un chirurgo che opera di tumore gastrico deve possedere una buona tecnica operatoria; ma nessuno gli chiede di essere esente da tumori ed in particolare da tumori gastrici. Un ortopedico che cura una scoliosi, non deve di certo garantire di avere, a sua volta, una colonna vertebrale sana, non scoliotica. Ma uno psicologo clinico che cura una persona affetta da disturbi di attacco di panico non “può” essere affetta dallo stesso disturbo, né da altri problemi citati nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM). In qualche modo si presume che lo psicologo clinico, così come lo psichiatra, debba essere “normale”. Questa *presunzione di normalità* deve essere garantita da lunghi studi, da esperienze di psicoterapia personale, dalla supervisione dei casi clinici trattati nella fase iniziale dell’esperienza professionale; in sintesi, da un lungo training. Il futuro psicologo clinico che voglia esercitare la psicoterapia, deve subire ed accettare lunghi anni di formazione, spesso lunghissimi per una formazione periodicamente ripetuta, al fine di aver sancita una qualche appartenenza societaria. E’ questa appartenenza che funge da garanzia della normalità, quindi da garanzia nei confronti di quell’esenzione da disturbi che renderebbero dubbio l’intervento conoscitivo e terapeutico nei confronti di chi è “malato”.

Non ci si è, forse, soffermati abbastanza su questa presunzione di normalità dello psicologo clinico, necessaria quando si adotta la prospettiva individualista e si definisce la psicoterapia o l’intervento psicologico quale cura rivolta a persone disturbate, malate, sofferenti, portatrici di disagio psichico, affette da disturbi mentali o altre definizioni del genere. Questa presunzione di normalità, associata alla conoscenza che la psicodiagnosi - comunque intesa o definita - comporta sull’altro, struttura una specifica relazione di potere agito; quel potere agito che prevede la dipendenza di chi “sta male” nei confronti di chi opererà per il suo star bene, quindi per la sua riconduzione alla norma¹¹. Questa presunzione di normalità non è soltanto nelle attese e nell’identità dello psicologo clinico, dello psicoterapista o dello psichiatra. E’ anche la componente fondamentale delle attese del sistema sociale nei confronti di chi si debba o si possa occupare della sofferenza psichica. L’attesa sociale di normalità sembra essere lo scotto che lo psicologo clinico deve pagare, visto il grande potere che gli viene affidato con l’assunzione di dipendenza, necessaria da parte di chi si vuol far curare, nei suoi confronti.

Questa presunzione di normalità (o, se si vuole, di conformismo) è, a nostro modo di vedere, una delle ragioni rilevanti nel produrre quel processo di *deformazione* entro la formazione clinica in psicologia, se orientata dal paradigma individualista. Supponenza, distacco emozionale, falsa modestia, atteggiamento onnipotente, tendenza a comportarsi come un oracolo, affettata disponibilità e serenità, sorriso falsamente benevolo sempre affiorante nell’espressione, pacatezza inquietante, tutto questo ed altro ancora caratterizza il nostro psicologo clinico pronto a prendersi cura dell’“altro”, malato, a partire dalla sua “normalità” competente. C’è da interrogarsi, con Said¹²,

¹¹ L’etimo di *normale* rimanda a chi è aderente alla norma; norma, nella lingua latina, significa “squadra” quale strumento di misura; normale vale, quindi, “chi è fatto secondo la squadra, che sta ad angolo retto”; di qui rettitudine o attesa della normalità. In sintesi, l’aggettivo normale vale colui che si conforma, che sta nella forma prevista dalle attese predefinite; *la vicinanza tra normale e conformista è ben evidente*

¹² Said E. W. (1975), *Orientalism*, Pantheon Books, N.Y.; (trad. it. 1991), *Orientalismo*, Bollati Boringhieri, Torino. Alcune brevi premesse, per capire la citazione riportata.

L’Autore si rifà al discorso che Arthur James Balfour tenne alla Camera dei Comuni il 13 giugno 1910 sui problemi dell’Egitto.

Gli antefatti sono noti: nel 1869 fu inaugurato il Canale di Suez, fatto che accrebbe ulteriormente la già importante funzione strategica dell’Egitto; contro i sempre più forti tentativi di ingerenza straniera, prese corpo l’attività di un movimento nazionalista antieuropeo guidato da Ahmad Arabi Pascià, ministro della guerra nel 1882, che si ribellò all’asservimento dell’Egitto; è questo il pretesto per l’occupazione militare inglese, avvenuta nello stesso anno: l’Inghilterra, sconfitto l’esercito nazionalista egiziano a Tell el Kebir, assume il pieno controllo del canale e del paese; nel 1984 la conferenza di Berlino sancisce lo stato di fatto.

sul *come salvare la nostra umanità*. Vale a dire sul come evitare, al pari degli inglesi colonialisti, l'ostilità implicita in una tendenza a distinguere l'umanità in persone malate, problematiche, sofferenti da un lato, in persone con la presunzione di normalità dall'altro. Possiamo quindi interrogarci sulla disistima dilagante, sull'ironia con la quale vengono guardati gli psicologi, ed in particolare gli psicologi clinici. Disistima che è tanto più forte ed evidente, quanto più vengono valorizzati ed idealizzati quegli psicoterapisti che hanno raggiunto fama e potere entro uno specifico contesto. Come se l'ambivalenza, evocata da chi si occupa clinicamente della mente, del comportamento, dell'adattamento degli "altri", possa essere facilitata in un investimento scisso, ove le persone legittimate nella loro normalità sono rispettate e stimate; mentre l'aggressività di rivolge a chi viene percepito quale "usurpatore" di questo raro dono della normalità, una sorta di mistificatore rifiutato e disistimato. Come sappiamo, d'altro canto, la stima e l'ammirazione che esita ad un processo di scissione può facilmente rivoltarsi contro chi ne fruisce, grazie ad un facile spostamento dell'aggressività. Ricordando che la scissione conseguente all'ambivalenza comporta un investimento radicalizzato delle emozioni su oggetti "parziali", che possono con facilità confondersi, e sempre con la prevalenza della componente distruttiva nell'emozione ambivalente.

6. – Conclusioni

"Il settore M-PSI 08 comprende le competenze relative ai metodi di studio e alle tecniche di intervento che, nei diversi modelli operativi (individuale, relazionale, familiare e di gruppo), caratterizzano le applicazioni cliniche della psicologia a differenti ambiti (persone, gruppi, sistemi) per la soluzione dei loro problemi. Nei campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie (psicosomatiche, sessuologiche, tossicomane incluse), dette competenze, estese alla psicofisiologia e alla neuropsicologia clinica, sono volte all'analisi e alla soluzione di problemi tramite interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia."

Balfour parla ai Comuni per attenuare malumori interni all'Inghilterra sul suo dominio in Egitto. Un parlamentare, Robertson, aveva chiesto con quale diritto gli inglesi assumessero quell'aria di superiorità nei confronti dell'Egitto e di quei popoli che gli inglesi avevano deciso di chiamare orientali. Balfour riprende la stessa domanda, trovando una risposta logica ed inoppugnabile nella *conoscenza* che gli occidentali avevano di quella civiltà, dalle origini al declino. "Conoscenza significa sollevarsi al di sopra dell'immediato, uscire dal proprio angusto sé, per accogliere ciò che è lontano e differente. L'oggetto di una siffatta conoscenza deve essere intrinsecamente coglibile; può essere, sì, un "fatto" che muta e si sviluppa come appunto fanno le civiltà, ma deve anche essere fondamentalmente, persino ontologicamente, immutabile. Possedere la conoscenza di un ente di questo tipo equivale a possedere l'ente stesso, a dominarlo, ad avere su di esso piena autorità. E avere autorità significa negargli l'autonomia – autonomia politica, se si tratta di un paese orientale – perché "noi" lo conosciamo ed esso può esistere, per un certo verso, solo in quanto conforme a tale conoscenza. Il sapere britannico intorno all'Egitto è l'Egitto, per Balfour; e il potere della conoscenza è tale da far sembrare futili le dispute sulla superiorità o inferiorità di questo o quel paese. Non che Balfour si sogni di negare la superiorità britannica e l'inferiorità egiziana; semplicemente le dà per scontate, e accantona un punto di vista che ritiene banale, per approfondire il più interessante tema del sapere." (op. cit., pagine 38 e 39).

Assieme a Balfour, Said menziona ripetutamente la posizione di Lord Cromer, suprema autorità inglese in Egitto dal 1882 al 1907, sull'argomento. "L'orientale - per il governatore inglese dell'Egitto - è irrazionale, decaduto (o peggio, degenerato), infantile e <diverso>, così come l'europeo è razionale, virtuoso, maturo, <normale>" (op. cit., pag. 46). Ancora, e la notazione di Said è interessante per noi: "La conoscenza dell'Oriente, nata da una posizione di forza, in un certo senso *crea* l'Oriente, gli orientali ed il loro mondo" (op. cit., pag. 46).

Più avanti (op. cit. pag. 52) Said si chiede: "Si può dividere la realtà umana, che sembra in effetti di per sé divisa, in culture, eredità storiche, tradizioni, sistemi sociali e persino razze diverse, e salvare la propria umanità dalle conseguenze? Con "salvare la propria umanità dalle conseguenze" mi riferisco alla possibilità di evitare l'ostilità implicita in una divisione di questo genere, come quella tra <noi> (occidentali) e <loro> orientali."

Così recita la descrizione dei contenuti scientifico disciplinari del Settore M/PSI 08, denominato Psicologia Clinica, definita dal MURST (D.M. 4 ottobre 2000, allegato B).

Guardiamo alle parole chiave della definizione, che mostra al suo interno due “anime”, o se di vuole due ottiche sintetizzate in un vero e proprio compromesso.

Il *primo paragrafo* ha quali parole chiave: studio – intervento – individuale – familiare – gruppo – applicazioni – persone – gruppi – sistemi – soluzione – problemi.

Come si vede, si parla di *problemi* e di *intervento*.

Lo scenario cambia, di molto, con il *secondo paragrafo*: salute – sanitario – disagio – psicopatologie – psicosomatiche – sessuologiche – tossicomaniacche – psicofisiologia clinica – neuropsicologia clinica – problemi – interventi – valutazione – prevenzione – riabilitazione – psicoterapia. Qui ricompaiono i termini *problemi* ed *intervento*, e con questo si potrebbe chiedere quale sia il motivo dell'ulteriore specificazione. Specificazione che vede comparire le parole: *psicopatologia* e *psicoterapia*.

Cambia il contesto, si potrebbe obiettare. Prima si trattava del contesto “individuale, relazionale, familiare e di gruppo”; ora del contesto “sanitario” con il connesso contesto della “salute”.

Com'è grande la forza del modello medico! C'è da chiedersi in quale ambito possano comparire problemi psicosomatici, sessuologici, tossicomaniacchi, di disagio psicologico (sic!), se non presso individui, famiglie, gruppi sociali e relazioni organizzative. Che bisogno c'era, allora, della seconda specificazione? Lo scenario cambia, perché si parla di *psicopatologia* e di *psicoterapia*.

Già, ma che differenza c'è nell'indicare, quale ambito della Psicologia Clinica, i *problemi* (primo paragrafo) o la *psicopatologia* (secondo paragrafo)?

E quale differenza c'è nell'indicare, quale metodo di lavoro della Psicologia Clinica, l'*intervento* (primo paragrafo) o la *psicoterapia* (secondo paragrafo)?

Nessuna, a ben vedere. Eppure le due definizioni sono molto, molto diverse.

La prima, quando si parla di problemi e di intervento, utilizza termini che rimandano a *modelli psicologici*. Modelli, come prima si vedeva, che affidano al vissuto di persone, gruppi od organizzazioni sociali la motivazione all'intervento dello psicologo clinico. Se lo psicologo clinico interviene sui problemi che il committente gli porta, allora è l'analisi della relazione di domanda che consente di organizzare e orientare l'intervento psicologico clinico.

La seconda, pur con la foglia di fico degli “aspetti psicologici delle psicopatologie”, utilizza termini e definizioni che fanno parte del *linguaggio psichiatrico*, aprendo la strada a quella dimensione ibrida e poco definita che chiamiamo psicoterapia. Con una ulteriore confusione: da un lato l'estensore rimanda, quale oggetto dell'intervento psicologico la psicopatologia, si direbbe ufficiale, allargata alla psicosomatica, alla psicopatologia sessuologica ed alla tossicomania; dall'altro ricorda l'intervento psicoterapico (pur con il complemento che fa riferimento alla valutazione, o per meglio dire alla diagnosi, alla prevenzione ed alla riabilitazione, tutte modalità di intervento che rimandano all'art. 1 della legge 56/89). Già, ma quanti sono oggi in Italia gli psicologi clinici che si definiscono riabilitatori, diagnostici o dediti alla prevenzione? E le forme di psicoterapia, nella loro stretta autoreferenzialità, quanto hanno a che fare con la nosografia psicopatologica? Se, in ambito sanitario, si sostiene la rilevanza della psicopatologia, poi sarebbe corretto e coerente indicare forme di cura che siano strettamente correlate con la stessa psicopatologia. Ora, quale psicopatologia è direttamente implicata con la psicoterapia psicoanalitica? E quale psicopatologia è indicata per la psicoterapia sistemica familiare o per la psicoterapia cognitivista? Se, come è convinzione comune, la scelta della forma psicoterapeutica è indipendente dalla psicopatologia presente nella persona, nel gruppo o nell'organizzazione, perché la definizione che stiamo commentando mette in relazione psicopatologia e psicoterapia? Si tratta solo di incompetenza dell'estensore, o c'è dell'altro? Ad esempio la necessità di compiacere la lobby delle scuole di psicoterapia?

L'estensore della definizione poteva fermarsi alla prima frase, ed aveva detto tutto quello che era utile dire, per la Psicologia Clinica. L'aggiunta della seconda frase, pur nella ripetizione dei termini “problemi” e “intervento”, apre a dimensioni ambigue che contribuiscono ad equivoci e confusioni tra dimensioni psicologiche e dimensioni psichiatriche, o più genericamente mediche. Ricordiamo

che la psicopatologia, soprattutto nella sua espressione più evidente quale appare nel DSM, entro le sue varie edizioni, non appartiene per nulla alla Psicologia. Si potrebbe dire che il DSM appartiene solo marginalmente anche alla Psichiatria; quest'ultima, per la descrizione e la proposta di una patogenesi dei disturbi mentali, ha formulato classificazioni e manuali ben più raffinati del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. La vera differenza sta nella precisazione dei contesti entro i quali la definizione si applica: nella prima frase non c'è specificazione di ambiti, e l'intento è quello di definire ricerca ed intervento entro la Psicologia Clinica. Nella seconda frase si aggiunge una specificazione che concerne "i campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie", come se la soluzione dei problemi di persone, gruppi e sistemi potesse assumere versioni diverse, se gli stessi problemi sono considerati in ambito sanitario. La perplessità per questa definizione resta molto alta, e l'esigenza di una sua revisione altrettanto forte. Speriamo si provveda al più presto.

Il rapporto di lavoro atipico: modelli culturali, criticità e linee di sviluppo

di Federico Fanelli*, Francesca Terri*, Sabrina Bagnato**, Paola Pagano***, Silvia Poti***, Stefania Attanasio****, Renzo Carli*****

1. Premessa

Questo lavoro nasce dalla condivisione di una visione della psicologia come una scienza in grado di conoscere la realtà sociale e di realizzare in essa cambiamenti, anche politici, intesi come prodotti strategici di regolazione della convivenza sociale.

Su questa linea la “promozione dello sviluppo” si identifica nella contrattazione e costruzione di obiettivi orientati all'utilizzazione delle risorse, individuali od organizzative, che possono cambiare la relazione tra individui e contesto, tracciando un progetto di sviluppo non tracciabile a priori.

Queste premesse epistemologiche sono alla base della presente ricerca, diretta da Renzo Carli, focalizzata sulla rilevazione dei processi culturali collusivi che caratterizzano i lavoratori con contratti “atipici”¹, con lo scopo di stimolare una committenza politica intorno alle problematiche di convivenza connesse alla diffusione delle forme di lavoro “atipico”.

Partiamo dalla visione dell'azione politica e di governo come un potenziale servizio orientato ad un “cliente”; consideriamo il rapporto tra governo e lavoratori atipici come un'organizzazione costruibile entro processi di contrattazione democratica relativi a progetti di sviluppo sociale.

Pensando alla riforma del lavoro crediamo non sufficiente introdurre una normativa per avere garanzia di un uso efficace di quanto proposto: crediamo che la conoscenza delle Culture Locali² ci consenta di formulare ipotesi sulla fruizione di ciò che si è attuato, di ipotizzare attività per promuoverne lo sviluppo, a partire dagli interlocutori del governo, dalle loro attese, dalla loro capacità di investire su progetti professionali.

2. Metodologia

Sono state raccolte, dal mese di luglio 2004 al mese di Maggio 2005, 71 testi scritti di altrettanti lavoratori atipici interpellati a proposito della loro esperienza professionale, attraverso una domanda intenzionalmente aperta e generica, formulata via mail. Si tratta di un campione *per quote*, bilanciato in funzione di tre variabili illustrative:

- sesso (maschio/femmina);
- dimensione dell'organizzazione di lavoro (piccola-media/grande);
- area territoriale (nord/centro/sud).

* Specialista in Psicologia della salute

* Specialista in Psicologia della salute

** Specializzanda in Psicologia della Salute, Roma.

*** Dottoranda in Psicologia clinica, Università di Lecce.

*** Dottoranda in Psicologia clinica, Università di Lecce.

**** Dottore di ricerca in Psicologia di Comunità, Università di Lecce.

***** Professore ordinario in Psicologia clinica, Università di Roma, La Sapienza.

¹ In seguito all'approvazione della legge 196/97 si sono diffusi su larga scala i contratti di lavoro flessibile, destinati ad un'ulteriore espansione con la recente legge 30/2003, denominata legge Biagi che ha voluto incrementare la flessibilità di assunzione tramite l'introduzione di nuove tipologie contrattuali: il lavoro a progetto, a chiamata, ripartito, staff leasing, contratti di inserimento, prestazioni occasionali di tipo accessorio; nel nuovo quadro regolamentare emerso con l'approvazione di questa legge, il mercato del lavoro italiano risulta di conseguenza caratterizzato da ben 21 differenti rapporti di lavoro diversi dall'impiego “standard” i quali, a seconda della stabilità del contratto o della durata del regime orario, possono essere applicati secondo 48 modalità diverse (Istat, 2004).

² Per Cultura Locale s'intende quel processo collusivo, fondato appunto sulla simbolizzazione affettiva del contesto, che caratterizza specifici gruppi sociali, definite organizzazioni, particolari strutture. In tal senso si parla di Cultura Locale di un ospedale, di una città, di un'impresa, di una scuola o nel nostro caso di persone che condividono il medesimo contesto in termini di esperienza di un contratto di lavoro atipico.

Gli scritti raccolti sono stati oggetto di una prima lettura finalizzata all'individuazione di *Modelli Culturali Specifici*, significativi del gruppo sociale degli intervistati (R.Carli, S.Salvatore, 2001). Modelli che hanno poi rappresentato delle "tracce culturali" per la costruzione del quasi questionario o Strumento ISO, composto da espressioni linguistiche caratterizzanti le aree culturali che si intendono analizzare, per arrivare infine ad un questionario snello e di rapida applicazione, che ha consentito, nelle successive fasi della ricerca, di raggiungere, anche telefonicamente o via internet, un numero esteso di persone, costituendo un campione rappresentativo della popolazione target. Ancora, in questa fase, gli scritti sono stati raccolti in un unico corpus testuale, processato con un programma informatico in grado di trattare statisticamente il testo. Lo strumento metodologico impiegato per lo studio dei modelli culturali che caratterizzano il rapporto di lavoro "atipico" sarà l'*Analisi emozionale del testo*, su cui ci soffermiamo nel paragrafo seguente.

2.1 L'Analisi emozionale del testo

L'Analisi emozionale del testo (AET) elaborata da SPS (Studio di Psicosociologia) è un strumento psicologico di analisi di testi scritti; testi raccolti, di volta in volta, tramite colloqui, interviste, focus group, domande aperte di questionari, collezione di scritti o documenti prodotti entro aree di una specifica organizzazione ecc. L'Aet consente di analizzare la cultura locale presente entro un gruppo specifico di persone, caratterizzate "culturalmente", all'interno della produzione linguistica presa in esame, dalla *relazione con un contesto condiviso*.

Il rapporto tra Aet e Cultura Locale è istituito sulla base di precise premesse teoriche. Si ipotizza che il linguaggio (parlato o scritto) risponda al principio della **doppia referenza**, postulato a suo tempo da Fornari (Carli, Paniccia, 2002) e che le parole con cui è organizzata la produzione linguistica possano essere suddivise in due grandi categorie: *parole dense*, con il massimo di polisemia, se prese a se stanti, ed il minimo di ambiguità nel significato; *parole non-dense*, con il massimo di ambiguità di senso e, quindi, con il minimo di polisemia. Per *polisemia* si intende l'infinita associazione di significati attribuibili ad una parola se svincolata dal contesto linguistico che ne riduce la polisemia stessa. Si tratta, evidentemente, di una polisemia "emozionale", che viene trasformata nel "senso", cognitivamente inteso, della parola stessa quando questa sia iscritta entro il contesto linguistico. Le parole non-dense sono parole ambigue (si pensi ad esempio a parole come "ritenere" o "tuttavia"), che, per avere un senso entro il linguaggio parlato o scritto, hanno bisogno di essere iscritte entro il contesto linguistico. In questo, ambiguità e polisemia sono connotazioni inversamente proporzionali nel definire le parole: le parole dense sono quelle caratterizzate da un massimo di polisemia e da un minimo d'ambiguità; se individuate in un testo, possono essere raggruppate in funzione della loro ricorsività entro segmenti del testo stesso. Questa operazione di segmentazione del testo e di identificazione di raggruppamenti ricorrenti di parole, entro specifici segmenti, è possibile grazie all'analisi delle corrispondenze³ tra le parole dense evidenziate nel testo ed i segmenti del testo, preventivamente individuati. Queste analisi sono rese possibili da specifici programmi informatici per l'analisi del testo⁴.

Dall'analisi fattoriale delle corrispondenze e dalla successiva analisi dei cluster⁵ è possibile ottenere quindi dei raggruppamenti di parole dense che chiameremo repertori o cluster: "repertori culturali" caratterizzati da parole dense co-occorrenti entro un insieme di segmenti ove le stesse parole dense ricorrono con la più elevata probabilità. La funzione della co-occorrenza delle parole dense, entro lo stesso Repertorio, è di ridurre *gli infiniti significati* di ciascuna parola densa; è come se ciascuna parola considerata, nell'incontro di co-occorrenza con le altre parole, perdesse una

³ Come tutti i metodi di analisi fattoriale, l'analisi delle corrispondenze consente di estrarre nuove variabili - i fattori appunto - che hanno la proprietà di riassumere in modo ordinato l'informazione. Consente inoltre di predisporre grafici atti a rappresentare - in uno o più spazi - le entità linguistiche raggruppate per co-occorrenza.

⁴ Nel nostro caso il software utilizzato è Alceste (Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte) di Max Reinert.

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

quota di polisemia; consentendo, così, la costruzione dei differenti **Repertori**. L'ipotesi che fonda l'Aet è che tra la co-occorrenza, ottenuta dal trattamento informatico del testo, e il legame emozionale tra le parole dense di ogni Repertorio Culturale rilevato, sia presente una sorta di isomorfismo, riconducibile al modo di essere inconscio della mente (Carli, Paniccia, 2002).

L'attribuzione di senso emozionale agli incontri di co-occorrenza avviene attraverso l'utilizzo di **modelli emozionali**, elaborati da Sps (Carli, Paniccia, 2002), che consentono in prima istanza di risalire ai processi collusivi, simbolici, culturali, propri dei differenti Repertori, e successivamente di dare senso emozionale alle relazioni tra gli stessi Repertori in cui si articola la Cultura Locale oggetto della ricerca. Tali modelli si basano sul costrutto di **collusione** e risultano suddivisi in tre aree, secondo un continuum che parte dall'area più primitiva e generale di emozionalità per arrivare alle aree più elaborate e specifiche del legame sociale e dunque del processo di adattamento tra individuo e contesto.

Il processo di analisi termina con la lettura dello **Spazio Culturale**, rappresentato dalla disposizione dei Repertori sulle polarità dello spazio fattoriale⁶. La relazione tra le diverse dimensioni emozionali dei differenti Repertori, entro lo spazio fattoriale, viene considerata come la **Cultura Locale** riferita allo specifico contesto in analisi ed al testo ad esso correlato; cultura espressa da chi quel testo ha contribuito a costruire.

3. Repertori culturali

Presentiamo l'analisi della Cultura Locale studiata nella popolazione dei lavoratori atipici intervistati. Proponiamo di iniziare a considerare ed analizzare gli incontri di co-occorrenza, a partire da quelli tra le parole dense a più elevata centralità nel Repertorio; vale a dire dalle parole che più hanno contribuito, in termini di significatività statistica, alla costituzione del Repertorio. L'ipotesi che regge l'analisi è che l'insieme delle co-occorrenze analizzate consenta di comprendere la "cultura" che caratterizza quel Repertorio⁷. Nella figura 1 è rappresentato lo spazio fattoriale (per noi Spazio Culturale), definito dall'incrocio dei tre assi cartesiani, denominati fattori, che spiegano il massimo della varianza totale dei dati.

L'Aet ha evidenziato la presenza di 3 cluster o Repertori Culturali, posizionati nel modo seguente nello Spazio Culturale: il R.C. 3 si situa all'estrema sinistra dell'asse orizzontale, che definisce il I° fattore dello Spazio Culturale; questo repertorio si contrappone ai repertori presenti sul II° fattore, quello verticale, dove si collocano in posizioni polari e contrapposte il R.C. 1, in basso, e il R.C. 2, in alto; sul III° fattore, che va immaginato perpendicolare alla pagina, non ci sono repertori culturali. Cominciamo dalla descrizione delle dinamiche simbolico-collusive che caratterizzano i singoli Repertori Culturali emersi con il trattamento statistico del testo, successivamente, approfondiremo le relazioni tra le dinamiche simboliche presenti nei tre Repertori con l'obiettivo di rilevare la specifica Cultura in analisi, così come si è organizzata entro lo Spazio Culturale. La successione dei repertori culturali descritti è funzionale alle loro reciproche posizioni sul piano fattoriale: partiremo dal R.C. 3 situato sul I° fattore e per poi passare ai R.C. 1 e 2 collocati sul II° fattore.

⁶ Nell'analisi delle corrispondenze ciascun fattore organizza una dimensione spaziale - rappresentabile come una linea o un asse - al cui centro è il valore "0" e che si sviluppa in modo bi-polare verso le estremità "negativa" (-) e "positiva" (+); in modo tale che i diversi cluster di parole dense collocati sui poli opposti sono quelli più diversi tra loro, un po' come la "sinistra" e la "destra" sull'asse della politica. I risultati delle analisi dunque vengono sintetizzati attraverso grafici (del tipo piani cartesiani) che consentono di apprezzare le relazioni di prossimità/distanza - ovvero di somiglianza/differenza - tra i diversi raggruppamenti di parole considerati. Interpretare un asse fattoriale significa infatti trovare ciò che vi è di analogo, da una parte tra tutto ciò che è situato a destra dell'origine, dall'altra tra tutto ciò che è alla sinistra di questo, ed esprimere poi con concisione ed esattezza l'opposizione tra i due estremi.

⁷ L'analisi degli incontri di co-occorrenza parte prendendo in considerazione l'etimologia delle parole dense che compongono i cluster o Repertori Culturali. Come mettono in evidenza R. Carli e R.M. Paniccia (2002, p. 169), "il ricorso all'etimo delle parole ha la funzione di orientare il ricercatore, entro la polisemia della parola densa, individuando aree emozionali ove la mente può associare". A tal fine abbiamo utilizzato i seguenti dizionari: Devoto G., *Avviamento all'etimologia italiana*, Le Monnier, Firenze, 1989; Cortellazzo M., Zolli P., *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna, 1984; Castiglioni L., Mariotti S., *Vocabolario della lingua latina*, Loesher, Torino, 1966; De Mauro T., *Grande Dizionario italiano dell'Uso*, Utet, Torino, 2003.

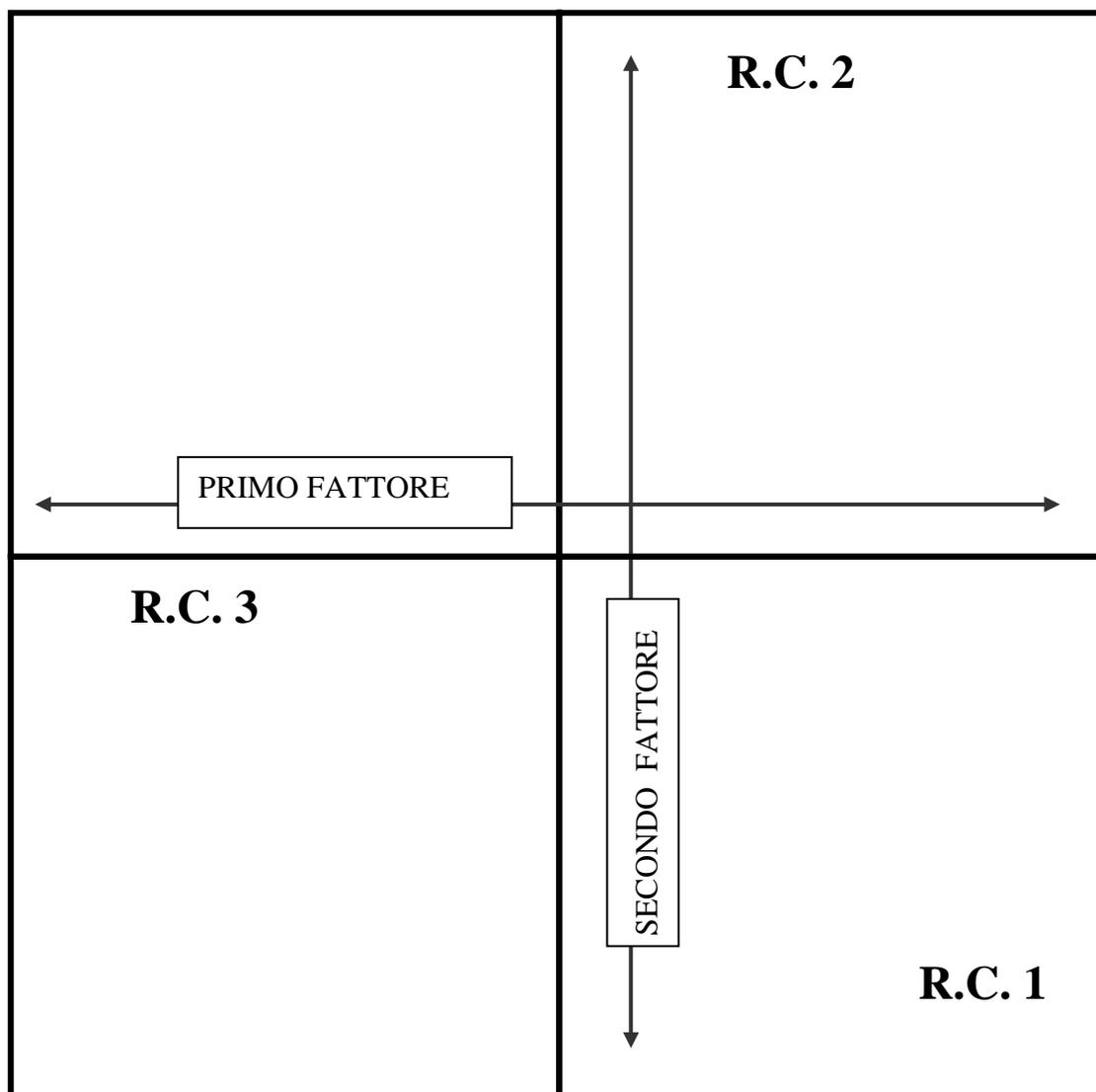


Fig. 1 Lo spazio fattoriale (o culturale)

3.1. Repertorio Culturale 3

Partiamo analizzando il terzo repertorio che è il più esteso dei tre che compongono lo Spazio Culturale: infatti, la percentuale di testo analizzato che appartiene ad esso è pari al 49 % del testo complessivo. Iniziamo le nostre considerazioni, associando attorno alla parola che più ha contribuito alla costituzione del Repertorio in analisi.

Proviamo a confrontarci con i significati di questa parola: **pagare**.

La parola viene dal latino *pacare* nel senso di acquietare e dal greco *pacis*: pace, quiete, perché il pagamento acquieta, appaga, soddisfa il creditore; il pagamento tranquillizza. Si dice anche "pagare il fio", vale a dire scontare il debito con la giustizia ("scontare, espiare", av. 1311, Giordano da Pisa). Rimanda ad un accordo ("remunerare o retribuire qualcuno dandogli denaro che gli spetta", 1211, TF, p.3), a un patto di scambio tra due soggetti, ad una relazione tra qualcuno che paga e qualcun altro che riceve, tra un creditore e un debitore, un rapporto dai lineamenti ancora sfocati. L'attenzione è infatti sull'atto del pagare, dell'essere pagati, momento conclusivo di un

rapporto che fa sentire acquietati, pacificati, tranquillizzati, assicurati, soddisfatti perché si riceve un compenso. L'acquietarsi (con il pagamento) rimanda inoltre ad un "prima", fatto di "pena, fatica, costrizione": è il tempo del lavoro (dal latino *tripalium*, che significa strumento di tortura; nel significato arcaico, pertanto, il lavoro è associato allo stato di colui che soffre, che è tormentato) in cui ci si è spesi, "si è faticato", per il committente, e a un "dopo", quando per mezzo del pagamento saranno soddisfatti e pacificati certi bisogni.

Scendiamo nell'ordine dei valori di ricorrenza entro il Repertorio. Troviamo **euro**.

Ecco il primo incontro di co-occorrenza:

PAGARE EURO

Qui la polisemia della prima parola si riduce con "euro" quasi a specificare l'oggetto di quella soddisfazione e quiete dei sensi che il pagamento comporta. Siamo confrontati con una parola apparentemente arida emozionalmente che attribuisce un confine emozionale alla polisemia, "ribadendo" l'atto del pagamento e l'oggetto della soddisfazione.

Aggiungiamo le due parole dense **ditta** e **part time**, perché entrambe hanno eguale peso statistico nella costruzione del repertorio, quindi vanno considerate assieme nella progressione di co-occorrenza vista nell'ottica della riduzione della polisemia.

PAGARE EURO
DITTA – PART-TIME

Abbiamo visto come il pagare rimandi ad una situazione di scambio che implica due attori. "Ditta" viene da *dicere*, dire, esprimere, render palese, nominare. È il nome sotto il quale c'è il committente, l'organizzazione per la quale si lavora ("azienda, impresa, nome dell'impresa commerciale", 1786, C. Beccaria) e con la quale avviene lo scambio tra tempo di lavoro e pagamento; la "società/impresa" che paga, che soddisfa, che acquieta. Sembra che l'incontro emozionale implichi per la prima volta un "soggetto", l'attore del pagamento, pagamento di una prestazione professionale che non c'è, se non entro le sembianze di una sua forma contrattuale atipica, il part-time. Il part-time consiste in un rapporto di lavoro subordinato per un numero di ore inferiore a quanto previsto per il tempo pieno definito dai contratti collettivi di lavoro. Culturalmente il part-time è associato alle lavoratrici donne che hanno l'esigenza di dedicare una parte consistente del proprio tempo alla cura dei figli, della famiglia e della casa. L'associazione della parola "parziale" ad alcuni dei suoi contrari, come "totale", "intero" ci facilita la sua lettura entro gli incontri di co-occorrenza: "parziale" è il pagamento se proporzionale alle ore parziali di lavoro svolte, "parziale" è la quiete e la soddisfazione che viene dal pagamento, "parziale" è lo **stipendio** che è la parola successiva che va a formare il successivo incontro di co-occorrenza:

PAGARE EURO
DITTA PART-TIME
STIPENDIO

"Stipendio" viene dal latino *stipendium*, composto da *stips* "esser saldo", solido come un tronco, un ceppo e da *pendere* come pesare e poi pagare. È la "retribuzione, del lavoro subordinato degli impiegati" (av. 1642, G. Galilei). Rimanda ancora una volta al ricevere qualcosa di fisso e costante nel tempo, e che possa perciò avere sul piano simbolico un valore appagante e tranquillizzante. Il cerchio dei significati sembra ogni volta chiudersi nelle sue ridondanze emozionali legate all'azione del pagamento, agli oggetti di questa azione (l'euro), ai suoi attori "spenti emozionalmente", impersonali come una ditta e un contratto. Non c'è il contesto professionale, una prestazione, un'idea di competenze che entrano in gioco, un prodotto. Il cerchio si chiude con lo stipendio, ancora una volta decontestualizzato, impersonale, al di fuori di uno scambio professionale.

Non ci sono interlocutori, non c'è il lavoratore prima di tutto, c'è un contratto "parziale" e un pagamento che media il rapporto con una ditta senza volto.

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

PAGARE EURO
DITTA PART-TIME
STIPENDIO SOCIALE

La parola **sociale** introduce una dimensione nuova nella lettura che stiamo costruendo, introducendo un “fuori” rispetto a quel cerchio autistico e impersonale mediato dal pagamento; dimensione che “si riferisce alla società umana e civile” (1763-1764, C. Beccaria). “Sociale” deriva dal latino *socius*, compagno, alleato, con terminazione in *àlem* indicante appartenenza e dipendenza. Una parola che evoca il vivere insieme ad altri (“che fa vita associata”, sec. XIV, S. Gregorio Magno), al di fuori di qualsiasi rapporto di tipo mercantile, ma unicamente centrato sulla sfera affettiva e relazionale, che dà appartenenza e dipendenza, dove ci si ritrova uniti e si condivide. Il pagamento, lo stipendio dunque garantiscono e soddisfano la sfera delle appartenenze sociali, che acquistano un valore *di per sé*, scisso da ciò che si fa dentro la dimensione lavorativa; questa infatti è assente nel repertorio, non ci sono parole che rimandino al piano dei contenuti del lavoro, né si fa riferimento ad aspirazioni professionali, ad un saper fare che sostanzialmente la possibilità della realizzazione di sé attraverso il lavoro.

Abbandoniamo qui l’analisi particolareggiata degli incontri di co-occorrenza, nell’ipotesi che l’edificio di senso emozionale, sin qui tracciato, consenta una prima visione d’insieme della cultura presente nel repertorio. Ecco le altre parole che approfondiscono il significato di quel “sociale” emerso apparentemente all’improvviso nel quadro del repertorio: **soldi, figli, casa, ferie, scelta, famiglia**. Sono parole apparentate sul piano simbolico e che sottolineano un investimento molto forte negli affetti e nell’appartenenza familiare. “Soldi” viene da *soldus*, moneta d’oro, ma anche da *solidus, solere*, essere stabile, integro, per poter “scegliere” (composto dalla particella *ex-* da e *ligere* o *eligere*) cioè eleggere, selezionare, prendere fra più cose o persone, separare la parte migliore di una cosa dalla peggiore; quindi eleggere ciò che si ritiene il meglio. Qui sembra emergere il processo emozionale di scissione, di separazione tra il privato (la casa, i figli e la famiglia) su cui investire anche in termini economici e la sfera del lavoro che si inaridisce fino ad essere identificata emozionalmente nell’atto del pagamento. Ci si muove dentro un universo emozionale intessuto di miti rassicuranti che scotomizzano la dimensione professionale spostando l’attenzione sulla sfera degli affetti. Si scelgono i figli (da *fel-làre* succhiare, o dalla radice greca *phy* che ha il senso di essere, far essere, particella che compone il verbo produrre, generare) la famiglia (*familia*, da *famulus, famiglio*, servitore; da *faama*, casa, i membri della casa uniti da legami di sangue), la casa (dal latino *cāsa*, dal greco *kasa*, capanna, luogo ove dimorare al coperto, tutto ciò che fa ombra, copertura, riparo, dal latino *castrum* fortezza, riparo e da *cassis* elmo, copertura e difesa del capo) e le ferie (dal latino *feriae*, giorno splendido, lieto, consacrato alla festa, al riposo, alla pace, alla tranquillità, “periodo di sospensione dai sacrifici”): per essere, per “produrre” dunque ci si rifugia nella famiglia, nelle dinamiche dell’affiliazione, nella casa che fa ombra, che ripara, difende, tiene fuori l’estraneità e tiene dentro il privato, rafforza i legami di sangue, e nelle ferie, giorni lieti perché lontani dai sacrifici. Il lavoro come sacrificio perché non pensabile in una dimensione di crescita professionale, non pensabile come relazione finalizzata ad un prodotto. Si è dentro una dimensione affiliativa (McClelland, 1958), di unione fra membri con lo stesso sangue (ricordiamo che la parola “figlio” – presente nel repertorio – ha dato origine al verbo denominale “affiliare” che significa: prendere un bambino come figlio, ma anche aggregare una persona ad una setta o ad un’associazione); affiliazione che appaga, ripara, fortifica, che tranquillizza perché mito rassicurante, universo emozionale che non prevede riscontri e verifiche su obiettivi e prodotti. Sembra che qui la famiglia abbia la funzione di azzerare le dimensioni professionale e sociale e si connota come un’organizzazione senza prodotto (Carli, Paniccia, 2002) che esaurisce cioè al suo interno i processi relazionali eludendo il rapporto con l’estraneo (il cliente/fruitori di servizi). Si vive nell’assenza di consapevolezza sociale oltre che di progettualità e investimento professionale, ci si concentra su altro, sul privato e ci si rapporta alla dimensione lavorativa considerandola soltanto fonte di denaro da investire nel privato, l’unica dimensione che “rendere paghi”, “contenti”, che soddisfa.

Siamo, così, confrontati con questa prima area culturale confermata anche dalla natura dei verbi presenti nel Cluster: **chiedere, accettare, accontentare, assentarsi, maturare, sposarsi**.

Alcuni di questi sembrano connotare l’unilateralità del rapporto con la committenza a cui si “chiede” (da *quaerere*, desiderare, cercare, domandare, interrogare, pretendere), da cui si riceve e da cui si

prende (significati delle due radici del verbo accettare, dal latino *accipere* e dall'incontro tra *ad* indicante fine, intenzione e *cèpere* da *càpere*), e che si adula (assentare come *consentire*, "dare ad alcuno ragione in tutto pur di andargli a' versi"). E ancora soddisfare e accontentare che rimandano a contentare, render pago, ma anche a pagare il debito o il "fio del peccato". Processo che giunge a compimento, a perfezione (dall'etimologia del verbo maturare) quando si "sposa" con la dimensione privata, affiliativa eludendo così ogni possibilità alternativa di realizzazione personale e di costruzione sociale della propria identità professionale.

Proviamo a riassumere e puntualizzare quanto finora emerso dalla progressiva restrizione della polisemia delle parole dense. La nostra ipotesi è che questo repertorio culturale – il più rappresentativo della cultura in analisi – sostanzialmente una dinamica collusiva centrale e rilevante nel processo di simbolizzazione che caratterizza i lavoratori atipici. Non si fa riferimento al "dentro" del contesto di lavoro per gratificare il senso di appartenenza, né altresì al collettivo di lavoro, al gruppo professionale di riferimento, o ad organizzazioni "altre" quali i sindacati o le aggregazioni politiche. Chi parla fa riferimento alla famiglia, alla casa, alla sfera degli affetti per sentirsi "parte" di qualcosa. Il lavoro diviene un'entità astratta, scissa dal suo contenuto organizzativo; è vissuto come "merce" che si scambia per avere come contropartita lo "stipendio", pensato come il mezzo necessario per mantenere o formare una famiglia: è questo l'unico orizzonte con cui appagare la propria spinta realizzativa.

Si pongono a questo punto due questioni importanti che caratterizzano nel dettaglio la dinamica collusiva del repertorio. La prima è data dalla centratura sulla dimensione familiare come dimensione esclusiva di realizzazione personale e nel contempo pervasiva dell'insieme delle relazioni sociali – tanto da "allagare" simbolicamente anche il rapporto con il datore di lavoro/committente vissuto "familisticamente" come personale, informale, "dato", "a senso unico" – una centratura sulla dimensione familiare che fa venire in mente, per riprendere un'espressione coniata da E. C. Banfield (1976) e poi ripresa da altri antropologi (Tullio-Altan, 1986; Putnam, 1997) e storici (Ginsborg, 1989, 1998, 2004), il "familismo amorale", che secondo gli autori citati rappresenta una delle chiavi di lettura della storia sociale dell'Italia. Siamo in sostanza confrontati con una cultura "chiusa" entro la sfera dei legami familiari, disinteressata a costruire nuove e diverse appartenenze in grado di prefigurare dei valori pubblici, un ethos comunitario, qualcosa di esterno ed estraneo alla sfera familiare – il lavoro da questo punto di vista *potrebbe* rappresentare la dimensione fondante l'apertura alla consapevolezza sociale e all'assunzione di responsabilità verso la comunità a cui si appartiene.

La seconda questione, strettamente connessa alla prima, concerne il rapporto necessitato tra "famiglia" e "soldi". Avere e mantenere una famiglia è un "obbligo sociale" che passa esclusivamente dall'autonomia economica, dal guadagnare, bypassando ogni riferimento alla maturazione emotiva e allo sviluppo di un'autonomia evolutiva: il *familismo amorale* si declina entro una *cultura consumistica*, in cui cioè i soldi sono lo strumento che garantisce i consumi *propri* della famiglia, e che fondano la sua stessa esistenza.

In sintesi si delinea una cultura che non vede nel lavoro la possibilità di un riconoscimento sociale, di una *retribuzione simbolica*, ma soltanto un ritorno di tipo materiale: il guadagno è indipendente da qualsiasi sviluppo di competenza lavorativa. Il lavoro non dà appartenenza, né crescita: è disancorato dal processo di costruzione della propria identità. Questo è pensato soltanto dentro una sfera familiare fondata su stereotipi e miti conformistici.

3.2. Repertorio Culturale 1

Il 1° Repertorio Culturale rappresenta il 30 % del testo.

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

La prima parola densa è **garanzie**.

Questa parola deriva dal francese *garant* (1080) che, a sua volta, deriverebbe dal gotico **werjan*, **wairjan* "difendere", "proteggere"; per estensione dall'ambito giuridico e commerciale "garanzia" assume il significato di "assicurazione", "certezza", "promessa certa di un esito positivo" (av. 1831,

P.Colletta); “dare per certo” (1792, M. Cesarotti); “assicurarsi contro possibili danni” (*garentirsi*: av. 1857, C.Pisacane).

L’etimo rimanda in prima istanza ai verbi “difendere” e “proteggere”. Il primo (dal latino *difendere*, composto di *fendere* “colpire”, “urtare” con *de-* sottrattivo, “colpire con un corpo contundente”) rimanda a: respingere, tener lontano, sostenere, rivendicare; “preservare persone o cose da pericoli, danni, violenze” (*defendere*: inizio sec. XIII, Uguccione da Lodi); “prendere le parti di qualcuno” (av. 1342, D.Cavalca); “salvaguardare, tutelare diritti” (sec. XIV Giustino volgar.); “far valere le proprie ragioni” (av. 1294, B.Latini); il secondo (dal latino *proteggere*, composto di *pro* “davanti” e *tegere* “coprire”) rimanda a: “prender la difesa, la cura, prestar soccorso, appoggio”, “chi assicura qualcuno del fedele adempimento di un patto”, “soccorrere, difendere, tutelare” (1598, Florio).

“Garanzia” dunque come protezione e cura attenta e accorta, difesa da qualcosa o da qualcuno, rivendicazione. È come se si intravedesse la presenza di un pericolo, lì, in agguato, un pericolo che si deve respingere e che minaccia qualcosa che va protetto e difeso.

Ma veniamo al primo incontro di co-occorrenza:

GARANZIE

FUTURO

Futuro dal latino *futurum*, part. futuro del verbo *esse* “essere” indica qualcosa che sarà, che sta per essere.

Il primo incontro di co-occorrenza configura, quindi, sotto il profilo emozionale, un luogo specifico, la definizione dell’oggetto da proteggere, da crescere, del quale prendersi cura. Il futuro che ancora non è e che sarà in funzione di quello che è oggi. Occorre difenderlo da offese e pericoli e quindi sostenerlo, rivendicarlo come reclamarlo, “gridarlo con forza”; occorre proteggerlo e quindi averne cura, soccorrerlo. Ma difenderlo da cosa? Cosa lo minaccia? In cosa si identifica il pericolo?

La terza parola del Repertorio ci aiuta ad identificare il terzo della relazione:

GARANZIE

FUTURO

FLESSIBILITÀ

Flessibile, dal latino *flexibilem* da *flexus*, p.p. di *flectere*: “piegare”, e suffisso “-bile” tratto dalla radice verbale *bhal* “portare” e quindi traducibile in “che porta”, talvolta indicante “che può”, nel nostro caso “che può flettersi”, che “si lascia piegare più o meno facilmente fino ad un certo punto senza rompersi”. L’etimologia di questa parola evoca uno stato di tensione e in particolare dei “limiti” oltre i quali non si esclude una rottura. L’etimologia non evoca una dimensione emozionale sicura, ma una possibilità che ha ragione di realizzarsi fino ad un certo punto. La richiesta di garanzie, il bisogno emozionato di protezione e difesa del proprio futuro sembrano nascere dai rischi e minacce legati a tale stato di insicurezza, che ricorda la tensione di una corda di violino che può non rompersi...ma “fino ad un certo punto”. La flessibilità è una proprietà di un oggetto che non esisterebbe se l’oggetto stesso non fosse rapportato a diverse forze che agiscono su di lui e che fino ad un certo punto non creano rotture. Se intuitivamente identifichiamo tale oggetto alla condizione atipica la vediamo tendersi e cambiare forma, “trasformarsi” nelle competenze in funzione delle diverse forze che la piegano: le richieste complesse e sempre diverse del mercato del lavoro, i molteplici volti della condizione flessibile. Un’esperienza che, oltre un certo limite, rischia di far precipitare il lavoratore nel vortice della “precarietà” (dal latino *precarium* “ottenuto con preghiera, che si concede per grazia”, “temporaneo”, “incerto”, “provvisorio”), l’altra faccia della medaglia della flessibilità, nel momento in cui qualcosa non funziona, qualcosa “si rompe”.

Con il secondo incontro di co-occorrenza si prefigura dunque una flessibilità intesa come “danno”, “minaccia”, “pericolosità” da cui difendersi, proteggersi, rivendicando un futuro certo, sicuro. Viene in mente un vissuto di provvisorietà, di incertezza, di insicurezza riguardo al proprio futuro.

Procedendo nell’analisi delle parole del Repertorio, incontriamo la parola **progetti** che nel testo è stata disambiguata per distinguerla da altri significati intorno allo stesso termine. Qui ci si riferisce al proprio “progetto di vita”, a ciò che si vuole realizzare, proiettandosi in avanti, nel futuro che ancora non c’è ma che sta per essere.

Siamo dunque al terzo incontro di co-occorrenza:

GARANZIE FUTURO
FLESSIBILITÀ PROGETTI

L'etimologia della parola "progetto" ci aiuta nella lettura: dal latino *projectus* "azione di gettare avanti", comp. di *pro* "avanti" e *jacere* "gettare", "ciò che si ha intenzione di fare in avvenire". La parola evoca una tensione, un procedere verso, un'intenzione di dare forma a qualcosa che è ancora in bozza. È il progetto di vita che si tenta di costruire, di "formare". La parola confina il futuro nelle dimensioni di progettualità, desiderio, idee di realizzazione, di sviluppo. Ed è proprio la parola **sviluppo** che va a formare il quarto incontro di co-occorrenza:

GARANZIE FUTURO
FLESSIBILITÀ PROGETTI
SVILUPPO

"Sviluppo", come atto dello sviluppare o dello svilupparsi, accrescimento, incremento; sviluppare, da *viluppare*, con *s-* estrattivo e durativo, opposto a *inviluppare* con *in-* introduttivo; "sciogliere un viluppo" (1843, L.Pulci); "far progredire, far aumentare (1891, Petrarca); "suscitare, produrre" (1840, *Stampa milanese*); rifl. "liberarsi, districarsi" (av. 1503, Gallo *Rime*), "acquistare la forma definitiva, detto di organismi viventi" (1694, A.Mandirolo); "progredire, evolversi" (1960, *Diz. enc.*); "prodursi, manifestarsi" (1823, *Stampa milanese*).

Ancora è ribadita una tensione, un'intenzione e desiderio di districarsi e di evolversi: si è dentro un gioco di forze che implica contrapposizioni emozionali tra quello che si vuole e che si vuole proteggere (il futuro e i progetti di vita) e tra quello che minaccia, che toglie, che ruba (la flessibilità, i suoi rischi di precarietà). Viene in mente "un nodo da sciogliere", che contiene in sé delle possibilità di evoluzione e che nel contempo segna la problematicità di un'azione che non ha la "certezza di un esito positivo".

Vediamo il quinto incontro di co-occorrenza: **posto di lavoro**.

GARANZIE FUTURO
FLESSIBILITÀ PROGETTI
SVILUPPO POSTO DI LAVORO

Posto (dal latino *positum*, participio passato di *ponere* "porre") rimanda a "incarico, impiego, ufficio" (1673, P.Segneri), ma anche a stato, grado, dignità. All'essere "collocati" dentro un contesto lavorativo, al "posto di lavoro" inteso come qualcosa di "circoscritto, riservato a qualcuno per motivi particolari o in vista di specifiche attività" (1611, L.Melzo). Intuitivamente associamo la parola "fisso" che connota, con "posto", la ricerca di sicurezza, la fissità di una situazione che non cambia, immobile, emozionalmente opposta alla temporaneità e al gioco di tensioni e cambiamenti insiti nello stato del "flessibile". Viene evocato un posto di lavoro come soluzione che potrebbe proteggere e garantire il proprio futuro, i propri progetti di vita. Nella sicurezza del posto "garantito" si identifica la possibilità di uscire dalla tensione, dalla paura, dal rischio, connessi alla flessibilità vissuta come precarietà.

La linea interpretativa finora percorsa è confermata dalle parole dense successive presenti nel repertorio: **ambire, sfruttamento, ormai, tutela, attesa, donna, forte, umano**.

Si aspira ardentemente, si desidera con forza, ci si muove per ottenere quello che si cerca, "si ambisce" (dal latino *ambire* "andare intorno, brigare", "desiderio ardente di raggiungere e ottenere qualche cosa") ad un "posto", un "luogo fissato, stabilito": qualcosa di certo che si contrappone all'incertezza, alla mobilità, alla provvisorietà, alla transitorietà del lavoro flessibile.

Il processo associativo suggerito dall'etimo rimanda anche a "brigare", "intrigare" per ottenere un "posto"; "nell'antica Roma era costume, non dimenticato dai posteri, che coloro i quali desideravano ottenere un piccolo ufficio, si facevano attorno con moine e promesse alle persone del popolo, che andavano appositamente a cercare per guadagnarsi il loro suffragio" (1907, O. Pianigiani); la parola ci rimanda all'azione del "guadagnarsi le simpatie altrui", al movimento impacciato di chi non avendo "santi in paradiso" li ricerca sulla terra, chi bussa alle porte, chi promette e fa moine per ottenere qualcosa.

Dentro i variegati movimenti associativi suggeriti dall'etimo, siamo comunque confrontati con la dimensione emozionale della ricerca di garanzie per il proprio futuro, rappresentate dal posto fisso,

non dalla flessibilità. La cui condizione presente è contrassegnata dalla mancanza di tutele e dallo “sfruttamento”, che rimanda ad “abuso”, all’“uso smodato, illecito di qualche cosa” (1565 ca., A. Cornaro). Emerge dunque chiaramente un vissuto legato al presente di “insopportabilità” della condizione lavorativa flessibile.

L’“ormai” segna, ancora una volta, il punto in cui si è e in cui ci si prepara ad essere, evoca il “punto di non ritorno”, dal quale non si può più tornare indietro, è il punto della rassegnazione, ma anche della rabbia: l’etimologia ci indica la parola composta da “ora” e “mai”, che “denota tempo presente con riguardo del passato, e talora del futuro”. E vale “adesso”, “da ora innanzi”. È un punto di separazione emozionale, che suggerisce dunque la scissione emozionale in due posizioni polari: da una parte c’è la rassegnazione impotente “ormai non c’è più niente da fare”, dall’altra, c’è l’“ora basta!”, “Da ora innanzi qualcosa cambia”. Ma come cambia? Per mezzo di quali movimenti, di quali strategie? in quale tempi? Nel quadro simbolico delineato sembra che non ci sia continuità tra presente e futuro, la temporalità è frammentata; c’è, di contro, il tempo sospeso dell’“attesa”. Si attendono “tutele”, si aspetta “con attenzione” un qualche evento trasformativo che possa concretizzare lo sviluppo ed i progetti personali. Un’attesa che richiede “forza”, la capacità di “sopportare una grande fatica”; appunto lo “sforzo” nell’adattarsi alle condizioni del mercato del lavoro, un sforzo di tutti, anche per la “donna” che culturalmente è associata al “sesso debole”: una condizione “umana”, totalizzante, invasiva, ma allo stesso tempo generica, senza volto, declinata al singolare: non c’è infatti traccia, indizio di pensieri e azioni collettive.

Cerchiamo di precisare ulteriormente la cultura espressa da questo repertorio analizzando in associazione l’ultimo gruppo di parole dense: **rischi, atipico, motivazione, frustrazione, vantaggi, breve, crea, incertezza**. Ritorna la dimensione del “rischio”, che, in una duplice etimologia, rimanda a “sorte”, “destino”, “possibilità di conseguenze dannose o negative a seguito di circostanze non sempre prevedibili” e “scoglio, roccia tagliata a picco”, da cui il senso di pericolo, di azzardo.

Siamo dentro un’emozionalità conflittuale che oscilla tra impotenza ed onnipotenza. Un’onnipotenza che porta a sfidare il destino, ad “azzardare” contrastandolo con la “motivazione” (che rimanda a muovere, a ciò che spinge) a **creare** (che rimanda a “fare” e “produrre”), in vista di “vantaggi”. Ma lo sfidare una cosa così grande porta alla “frustrazione” come consapevolezza dell’inganno e dell’errore, porta a riversarsi entro l’immobilità dell’impotenza; riporta infine alla condizione di “atipicità” contraria alla tipicità, che implica invece un’impronta per fare altre impronte, un modello originario, un esempio. Il progettare il futuro è un azzardo, in assenza di impronte già tracciate, di esempi, di modelli originari. Siamo dentro una dimensione emozionale in cui il tempo pensabile è “breve”, si spezzetta in un presente duraturo, che configura il futuro come “incerto”: non “fissabile”, non “deciso”, non “scelto”, “indistinto”.

Diversamente dal 3° R.C., qui siamo confrontati con una dinamica collusiva fortemente ancorata al contesto del lavoro atipico; dinamica collusiva che non prevede “fughe” dentro miti compensatori e stereotipali che fondano appartenenze rassicuranti, ma che si dispiega entro un’emozionalità conflittuale, segnata da una parte dalla spinta a progettare il futuro e a svilupparsi, dall’altra dalla paura connessa al rischio nel farlo perché atipici, precari, senza tutele e sfruttati.

La flessibilità dunque si configura come vincolo allo sviluppo della propria *progettualità*. Il rischio è la caduta entro una posizione emozionale depressa ed impotente, che da un lato mortifica la spinta a costruire il proprio futuro, e dall’altro esaurisce la dimensione del lavoro entro un vissuto di precarietà che annulla ogni spazio mentale volto alla crescita professionale.

3.3. Repertorio Culturale 2

Questo repertorio rappresenta il 21 % delle frasi del testo.

Le prime parole che incontriamo e che hanno contribuito maggiormente alla composizione del cluster sono tutte racchiuse dentro le sigle **co_co_co** indicante il contratto di collaborazione coordinata e lavorativa e **co_pro** per il contratto a progetto, le due forme contrattuali che più si identificano con l’atipicità, l’atipicità del popolo dei collaboratori:

CO_CO_CO

CO_PRO

Sul piano legislativo con il termine *collaborazione* si fa riferimento all'assenza del vincolo di subordinazione; il collaboratore non è sottoposto al potere direttivo del datore di lavoro poiché non è inserito strutturalmente nell'organizzazione aziendale, gode inoltre di autonomia rispetto alle modalità della prestazione. Nello stabilire le modalità della collaborazione, tuttavia, la parola *coordinata* indica la necessità di sincronizzare l'attività del lavoratore al ciclo produttivo del committente. Il lavoratore parasubordinato, quindi, gode di autonomia organizzativa circa le modalità, il tempo e il luogo dell'adempimento, ma l'attività lavorativa deve comunque collegarsi funzionalmente e strutturalmente all'organizzazione dell'impresa. Per la giurisprudenza, la parola *continuativa* indica una serie di prestazioni lavorative reiterate in misura apprezzabile nel tempo, frutto di un accordo tra le parti. Nella collaborazione coordinata e continuativa non è previsto un tempo minimo o massimo di durata del contratto che può anche essere rinnovato più volte.

Così come nella collaborazione coordinata e continuativa, anche nella collaborazione a progetto introdotta dalla legge 30/03, la differenza con il lavoro autonomo è che il collaboratore agisce in modo prevalentemente personale, in assenza di rischio economico, senza mezzi organizzati d'impresa e in funzione del risultato da raggiungere. La nuova legge indica anche che il collaboratore a progetto non è un lavoratore dipendente e che perciò non deve essere sottoposto a vincoli di subordinazione: il committente non deve esercitare su di lui il potere direttivo e il potere disciplinare. Il lavoratore a progetto quindi per essere tale deve svolgere la sua attività in base al progetto o programma di lavoro assegnatogli dal committente, ma può gestire autonomamente la propria attività.

Successivamente, però, la circolare del ministero del Lavoro 1/04 ha sancito che l'autonomia del collaboratore deve necessariamente essere compatibile con le possibili richieste del committente di coordinamento con la propria attività.

Altra novità introdotta dalla legge 30/03, che differenzia le collaborazioni a progetto dagli altri contratti di collaborazione coordinata e continuativa, è che i contratti di collaborazione a progetto devono contenere l'indicazione di uno o più progetti specifici o programmi di lavoro o fasi di esso determinati dal datore di lavoro e in base ai quali saranno stipulati i contratti individuali di lavoro. L'indicazione del progetto, programma di lavoro o fase di esso è essenziale. Così come la sua durata, determinata o determinabile, il compenso e i criteri per la sua determinazione e le forme di coordinamento con il committente sull'esecuzione, anche temporale, della prestazione lavorativa.

L'incontro di co-occorrenza ci ha portato a descrivere le due forme contrattuali: è come se il cluster delineasse una dimensione informativa, come premessa contestuale della cultura in analisi. Ma veniamo alla parola successivamente associata:

CO_CO_CO CO_PRO
ENTE

Ancora una parola che sembra approfondire la descrizione dei due contratti, in particolare la posizione contrattuale rispetto all'**ente**, al committente che, come abbiamo visto, non può esercitare sul lavoratore alcun potere direttivo e disciplinare, ma porre nel suo lavoro delle richieste di "coordinamento". Rimanda anche ad "entità", a qualcosa che ha grande "importanza e valore" (1787, C. Beccaria). La parola sembra ribadire di nuovo le "condizioni" riportate sul contratto. Il cluster sembra restare entro una dimensione emotivamente piatta, puramente "descrittiva" di condizioni formali, regole, norme, prescrizioni sganciate, ancora una volta, dall'esperienza professionale e personale. Sembra un cluster "di facciata", che ribadisce la presenza di un contratto che, iniziamo ad ipotizzare, fa da "schermo" a qualcosa, all'esperienza emotivamente piena, e che si impedisce una verifica (come rendere vero, ossia realizzare) delle condizioni che contiene.

La parola successiva che incontriamo sembra ridurre ancora di più la polisemia del secondo incontro di co-occorrenza e avvallare la nostra ipotesi:

CO_CO_CO CO_PRO
ENTE ORARI

La parola **orari** introduce la dimensione “tempo” nel rapporto di lavoro. Rimanda ai confini temporali entro cui quotidianamente si svolge la prestazione lavorativa (orario di ingresso, di uscita, durata) secondo quanto previsto dalle tipologie contrattuali sopra esaminate (co_co_co, co_pro) e nell’ambito di quanto stabilito nel rapporto di contrattazione tra committente e prestatore d’opera. Siamo dentro formule, l’esperienza del lavoro è ridotta alle sole dimensioni contrattuali. La freddezza delle sigle (co_pro, co_co_co) sembra essersi estesa al lavoro che non può essere “raccontato”, non ha valore d’esperienza: è un’equazione matematica (non a caso altra parola che ritroviamo nel cluster è “numeri”, quasi ad indicare la scontatezza dell’esperienza (due più due fa sempre quattro) e la sua fredda linearità; è un fatto legislativo, una legge che obbliga, che mette dei vincoli, che garantisce, che va rispettata.

Successivamente entrano nel cluster due parole aventi lo stesso peso statistico che sembrano cambiare il quadro finora delineato.

CO_CO_CO	CO_PRO
ENTE	ORARI
RIFORMA	LIBERTA'

La parola **riforma** evoca ancora i cambiamenti entro la dimensione contrattuale ma testimonia un’apertura dello sguardo alla dimensione sociale. Riforma viene dal latino *reformare* “formare in maniera contraria”, “dare nuova forma allo scopo di migliorare, rinnovare, riordinare qualcosa”, “formare di nuovo”, “trasformare una situazione”, “modificare”: la staticità del cluster sembra per la prima volta essere scossa da qualcosa che si muove, che modifica, che implica l’“azione del portare”. Ancora, **libertà** viene dal latino *libertatem*, deriva da *liber* “libero”, “che non ha padrone, specialmente in contrapposizione a schiavo” (1348-1353, G. Boccaccia), “che ha piena libertà d’azione, di movimento e simili” (sec. XIII, A. Monte), “che ha il godimento della sua persona, che non è sottoposto ad alcun padrone, che fa, o può fare da Sé a suo senno, a piacere”, “che non è sottoposto a vincoli, obblighi, impegni” (1572, A. Di Costanzo). Rimanda al latino *liberum* da *libere*, far piacere, aggradare, onde *libens*, volenteroso, “perché sol chi è libero fa ciò che gli piace”. Libertà che non è autonomia (termine che nella sua etimologia fa riferimento alla presenza di leggi, anche se proprie) ma che rimanda all’idea di uno svincolo, che rimanda ad una tensione. E come se finalmente emergesse una dimensione personale da contrapporre all’impersonalità delle norme contrattuali. Ma quali significati può assumere questa tensione?

Vediamo il quarto incontro di co-occorrenza:

CO_CO_CO	CO_PRO
ENTE	ORARI
RIFORMA	LIBERTA'
DIPENDENTE	

Dipendente, dal latino *dependere* (composto di *de-* e *pendere*), “pendere in giù”, “essere sottoposto all’autorità, al potere altrui” (1540, F. Guicciardini), “chi, in un lavoro, dipende dal potere direttivo di un datore di lavoro” (1763-1765, G. Baretti). L’etimo della parola rimanda ad “obbedire”, “sottostare”, “soggiacere”, “essere subordinato”; parole che evocano un rapporto asimmetrico e gerarchico, in cui c’è chi sta in “alto” ed ha un “alto potere decisionale” e chi sta in “basso”, e vede ridotto questo potere.

Questa parola ci permette di definire in modo più chiaro i significati simbolici introdotti dalle parole sin qui analizzate; in particolare possiamo riconoscere dei confini di senso emozionale a quanto evocato dalla precedente parola densa, “libertà”. Possiamo ipotizzare che chi parla organizzi il proprio rapporto emozionale con le “formule” contrattuali (co_co_co, co_pro) dentro un dimensione simbolico-affettiva giocata sulla polarità “libero” *versus* “dipendente”.

Sembra che la possibilità, istituita dalla “riforma”, di avere “libertà” nello svolgimento dell’attività lavorativa si contrapponga ad una posizione emozionale “dipendente”, che rimanda ad un rapporto di lavoro contrassegnato da una disparità di potere.

Prendiamo in esame le parole dense successive con l’obiettivo di sviluppare la nostra ipotesi sulla cultura del repertorio. Esse sono: **numero**, **progetti** di lavoro, **compito**, **formalmente**, **prestazione professionale**, **maschera**.

Accanto alla polarità già individuata, ne possiamo riconoscere delle altre: “numero” fa venire in mente “qualsiasi”, una dimensione impersonale, “data” e “scontata” che rimanda a “dipendente” e si contrappone a “libero”; “progetto” di lavoro si contrappone al progetto – inteso come formula astratta e decontestualizzata – del contratto a progetto; “compito” (“opera o lavoro assegnato altrui determinatamente”) si oppone a “prestazione professionale”, al “mettere a disposizione” (dal latino *prestare*) un’attività, una competenza “riconosciuta” (dal latino *profiteri* “dichiarare apertamente”, “riconoscere”) partendo da una posizione di “libertà”, di “indipendenza”; e ancora, il “formalmente”, che segna uno “status”, qualcosa che dà forma alle cose e che “le fa essere veramente tali quali esse non sono”, richiama al modo di dire “tutta forma e niente sostanza” (da *sub-stare*, stare sotto, ovvero l’essenziale, altra cosa dalle apparenze).

Si ha l’impressione che, attraverso le contrapposizioni, avvenga una traduzione in termini emozionali del contratto quale “maschera” (dal latino medievale *màsca* strega e poi fantasma, larva, aspetto camuffato o ancora buccia di cipolla, e dall’arabo *maskharat*, buffonata, e dal fiammingo *maschelen* tingere di nero, macchiare, imbrattare). Sembra che qualcosa si “sveli”, che, finalmente, emergano le diverse facce della stessa medaglia, che dalla “forma” contrattuale emerga invece la “sostanza” dell’esperienza di lavoro. Un’esperienza ambigua, spesso “falsa”, un contratto-maschera in cui il gioco tra la libertà e la dipendenza è in realtà un “gioco di potere” che trasforma la prestazione professionale in un compito, il progetto professionale nella freddezza del progetto del contratto: in altri termini, la propria attività professionale si sgancia da obiettivi liberamente contrattati, e si riduce a compito assegnato, secondo gli orari ed i tempi decisi dal committente, da chi comanda. Non c’è dunque integrazione di competenze nel rapporto tra collaboratore e organizzazione committente. Siamo confrontati, all’opposto, con una relazione simbolizzata come asimmetrica, fondata cioè sul potere di chi sta in “alto” e può decidere e chi sta in “basso” e deve accettare: “il potere dell’uno sull’altro, un potere senza comunicazione interattiva, senza confronto e *senza competenza*” (Carli, Paniccia, p.71); un potere “dato” e “indiscutibile” che nel repertorio è evocato anche dall’assenza di verbi che rimandino a possibili forme di *azione* e *inter-azione* tra committente e collaboratore.

Proviamo a precisare quanto finora ipotizzato.

Quello che si vede *davanti*, su un piano formale e contrattuale, e che rimanda all’autonomia nello svolgimento della prestazione professionale, nasconde il vero volto dell’atipicità, ciò che c’è *dietro*: ovvero il lavoro ridotto a compito, all’esecuzione di prescrizioni sottoposte al controllo di chi sta in “alto”.

Chi parla si sente collocato dentro un contesto “falso” dove c’è soltanto una relazione basata sul potere incompetente, senza cioè un prodotto convenuto da ambo le parti.

Ricordiamo che il cluster in analisi si contrappone sul secondo fattore al 1° repertorio, che esprimeva un processo culturale del tutto polare a questo, in quanto centrato sul “rivendicare garanzie per progettare il futuro”. Qui al contrario questa dimensione è “impensabile”, ci si sente entro un mondo senza appartenenze ed anomico, retto dal potere del più forte, e che mortifica la spinta realizzativa personale e professionale; non si pensa al futuro, poiché si è presi entro una dinamica emozionale intessuta di rabbia e senso di impotenza, un’emozionalità violenta che schiaccia sul presente.

Il rischio che si delinea è quello proprio di una cultura adempitiva dove la libertà e l’autodeterminazione non si dispiegano nello sviluppo della propria competenza professionale, definendo progetti e concordando obiettivi, risultati, prodotti verificabili, ma si misurano esclusivamente con la norma sancita dal potere, sfidandola, trasgredendola.

Siamo confrontati dunque con una dinamica collusiva in cui la libertà che si potrebbe tradurre in autonomia e attivare un processo di sviluppo professionale, si configura all’opposto come *libertà dai vincoli del lavoro flessibile*, come risposta trasgressiva a delle norme “false” e ingannatrici, fatte per il datore di lavoro/committente, vissuto come potere mitico ed onnipotente.

3.4. Lo Spazio Culturale

Procediamo ora dando una visione d’insieme della dinamica collusiva che caratterizza i lavoratori con contratto atipico. Riportiamo il grafico (fig.2) che illustra le posizioni e le dimensioni entro lo Spazio fattoriale (o culturale) dei tre repertori appena analizzati.

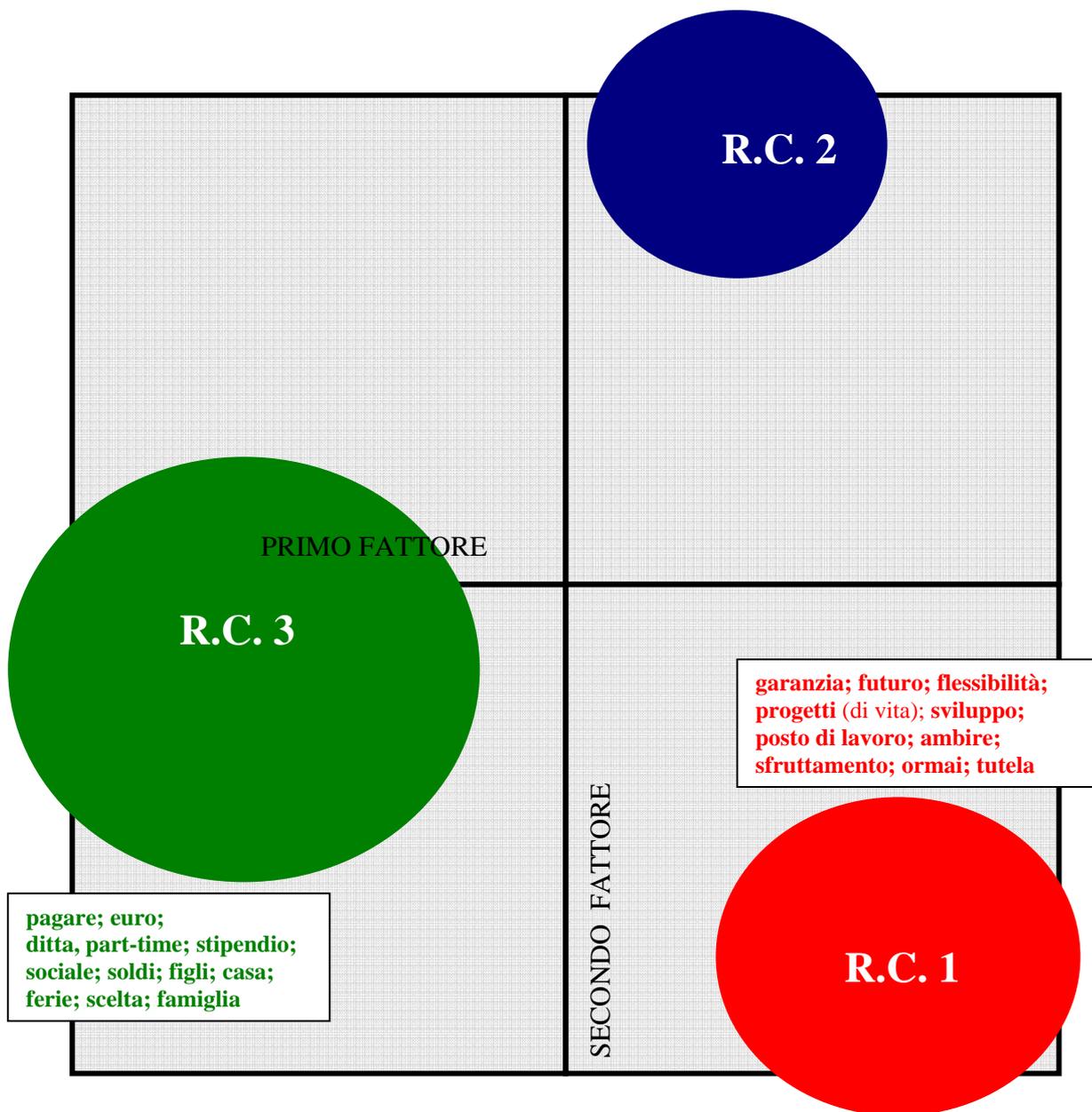


Fig. 2 Posizione e dimensioni dei Repertori Culturali entro lo Spazio Culturale

Alla sinistra del primo asse fattoriale, quello orizzontale, si situa il R.C. 3, che si contrappone ai R.C. 1 e 2 dislocati alle due estremità contrapposte del secondo asse fattoriale, quello verticale.

Vediamo quale significato dare ai tre repertori culturali, così come sono posizionati entro lo spazio fattoriale (per noi spazio culturale).

Cominciamo dall'asse orizzontale, dove si situa il R.C. 3, a cui appartengono, come già detto, il 49% delle frasi del testo, il repertorio più rappresentativo della Cultura in analisi.

Il 3° Repertorio è caratterizzato da una dimensione culturale fondata sul mito rassicurante del legame familiare, quale esito collusivo della fuga emozionale dal contesto di lavoro. Lo abbiamo chiamato *familismo amorale e consumistico*. La famiglia come mito, rifugio, isola felice; unico spazio dove possa esistere la morale ed il bene, perché il male è fuori di essa, in primis nel contesto del lavoro, luogo pubblico per eccellenza. Divenuto un luogo senza regole, anomico, in cui è assente un qualsiasi senso del "noi" che fondi legami d'appartenenza altri da quello familistico, il lavoro viene oscurato quale motore principale dell'integrazione e della coesione sociale, non offre nessun sostegno al processo di riconoscimento sociale, e dunque non rappresenta più l'orizzonte entro cui pensare e progettare la propria realizzazione personale. La sfera del lavoro si inaridisce fino ad essere identificata sul piano emozionale con i soldi necessari ai consumi famigliari. La responsabilità familiare, inoltre, è pensabile soltanto come responsabilità e potere economico: famiglia e soldi sono in un rapporto necessitato.

La drammaticità di questo vissuto emozionale si attenua nei R.C. disposti sul secondo asse fattoriale e contrapposti al 3°; repertori che permettono nel contempo di cogliere con maggiore chiarezza gli elementi polari e scissi che istituiscono lo spazio culturale in analisi.

L'asse verticale, dove si contrappongono i R.C. 2 e 1, si caratterizza come fattore dove si pensa, contrariamente a quanto accade nel 3° R.C., alla relazione tra le esigenze individuali di *sviluppo di sé* e le caratteristiche vincolanti del contesto di lavoro atipico.

In alto, troviamo il R.C. 2, che possiamo definire della *falsa libertà*. Si tratta della dimensione culturale relativa alla simbolizzazione del contesto come "falso": la spinta alla libertà non si traduce in autonomia, e si esaurisce entro il gioco di potere regolato collusivamente da adempimenti e trasgressioni. Siamo dentro un mondo del lavoro anomico, dove le regole sono "false" e fatte su misura per il datore di lavoro/committente; la possibile risposta però non è la fuga entro i vincoli familistici del 3° R.C., ma la libertà anarchica e solipsistica. Si è dentro la consapevolezza dell'inganno; si è dentro la falsità e la contraddittorietà tra il livello legislativo da una parte e "quello che accade in realtà" dall'altra e, ancora, dentro l'istituzione culturale, attraverso dimensioni di accordo collettivo, del "doppio stato" che regge osservazioni come "tanto siamo in Italia!", o "succede solo in Italia", palesando l'evidenza della dimensione collusiva.

In basso, contrapposto al R.C. 2, troviamo il R.C. 1, che definisce un'altra dimensione culturale, quella connessa alla *progettualità*. Qui i vincoli vissuti entro il contesto non si inscrivono entro la dinamica collusiva improntata alla trasgressione, ma nel vuoto di tutele e protezioni del lavoro flessibile, precario, instabile, provvisorio, che configgono con la spinta e la motivazione a progettarsi. Il lavoro è pensato come stabilità e opportunità di sviluppo, di progettare il futuro; stabilità e sviluppo immaginate però legate al posto di lavoro fisso, al lavoro dipendente, al di fuori del quale pensare al futuro si trasforma in qualcosa di rischioso. Nel R.C. 1 emerge dunque con chiarezza cosa accomuna il "noi" degli atipici: l'instabilità del lavoro e l'incertezza del futuro. Si tratta di un'area simbolica che pone al centro la dimensione progettuale intesa come motivazione a dare senso alla propria vita dinanzi al rischio del *non senso* rappresentato dal contesto di lavoro atipico. Nella spinta verso il futuro e lo sviluppo si intravede la speranza, conflittuale entro il contesto della flessibilità del lavoro, di un'uscita dall'anomia; c'è un avanzamento rispetto all'integrazione acritica familistica (R.C. 3) e alla libertà anarchica e trasgressiva (R.C. 2), che delinea un sistema culturale in evoluzione e non chiuso difensivamente entro la reattività ad un mondo del lavoro "privo di senso".

Possiamo ipotizzare ora con maggiore precisione i motivi della polarità dei R.C. 2 e 1, disposti sul secondo fattore. La domanda di sicurezza, di stabilità, possibile solo se si è dentro un'organizzazione, se si è parte di essa, si contrappone alla domanda di libertà che, seppur iscritta entro la dinamica collusiva della trasgressione, non prevede appartenenza organizzativa. Tale tensione contrapposta tra libertà e sicurezza genera due movimenti collusivi, che rischiano di tradursi nella reattività rabbiosa e trasgressiva schiacciata sul presente del R.C. 2, o nella

posizione impotente e depressa, più vicina al R.C. 1, quale esito dell'impossibilità di progettare nel lungo termine.

Sembra che il sistema collusivo istituito con i contratti atipici delinei dei modi culturali di gestione del "vuoto" di stabilità e di appartenenza contrapposti ed estremamente diversificati.

Un vissuto emozionale di vuoto rappresentato in tutta la sua drammaticità nel R.C. 3 dove il silenzio sul lavoro viene colmato collusivamente dalla fuga nell'obbligo sociale inscritto nel vincolo familiare amorale e consumistico. Si tratta della presenza di un "fuori" mitico e irrealistico che mostra la dimensione simbolica più rilevante entro lo spazio culturale in analisi: l'assenza di un "dentro", che da un lato contiene e dà sicurezza, e dall'altro orienta il processo di integrazione sociale e di realizzazione personale.

Assenza o vuoto di appartenenza che si declina sul secondo asse fattoriale nella contrapposizione problematica tra *libertà trasgressiva* e *progettualità a rischio*.

Da atipici ci si muove entro l'organizzazione presso cui si lavora in modo individuale, come monade senza appartenenza, ponendo se stessi al centro dei propri progetti o del proprio comportamento organizzativo. Il processo di individualizzazione sembra avere un duplice esito: da un lato l'incertezza, da caratteristica del contesto in cui i lavoratori si muovono, diviene sempre di più anche una peculiarità dei progetti che essi pensano, assume, cioè, una dimensione soggettiva: posto di fronte ad un contesto altamente mutevole, l'individuo si trova dunque a dover compiere delle scelte sempre più complesse e deve continuamente prendere delle decisioni senza avere un quadro preciso delle loro conseguenze; dall'altro si delinea un secondo aspetto del processo di individualizzazione, ovvero la spinta alla libertà e all'autodeterminazione che però entro il contesto "falso" del lavoro atipico diviene libertà anarchica e trasgressiva.

Se con il R.C. 3 si evidenziava il fallimento del lavoro quale motore del riconoscimento sociale e della realizzazione personale, con i R.C. 1 e 2 emergono le dimensioni polari e scisse che ne ostacolano lo sviluppo in questa direzione. Il rapporto di lavoro atipico istituisce o una *libertà* senza progettualità, e pertanto trasgressiva, in cui viene meno l'assunzione di responsabilità verso lo sviluppo della propria competenza professionale; o una *progettualità* bloccata dall'ansia e dall'incertezza dell'individualizzazione precaria e della frammentazione dell'esperienza lavorativa, che comportano il sentire su di sé tutta la responsabilità della definizione del proprio percorso personale e professionale, e dei rischi che ne derivano.

4. Riflessioni conclusive

Dal lavoro di analisi condotto fin qui⁸ possiamo trarre delle prime informazioni intorno alle conseguenze psicosociali derivanti dalla diffusione del rapporto di lavoro atipico. Informazioni che ci sollecitano ad una riflessione critica sulla legislazione attuale che regola il mercato del lavoro.

I *modelli culturali specifici* emersi testimoniano come l'introduzione della flessibilità abbia messo in crisi il significato e la funzione del lavoro quale dimensione *dominante* e *determinante* nel percorso di realizzazione personale e professionale da un lato, e nei processi di integrazione e coesione sociale dall'altro.

⁸ Il presente lavoro rappresenta la prima fra le tappe necessarie della ricerca tuttora in corso che adotta la metodologia ISO al fine di realizzare la mappatura culturale di una specifica area: nel nostro caso, della popolazione dei lavoratori atipici in riferimento all'esperienza di lavoro con contratto atipico. Tale mappatura permette di individuare gli indicatori di sviluppo organizzativo della cultura rilevata all'interno dell'area in analisi, di ipotizzarne le linee evolutive e le dimensioni critiche. La fase che abbiamo descritto, basata sull'analisi emozionale di testi derivati da interviste di un gruppo limitato di soggetti, ha portato all'individuazione di *modelli culturali specifici*, significativi del gruppo sociale degli intervistati (R.Carli, S.Salvatore, 2001). Modelli che hanno poi rappresentato delle "tracce culturali" per la costruzione del quasi questionario o Strumento ISO, composto da espressioni linguistiche caratterizzanti le aree culturali che si intendono analizzare, per arrivare infine ad un questionario snello e di rapida applicazione, che consentirà, nelle prossime fasi della ricerca, di raggiungere, anche telefonicamente o via internet, un numero esteso di persone, costituendo un campione rappresentativo della popolazione target.

La divaricazione tra appartenenza all'organizzazione, sempre più transitoria, stabilità e sviluppo delle carriere professionali rende la dimensione lavorativa estremamente problematica, e spinge il singolo ad assumersi su di sé tutti i rischi nel progettare la propria vita personale e professionale.

Da atipico, il singolo lavoratore deve dunque farsi carico *da solo*, in assenza di punti di riferimento esterni, del proprio progetto di vita. Il lavoro come stabilità e sviluppo non è più pensabile e non rappresenta più un elemento di inserimento nella realtà sociale, non dà più alcuna garanzia di riconoscimento e valorizzazione sociale.

Sono forti i rischi di scissione, di presa di distanza dalla propria realtà interna ed esterna che, come abbiamo visto con il R.C. 3, portano a rifugiarsi entro dimensioni d'appartenenza mitiche e idealizzate – la famiglia – quale vie di protezione o fuga dall'esperienza del lavoro, sempre più spezzettata, priva di senso, e ridotta alla sola dimensione del guadagno; e dunque essa stessa scissa: dal suo contenuto, e da qualsiasi riferimento alla costruzione di competenze professionali.

A fronte delle sollecitazioni alla flessibilità, il singolo lavoratore è chiamato a mentalizzare un'esperienza frammentata; ciò che faceva, ciò che fa, e quello che farà sono sempre più difficilmente rappresentabili su un percorso lineare. Il rischio a cui è esposto è quello di un blocco della capacità di pensare alla propria crescita personale e professionale in una dimensione di progressività temporale; il tempo sembra essere spezzettato: passato, presente e futuro si ignorano; per far fronte alle sollecitazioni della flessibilità, nella grande difficoltà a ricomporre e mentalizzare la propria storia professionale, inavvertitamente il tempo sembra essere trasformato in una successione di presenti. Un appiattimento di sé sul presente espresso con grande chiarezza nel R.C. 2, dove la consapevolezza della "falsità" del contesto del lavoro atipico rischia di esaurirsi in un atteggiamento trasgressivo nei confronti del potere del datore di lavoro/committente, eludendo la pensabilità di progetti, obiettivi, prodotti legati alla propria crescita professionale e personale, e pertanto tenendo a distanza il futuro. Per tutti, ma soprattutto per i giovani, si può aprire uno scarto accentuato tra la spinta all'autorealizzazione, all'affermazione di sé, e le possibilità effettive di realizzazione; scarto responsabile della riduzione della sicurezza interiore e della possibilità di legame sociale, da un lato, e di espressione di sé attraverso il lavoro, dall'altro.

Costruirsi una carriera lavorativa in contesti di grande flessibilità ed incertezza richiede al soggetto la capacità di ricomporre in una narrazione, in un percorso dotato di senso incontri, episodi, esperienze, competenze. Ma in questo tragitto di costruzione continua del proprio *sé professionale* è importante sentirsi individui ma non essere soli. Il richiamo esclusivo al singolo orienta verso l'individualismo, verso una rappresentazione onnipotente di individui capaci di dotarsi autonomamente di un'identità lavorativa, mentre il singolo è inevitabilmente sociale. Ricordiamo quanto emerso nel R.C. 1, in cui abbiamo evidenziato una dinamica emozionale caratterizzata dall'oscillazione tra impotenza ed onnipotenza nel progettare il proprio futuro; da individui *individualizzati* la spinta a pensare il futuro diviene un atto di eroismo, titanico, un azzardo che esita nell'immobilità dell'impotenza, perché comporta il sentire su di sé tutta la responsabilità della definizione del proprio percorso personale e professionale, e dei rischi che ne derivano. Il rischio quindi è la caduta entro una posizione emozionale depressa ed impotente, che da un lato mortifica la spinta a costruire il proprio futuro, e dall'altro esaurisce la dimensione del lavoro entro un vissuto di precarietà che annulla ogni spazio mentale volto alla crescita professionale.

Se entro il contesto di lavoro, ci si vive come monade, come sommatoria di individui, senza alcun riferimento ad appartenenze aziendali, professionali e sindacali come non essere travolti dalla flessibilità?

Si tratta di una questione rilevante nella riflessione sui possibili percorsi politico-istituzionali volti a superare la divaricazione tra contesto di lavoro atipico e sviluppo della competenza professionale. Abbiamo visto come in passato fosse l'appartenenza forte all'organizzazione entro cui si lavorava a garantire l'accesso e lo sviluppo dell'identità lavorativa. Anche il sindacato ha giocato – e gioca ancora, almeno per i lavoratori con contratto standard, full time e a tempo indeterminato – un ruolo significativo in tal senso, garantendo la difesa e l'esigibilità dei diritti, da una parte, ma anche la pensabilità sul lavoro e sul suo significato in termini collettivi e condivisi. Si tratta di appartenenze che rappresentano delle "comunità di pratiche di riferimento". Da numerosi studi (Ajello, Meghnagi, 1998; Zucchermaglio, 1996; Pontecorvo, Ajello, Zucchermaglio, 1995) si evidenzia come sia proprio l'appartenenza ad un gruppo professionale o al collettivo di lavoro a fungere da elemento portante della costruzione di un saper fare professionale. Appartenenza che non è costituita dal semplice "fare" a prescindere da dove, come, con chi realizzare una data attività; l'esperienza

lavorativa si lega al contesto sociale, all'organizzazione in cui si realizza, al sistema di relazioni che l'accompagna e al tipo di elaborazione condivisa e soggettiva delle conoscenze stesse. Il processo di apprendimento e di sviluppo professionale è l'esito di percorsi complessi e *situati* entro i contesti in cui il lavoratore dispiega il proprio saper fare in rapporto ad altri: le persone coinvolte danno origine ad una comunità in grado di comprendersi e sostenersi, costruendo nel processo interattivo un "terreno comune" in cui identificarsi, o almeno identificare una certa parte della propria identità, la parte professionale.

Ora con la flessibilità queste appartenenze sono entrate in crisi. E con loro la possibilità di riconoscersi entro una comunità di pratiche professionali e lavorative, che renda possibile il confronto e lo scambio intorno ai tragitti di crescita professionale e di carriera. Quello che manca ai lavoratori atipici dunque è proprio la tessitura entro un contesto sociale saliente e condiviso che funga da punto di riferimento contro la tendenza alla frammentazione dei percorsi identitari legati al lavoro.

I modelli culturali specifici emersi ci sollecitano ad una profonda riflessione intorno alle conseguenze psicosociali che potrebbero scaturire da un ulteriore ed indiscriminata proliferazione dei contratti di lavoro flessibile. Ci riferiamo in particolare a tutti quei casi di abuso e sovrautilizzo dei contratti di collaborazione a progetto da parte delle imprese, e avallate dalla politica, al fine di scaricare sui lavoratori i rischi connessi all'estrema turbolenza del sistema economico internazionale.

Se, come discusso in premessa, l'azione politica può essere concepita come un potenziale servizio orientato ad un "cliente" passando per la conoscenza e la successiva presa in carico di specifiche domande sociali, crediamo che il "prodotto" della ricerca-intervento presentata possa contribuire all'acquisizione di una competenza, da parte delle istituzioni politiche, che si concretizzi in una capacità progettuale con articolati processi di esplorazione e di interlocuzione con i "fruitori" delle proprie azioni e una costante verifica dei modelli di azione scelti. In altri termini, ipotizziamo che la rilevazione, la misurazione e l'analisi delle *dimensioni culturali* che caratterizzano i lavoratori atipici possano costituirsi quali *indicatori della competenza a trattare con l'estraneo* da parte delle istituzioni, dando a queste dei suggerimenti e linee strategiche per l'azione politica orientata ad un prodotto sociale ovvero all'utilizzo della riforma del lavoro in una direzione di *sviluppo*.

Bibliografia

Ajello, A.M., & Meghnagi S. (1998). *La competenza tra flessibilità e specializzazione: Il lavoro in contesti sociali e produttivi diversi*. Milano: FrancoAngeli.

Almagesti, M., et all. (2003). *L'Italia Flessibile*. Roma: ManifestoLibri.

Banfield, E. C. (1976). *Le basi morali di una società arretrata*. Bologna: Il Mulino.

Barus-Michel, J., Enriquez, E., & Levy, A. (2005). *Dizionario di Psicosociologia*. Milano: Raffaello Cortina.

Carli, R. (2000). *Il contributo della psicologia per lo sviluppo della convivenza nella città*. Da www.spsonline.it.

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

Carli, R. (2004). *L'identità della professione psicologica e la costruzione di una epistemologia comune*. Da www.spsonline.it.

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

Lazio. Roma: Kappa.

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

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

Di Maria, F. (a cura di). (2000). *Psicologia della convivenza*. Milano: FrancoAngeli.

Ginsborg, P. (1989). *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi. Società e politica 1943-1988*. Torino: Einaudi.

Ginsborg, P. (1998). *L'Italia del tempo presente: Famiglia, società civile, Stato*. Torino: Einaudi.

Ginsborg, P. (2004). *Il tempo di cambiare*. Torino: Einaudi.

McClelland, D.C. (1958). Methods of measuring human motivations. In J.W. Atkinson (a cura di), *Motives in fantasy, action and society*. New York: Van Nostrand.

Paniccia, R.M. (2000). *La verifica della soddisfazione del cliente come integratore di professionalità e servizi*. Da www.spsonline.it.

Pontecorvo, C., Ajello, A.M., & Zucchermaglio, C. (1995). *I contesti sociali dell'apprendimento. Acquisire conoscenze a scuola, nel lavoro, nella vita quotidiana*. Milano: LED.

Putnam, R. D., (1997). *La tradizione civica nelle regioni italiane*. Milano: Mondadori.

Altan, T. C., (1986). *La nostra Italia*. Milano: Feltrinelli.

Zucchermaglio, C. (1996). *Vygotskij in azienda: Apprendimento e comunicazione nei contesti lavorativi*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Un Intervento in un Centro di Salute Mentale

di Rosa Maria Paniccia*, Anna Di Ninni**, Paola Cavalieri***

Premessa

Proporremo il resoconto di una consulenza effettuata presso un Centro di Salute Mentale (CSM) di una città italiana di oltre un milione di abitanti. Faremo precedere il resoconto del caso da alcune note sull'evoluzione dei servizi di salute mentale in Italia negli ultimi 30 anni. Le stesse categorie psicologico cliniche di analisi delle relazioni organizzative adottate per tracciare questo percorso saranno poi utilizzate nella resocontazione dell'intervento nel CSM. Le considerazioni introduttive sull'evoluzione dei servizi di salute mentale potranno essere utili a chi non conosce in modo approfondito le specificità della realtà italiana. In un senso più generale, tuttavia, riteniamo sempre utile riassumere le caratteristiche del contesto in cui lo psicologo interviene. Proponiamo infatti un'ottica di intervento che mettendo in stretta relazione metodologie e contesto in cui l'intervento si realizza, comporta una approfondita conoscenza del contesto stesso.

Diremo cos'è un resoconto per noi, e perché l'intervento nel CSM ricade nell'ambito psicologico clinico. Nell'ottica degli autori, ogni intervento che utilizzi come strumento la relazione tra psicologo e cliente è un intervento psicologico clinico.

Quanto al resoconto, per lo psicologo clinico la continua resocontazione di ciò che si va facendo è lo strumento che maggiormente contribuisce ad organizzare e verificare l'intervento. Resocontazione rivolta tanto allo staff che interviene quanto al cliente, ed effettuata a partire dalla lettura della domanda di quest'ultimo per procedere poi con il progetto, la sua attuazione e la sua verifica. Proponiamo qui, attraverso la resocontazione dell'intervento nel CSM in un contesto di confronto scientifico, l'ultima versione di quella resocontazione che ci ha permesso di condurre e verificare l'intervento stesso. Vedremo come la relazione tra psicologo e cliente mentre viene resocontata viene anche costruita, attraverso categorie psicologico cliniche. Poiché si tratta di una resocontazione effettuata dopo la conclusione dell'intervento stesso, oggi ne proponiamo soprattutto la funzione di verifica.

Evoluzione e prospettive dei Dipartimenti di Salute Mentale

I principi istitutivi del Dipartimento di Salute Mentale

La disciplina legislativa avviata dalla legge n. 180 del 1978¹ ha promosso un nuovo approccio alla malattia mentale. Gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico sono stati modificati: dal controllo sociale dei malati di mente, alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali. Al tempo stesso, il legislatore ha avviato la riorganizzazione delle istituzioni assistenziali. E' stata attribuita centralità agli interventi territoriali affidati ai servizi, anziché a quelli fondati sul ricovero ospedaliero come era in precedenza. Ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL) deve

* professore associato di psicologia clinica nella facoltà di Psicologia 1 dell'Università La Sapienza di Roma.

** psichiatra, professore a contratto nella facoltà di Psicologia 1 dell'Università La Sapienza di Roma.

*** specialista in psicologia clinica

¹ La legge n. 180 del 1978, successivamente riassunta dalla legge di Riforma Sanitaria n. 833 del 1978, è la prima tappa di un percorso legislativo che successivamente, e per alcuni tardivamente, ne ha precisato i contenuti. Si rimanda il lettore interessato al DPR del 7 aprile 1994, progetto - obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", e al DPR del 10 novembre 1999, progetto - obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000". Si ricorda inoltre che l'assistenza sanitaria è regolata da legislazioni regionali, che differenziano sul territorio nazionale gli assetti organizzativi delle strutture dedicate alla salute mentale.

istituire un Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Il DSM è composto di diverse strutture: una struttura territoriale, il Centro di Salute Mentale (CSM) sede organizzativa del Dipartimento; un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso gli ospedali generali; strutture intermedie per attività in regime semiresidenziale (centro diurno e/o *day hospital*) e strutture per attività in regime residenziale (ad esempio, comunità terapeutico - riabilitative, socio-riabilitative, comunità alloggio). Il modello organizzativo dipartimentale è stato ritenuto in grado di promuovere la programmazione unitaria e la gestione delle attività finalizzate alla protezione della salute mentale nelle sue componenti preventive, curative e riabilitative.

Sofferamoci sul Centro di Salute Mentale, la struttura presso la quale si è svolto l'intervento qui resocontato. L'attuale legislazione² attribuisce al CSM ampie aree di intervento nel territorio di competenza, attribuendogliene il coordinamento. Il CSM individua risorse nel tessuto sociale e le integra per realizzare la personalizzazione degli interventi. Ricordiamo che il mandato sociale³ del DSM, sostenuto anche da reiterate raccomandazioni dell'OMS⁴, è caratterizzato da due priorità: l'esplorazione di ciò che le persone chiedono ai servizi e gli interventi fondati sul consenso. Di conseguenza la funzione del Centro di Salute Mentale nel DSM si realizza quando è orientato alla conoscenza dei problemi che le persone, i gruppi, i contesti portano. La legge indica tali finalità, i differenti DSM dovrebbero tradurle in obiettivi. Di fatto, come vedremo, le finalità della legge stentano a tradursi in coerenti azioni dei servizi.

Trenta anni di storia

Proponiamo ora una rilettura dei quasi trenta anni di storia dei CSM. Utilizzeremo quali criteri fondamentali l'evoluzione del mandato sociale, del rapporto tra servizi e utenti, dell'intervento sanitario. Al contempo ci soffermeremo sulle maggiori criticità che oggi si pongono nella tutela della salute mentale.

I Dipartimenti di salute Mentale nascono dall'ipotesi di trattamento socio-sanitario del disturbo mentale. In questo si differenziano profondamente dalle altre organizzazioni della Sanità. I DSM sono subito comparsi come una dimensione organizzativa inusuale, nuova, come una sfida interessante. Per questo motivo, il loro assetto organizzativo è risultato inadatto ad essere sostenuto dall'assetto collusivo⁵ tipico delle strutture ospedaliere. Negli ultimi venti anni hanno seguito un'originale evoluzione. Di seguito vengono proposti i diversi modelli orientanti il loro

² DPR 10 novembre 1999: progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000".

³ Nel corso di questo lavoro si fa riferimento a specifici modelli della relazione organizzativa, che sono declinazioni di una più generale teoria della collusione come teoria psicologico clinica della relazione sociale. Intendiamo per mandato sociale quella fonte di legittimazione dell'operato professionale che deriva da premesse che esprimono valori condivisi entro la comunità in cui il mandato opera. Mentre indichiamo nella committenza l'integrazione tra mandato sociale e domanda del cliente, attraverso la declinazione in specifici obiettivi concordati con il cliente, delle generali finalità del mandato.

⁴ Gli indirizzi presenti nella legge italiana sono coerenti con quanto indicato in ambito internazionale. A partire dagli anni '90, anche l'OMS si è più volte espressa in tema di salute mentale. In particolare dopo il noto studio epidemiologico promosso dalla World Bank, che indica il problema della salute mentale come priorità del XXI secolo. (Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinmann, A. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York-Oxford: Oxford University Press (trad. it. *La Salute Mentale nel Mondo*, Bologna, Il Mulino, 1998). In questa pubblicazione l'OMS indica cinque principi organizzativi per promuovere l'efficacia dei servizi. Li elenchiamo soltanto, rinviando al testo per una loro più chiara definizione. I servizi devono essere: *Decentralizzati*, per assicurare prossimità alla domanda e continuità agli interventi; *versatili*, cioè "orientati per problemi"; *culturalmente integrati*; *economici*; *in grado di sviluppare risorse*.

⁵ Gli autori fanno riferimento a una teoria psicologico clinica della relazione sociale e dell'intervento psicologico, in cui è centrale la nozione di collusione. Per collusione si intende la simbolizzazione affettiva condivisa di un contesto, da parte delle persone che a quel contesto appartengono. La teoria della collusione e la metodologia dell'analisi della domanda come conseguente teoria dell'intervento sono state sviluppate in numerosi articoli e volumi. Si veda Carli, R., & Panizza, R. M. (2005). *Casi Clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino, per una sintesi recente di tale modello.

funzionamento. La loro successione non è lineare; si tratta infatti di dimensioni culturali la cui prevalenza cambia nel tempo, ma la cui presenza non si annulla.

Fase ideologica. Nel momento della loro istituzione, i DSM vengono proposti dalle leggi e attivati su tutto il territorio nazionale come strutture organizzative alternative al sistema ospedaliero. Sono presenti soprattutto infermieri, medici, pochi assistenti sociali, qualche psicologo⁶. La cultura prevalente è militante e finalizzata alla deistituzionalizzazione. Uno degli aspetti con cui si presenta la dimensione militante è la *sdifferenziazione dei ruoli* lavorativi. In questa fase nasce la definizione di “operatore dei servizi”. L’operatore condivide con gli utenti un’ideologia comune di liberazione. Il destinatario dell’intervento è la società civile. La lotta all’istituzionalizzazione si configura come un evento con un valore “di per sé”, e con effetto terapeutico: il metodo corrisponde all’esito. Però il vissuto prevalente, relativamente all’accesso ai servizi, è quello dell’*obbligatorietà* come nei manicomi. Nuovi servizi ideologizzati e sistema manicomiale condividono il presupposto dell’eliminazione della variabilità del soggetto e della sua domanda, anche se a partire da valori opposti. In questa prima fase i DSM corrispondono ai soli Centri di Salute Mentale. Nella loro funzione di accoglienza della domanda e trattamento del paziente, realizzano prevalentemente un’attività ambulatoriale o domiciliare. Effettuano tuttavia anche interventi sul contesto sociale, attivando risorse territoriali, dalle parrocchie alle attività sociali organizzate. Il paziente in questa fase diventa un oggetto di salvezza, di oblatività; il militante fa del bene per definizione. E’ utile ricordare che la sacrificialità, in quanto valore in sé, ignora una verifica dell’operato. Non c’è un prodotto, un risultato convenuto. *La funzione organizzativa si annulla* e la domanda è obbligata, in arrivo attraverso un’eredità manicomiale. Si alimenta la cultura del lavorare ai limiti dell’impossibile; il clima è di sacrificio e volontarietà. Il radicamento territoriale di questi servizi, la loro prossimità alle residenze degli utenti, la visibilità della loro utilizzazione, li rende in molti casi difficilmente avvicinabili: il clima è quello dello *stigma*, ancor più di oggi. Il mandato sociale di demanicomializzazione che ha dato vita a questi servizi, non muta immediatamente il vissuto della loro utilizzazione. Tale vissuto li rende tanto obbligatori quanto indesiderabili, pur con tutta la loro ideologia di liberazione rispetto al manicomio stesso. Nonostante l’obbligatorietà della relazione operatori – utenti, è comunque possibile sviluppare interventi innovativi, tarati su bisogni nuovi o precedentemente inespressi. Questo fa dell’esperienza italiana un laboratorio interessante per molti altri paesi.

Fase della tecnicità⁷. Nei successivi dieci anni è avvenuta l’evoluzione “*dal paziente obbligato al paziente garantito*”. Cambia il rapporto tra i servizi e l’utenza. Il paziente obbligato, tipico della cultura manicomiale, arrivava nei primi DSM in eredità dal manicomio. Non se ne considerava la domanda, e si faceva riferimento a un mandato sociale che guardava alla sua gravità e alla necessità di contesti contenitivi della sua presenza. Il paziente garantito è all’interno di una nuova cultura, quella della sanità pubblica di tipo specialistico. Un tecnico forte e un profano debole si incontrano entro una relazione che avalla collusivamente tale dipendenza. In questa seconda fase

⁶ Carli, R., Guerra, G., Lancia, F., & Paniccia, R.M. (1984). L’intervento psicosociale nei Servizi di Igiene Mentale: Un’esperienza. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 75 - 95.

⁷ Proponiamo qui ancora un modello della relazione organizzativa derivante dalla teoria della collusione. Per tecnicità si intende un tipo di relazione in cui un tecnico forte è in rapporto con un profano debole. La dipendenza di quest’ultimo dal primo è al tempo stesso reversibile, circoscritta e caratterizzata da una forte asimmetria: il sapere che organizza l’intervento è tutto del tecnico. Non si chiede al profano altra competenza che quella di affidarsi al sapere del tecnico. Il modello di relazione medica è buon esempio di quanto diciamo. Non a caso il modello della tecnicità segna più di ogni altro l’organizzazione sanitaria. Ed ostacola tanto lo svilupparsi di una competenza organizzativa, quanto il correlato orientamento al cliente della sanità. Quando in questo lavoro iniziamo sottolineando la specificità innovativa dei Dipartimenti di Salute Mentale entro la sanità, rileviamo il tentativo di trattare un problema che non è così facile ricondurre entro i parametri della malattia, come la salute mentale, entro un contesto più adatto di quello propriamente sanitario. Quanto questo intento sia realizzabile, è sullo sfondo di questo lavoro. Anche l’orientamento al cliente nei termini da noi proposti è un modello di relazione collusiva. Quello per il quale c’è un rapporto tra un tecnico debole e un profano forte. Forte della sua domanda e del suo problema, al servizio dei quali si pone la competenza tecnica, entro un rapporto di conoscenza e non di controllo emozionale dell’altro.

aumenta la presenza dei medici, gli assistenti sociali divengono una risorsa importante, ma soprattutto aumentano gli psicologi. Le teorie della mente si propongono in maniera attiva e le psicoterapie cominciano ad avere le proprie scuole. Dagli anni '80 agli anni '90, mentre si continua a sviluppare una psichiatria di comunità, la cultura della tecnicità fa soprattutto riferimento alle psicoterapie. Entro l'organizzazione dei servizi, la tecnicità si traduce nello sviluppo di una funzione di accoglienza finalizzata a fornire una sorta di sommatoria di prestazioni tecniche. Le prestazioni tecniche divengono fondamentali anche per la definizione e la differenziazione dei ruoli organizzativi, che vengono confusi con le professioni. La tecnicità spinge i servizi verso l'autocentratura, dotandoli di un filtro orientato ad accogliere quanto le diverse tecniche permettono di affrontare. Si crea una popolazione di specialisti medici, psicologi e psicoterapeuti in difficoltà nel garantire e assicurare un'integrazione dentro ai servizi, nel costruire linee d'intervento che considerino risorse, strumenti e obiettivi. In altri termini, si crea una popolazione di specialisti che ignorano l'organizzazione e il suo funzionamento. Ciò ha rilevanti conseguenze sulla cultura della verifica. La tecnica ha risultati attesi, previsti dalla procedura che la caratterizza. Altro è il prodotto di persone con competenze professionali, organizzate, entro una cornice strategica, in ruoli e funzioni per offrire un servizio a un cliente⁸. Ove il servizio al cliente e la sua verifica sono più importanti del risultato delle tecniche. La cultura della tecnicità che ignora l'organizzazione si traduce nei servizi in un grande investimento sui tentativi di valutazione degli esiti dei trattamenti, con la conseguente importanza della raccolta di dati quantitativi. Si incrementa la ricerca psicofarmacologica e l'uso dei nuovi farmaci si diffonde anche in conformità ad una crescente necessità di monitoraggio sulla qualità delle prestazioni tecniche e dei loro risultati. Le concezioni biogenetiche, psicogenetiche e sociogenetiche della malattia mentale si incontrano nei servizi attraverso la giustapposizione di professionisti ancorati a forti appartenenze di scuola.

Si evidenzia quanto i DSM siano ancora poco articolati sotto il profilo organizzativo e alla ricerca di modelli di integrazione, mentre crescono le diverse strutture al loro interno. Modelli di integrazione che è ben difficile trovare se si centra l'interesse sui risultati di tecniche strutturalmente confliggenti tra loro, e al tempo stesso manca l'attenzione al cliente e alla verifica del servizio. I Centri di Salute Mentale si configurano come luoghi di sommatoria di tecniche: questo ad opera tanto della componente psicologica quanto di quella medica, per la maggior parte di formazione psicoterapeutica (analitica, relazionale, cognitivista). Proprio per questa situazione, i CSM si sono trovati ad essere uno dei più forti fattori di sviluppo dei nuovi modelli psicoterapeutici. Nei servizi delle grandi città, psicoanalisti, cognitivisti, relazionali, hanno portato avanti dibattiti e discussioni, critiche e scambi. L'aspetto interessante di questi confronti è stato da una parte il rafforzamento dell'irriducibilità dei modelli teorici di cui i diversi interlocutori erano portatori, dall'altra parte la loro messa in discussione e l'emergenza di una sorprendente somiglianza delle pratiche. Questo soprattutto rispetto ai casi dei cosiddetti pazienti gravi, sfida e limite degli stessi modelli. Che non a caso hanno circoscritto il combattimento tra loro entro questa unica arena della gravità; affrontare i più generali problemi dei servizi e una domanda diversa da quella dei pazienti gravi richiederà altre competenze.

Fase attuale. L'attualità è caratterizzata da una grande complessità, che si traduce in una disomogeneità di pratiche ancora maggiore che nel recente passato. Amministratori, operatori ed utenti sembrano ormai in grado di individuare sia i problemi e le esigenze attuali, che le inadeguatezze che i servizi hanno prodotto negli anni. Tuttavia, mentre fioriscono interessanti iniziative locali, si osserva una diffusa incompetenza a tradurre in pratiche le nuove consapevolezze. Là dove le culture permeate di ideologismi e di tecnicità non sono più così confondenti, la nuova capacità di leggere problemi non si accompagna ancora ad una sufficiente competenza ad individuare strumenti e metodi coerenti. Alcune difficoltà diventano comprensibili se si considera che il mandato sociale sulla salute mentale è stato affidato al contesto sanitario. Entro tale ambito un modello di intervento fondato sull'orientamento al cliente collide con il modello sanitario, fondato sulla tecnicità medica. Si può pensare alla psichiatria come l'ambito nel quale

⁸ Il cliente da noi proposto è pure un modello di relazione collusiva. Quella per la quale un tecnico debole offre la sua consulenza a un profano forte del suo problema, finalizzando l'intervento allo sviluppo del profano e non alla correzione di un deficit di cui quest'ultimo sia eventuale portatore.

si producono quegli eventi critici⁹ che possono mettere in evidenza le risorse, ma anche i limiti della sanitarizzazione in atto di molte aree problematiche dei nostri sistemi di convivenza. Nella psichiatria risulta infatti difficile “isolare” la malattia dal malato, come generalmente avviene in medicina generale. Inoltre la fragilità delle conoscenze e dei metodi non favorisce un intervento orientato dalla forza della tecnica, come in altre discipline sanitarie. Ciò apparso ancora più chiaro nell'ultimo decennio, da quando la Medicina Basata sulle Evidenze si è diffusa anche in ambito psichiatrico per favorire l'adozione di pratiche verificate e confrontabili.

Aggiungiamo una considerazione circa la “territorializzazione”, che è stato un principio cardine della riforma concernente la salute mentale e ragion d'essere dei CSM stessi. Intesa in senso amministrativo, la territorialità ha risposto al principio di accessibilità, quindi di equità di distribuzione delle risorse che un servizio sanitario universalistico come quello italiano si impegna ad assicurare. Tuttavia ne deriva una limitazione della scelta del servizio da parte degli utenti, che oggi risulta sempre meno accettabile. Nel fare questa considerazione, pensiamo all'altra componente della territorializzazione. Con la territorializzazione si vuole mettere in relazione il funzionamento dei servizi con la conoscenza della domanda dell'utenza. Il modo in cui i servizi interagiscono con la domanda costruisce la domanda stessa, e la psichiatria di oggi si trova confrontata con una serie di problematiche legate alla costruzione della committenza.

Di seguito vengono indicati alcuni nodi problematici che segnano l'attualità dei servizi psichiatrici, utili alla presentazione del caso qui proposto. Si tratta di aree di intervento in possibile sviluppo, che sollecitano l'acquisizione di una più matura professionalità che coniughi la competenza clinica con quella organizzativa.

Aziendalizzazione. Tutte le strutture sanitarie, con la riforma 833 del 1978, sono state raggruppate entro unità amministrativo-gestionali chiamate Unità Sanitarie Locali. Successivamente il decreto legislativo n 502 del 1992 avvia il processo di aziendalizzazione istituendo le Aziende Sanitarie Locali (ASL), processo su cui il legislatore interverrà più volte negli anni successivi e che si può considerare tuttora in corso. Attraverso questi interventi si interviene su una cultura che tende a ignorare la sua realtà organizzativa. In altri termini, si sottolinea che anche le strutture del sistema sanitario sono un'organizzazione, ovvero un insieme di sistemi di utilizzazione di risorse scarse (umane, tecnologiche, di conoscenze, economiche) per la realizzazione di obiettivi, in rapporto a un cliente. L'aziendalizzazione sottolinea la rilevanza economica degli atti compiuti dall'organizzazione sanitaria. L'evento dell'aziendalizzazione infatti ha introdotto, nella pratica del funzionamento delle strutture, dimensioni di limite ed economicità dell'evento sanitario¹⁰. Va considerato inoltre che i modelli organizzativi dei DSM attuati nelle diverse regioni italiane sono differenti tra loro. C'è l'esigenza di pensare modelli organizzativi dei DSM che rientrino nelle logiche di razionalizzazione aziendale, e siano al tempo stesso utilmente riferibili alle diversità territoriali¹¹.

La riorganizzazione interna dei servizi. Si diffonde una cultura della progettazione di interventi che non corrisponda a una sommatoria di tecniche, ma che lavori guardando al cliente. Quanto all'ancoraggio delle persone che lavorano nei servizi all'identità professionale, più che ai ruoli e alle

⁹ Per evento critico si intende quella disfunzione organizzativa che si presenta ripetitivamente senza che si riesca a correggerla. Si propone di vedere in tali eventi un fallimento dei modelli collusivi che reggono le relazioni di un'organizzazione da un lato, una risorsa per individuare le caratteristiche del funzionamento organizzativo e un suo possibile sviluppo dall'altro.

¹⁰ Si veda Carli, R. (1998) *Sanità ed Azienda: Riflessioni sull'organizzazione sanitaria. Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 16, 3, 326-347. In questo lavoro si discute quanto l'autore definisce il paradosso dell'efficacia nella cultura medica. Le iniziative di controllo della spesa sono in continua tensione conflittuale con questa cultura. L'Autore mette a confronto efficacia come realizzazione di obiettivi ed efficienza come ottimizzazione delle risorse per la realizzazione degli obiettivi, entro il contesto sanitario. Ricordando come l'obiettivo della sanità sia migliorare lo stato di salute della popolazione, sottolinea come questo obiettivo non abbia, per definizione, limiti. E come di conseguenza comporti il rischio di un'efficienza paradossale, a risorse illimitate. Le risorse scarse sono adeguate solo per obiettivi precisi e limitati in funzione della committenza e del contesto.

¹¹ Si veda ad esempio l'interessante proposta di Thornicrof, G., & Tansella, M. (2000). *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

funzioni, si è aperta una fase di ripensamento, con particolare attenzione alle funzioni (ad esempio di accoglienza, di case management).

La ridefinizione del paziente grave. Inizialmente definito tale in base alla psicopatologia di cui era portatore, (disturbi schizofrenici, gravi disturbi dell'umore, gravi disturbi di personalità), oggi più pragmaticamente ci si occupa di "situazioni gravi e/o di non collaboratività". Tale ridefinizione centra l'attenzione sul sistema contesto/servizio e richiede una nuova concettualizzazione degli interventi. Da qui anche l'interesse per modelli di intervento di più chiara matrice anglosassone, quale l'ACT (*Assertive Community Treatment*)¹².

Le domande provenienti da altre organizzazioni possono essere considerate ambiti di sviluppo dei servizi perché portano con sé, in maniera più competente, la variabilità ambientale¹³. Pensiamo ad esempio alle associazioni delle famiglie e più recentemente a quelle degli utenti. Tali associazioni rappresentano una committenza forte per i servizi. Anche le organizzazioni di volontariato e no profit cominciano ad interagire col funzionamento dei servizi; la modalità più frequente è la partecipazione alla realizzazione e gestione delle strutture intermedie.

*La domanda relativa ai cosiddetti disturbi emotivi comuni*¹⁴. Si tratta di quella tipologia di domanda che non si organizza rapidamente entro le modalità di richiesta di cura precedentemente attese dai servizi. Spesso ha come referenti anche altre agenzie, ad esempio implica il rapporto con il medico di base. Si tratta di un fenomeno di rilevante impatto sociale e sanitario, emerso chiaramente dalle ormai diffuse rilevazioni statistiche epidemiologiche circa la affluenza ai CSM: con modeste variazioni, emerge che la metà della domanda è riferibile a questa area. Come la precedente domanda, mostra quanto nei servizi deputati alla salute mentale, sia attualmente presente a pieno titolo una domanda di soggetti non scontatamente considerabili pazienti e pensabili all'interno di interventi di cura. Queste aree stimolano un pensiero critico nei confronti del funzionamento del contesto e dei suoi attori, e pongono l'accento sull'importanza di criteri di programmazione e messa in atto di progetti d'intervento che siano discussi e verificati all'interno di un'ottica di orientamento del servizio al cliente.

Accoglienza. Uno dei problemi fondamentali nei servizi risulta essere legato all'erogazione di risultati tecnici non adeguati alla risoluzione di problemi portati dal cliente. Il modello della tecnicità (medica, infermieristica, psicologica) funziona scegliendo l'oggetto a cui può applicare la sua tecnica, cioè ha bisogno di un filtro orientato a sé. La scommessa dei servizi aperti alla domanda è che il filtro non elimini ciò che non compete ai tecnici presenti nell'organizzazione, ma conosca e categorizzi la domanda nella sua varietà.

Il progetto terapeutico e la presa in carico. Il CSM ha nel Dipartimento una posizione di centralità proprio in quanto è il luogo di arrivo della domanda. Per accedere alle altre strutture (non a quella ospedaliera, l'SPDC, che può avere il suo accesso diretto dato dall'urgenza), si deve passare attraverso il CSM. La sua funzione specifica è, come abbiamo detto, quella di assicurare l'integrazione dei progetti terapeutici. L'importanza di questa integrazione ai fini di una presa in carico rispettosa della domanda di qualità di vita dei pazienti, dei loro familiari e del più allargato contesto di riferimento, è oggi in grande risalto più per i suoi insuccessi che per i risultati raggiunti.

¹² Burns, T., & Firn, M. (2002). *Assertive Outreach in Mental Health: A Manual for Practitioners*. Oxford: Oxford University Press.

¹³ Definiamo organizzazioni autoriferite quelle che rappresentano il proprio cliente come nemico, tendenzialmente disturbante la stabilità del nucleo tecnico caratterizzante l'organizzazione, con la variabilità di richieste e problemi di cui è portatore. Nucleo protetto, alla periferia dell'organizzazione, da un filtro ostacolante l'avvicinamento del cliente al nucleo tecnico (ad es. attraverso procedure burocratiche). Sono invece organizzazioni orientate al cliente quelle che organizzano competenze e strutture per entrare in relazione con il cliente, al fine di conoscerne la domanda. In questo ultimo caso la variabilità del cliente è fonte di informazione e non di disturbo.

¹⁴ Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London - New York: Tavistock/Routledge (trad. it. *Disturbi emotivi comuni*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1993).

Le difficoltà nelle relazioni entro le equipe e i servizi e fra servizi, continuano a motivare domande di formazione e a stimolare riflessioni interessanti¹⁵.

Un intervento in un CSM

L'analisi della domanda

Iniziamo dal prendere in considerazione chi chiede cosa a chi. Il CSM, attraverso il responsabile della formazione, contatta un gruppo di psicologi, che chiameremo GP. GP fa attività di consulenza psicologico clinica rivolta ad organizzazioni. Uno degli psicologi riceve il responsabile della formazione presso la sede di GP. Il responsabile dice che il CSM sta decidendo sulla propria formazione attraverso alcune assemblee di operatori, che indicano tanto le esigenze formative, quanto i docenti che si preferirebbe avere. I problemi individuati sono due: da un lato si vuole una supervisione di casi "gravi" (per questo ci si sta rivolgendo a un "clinico" che ha formato alla psicoterapia alcuni di loro); dall'altro si vuole un intervento su "la dinamica del gruppo di lavoro" che si ritiene problematica. Da un lato il responsabile parla di recenti gruppi interdisciplinari costituiti con appositi scopi, ad esempio un gruppo che lavora presso una casa - famiglia; dall'altro di gruppo genericamente inteso, per indicare l'insieme degli operatori del CSM. E' per questa seconda attività, l'intervento su "la dinamica del gruppo di lavoro", che il responsabile si rivolge a GP. Alcuni operatori del CSM, infatti, conoscono GP come gruppo esperto di comunicazione e conflitti. Il responsabile aggiunge che non tutti gli operatori del CSM parteciperanno, perché non tutti sono d'accordo sul fatto che la tensione conflittuale tra di loro sia un vero problema. Inoltre, anche tra quelli che lo ritengono un problema, non c'è completo consenso sul fatto che sia il caso di chiedere consulenza su una tale questione. Alcuni ritengono, infatti, che le difficoltà a lavorare insieme vadano risolte tra di loro, senza la presenza di un estraneo, e che sia esclusiva responsabilità degli operatori del CSM trovare una soluzione ai problemi che li concernono. Il responsabile della formazione dà anche alcune informazioni sulla storia del servizio. In particolare dice perché, a suo avviso, si è arrivati a una situazione problematica nei rapporti tra operatori. A un nucleo storico, di "vecchi", si sono aggiunti numerosi ingressi, soprattutto di medici, "nuovi". Nel passato si lavorava in grande accordo. I conflitti c'erano solo con alcuni primari, valutati come poco competenti. In un caso, ricorda il responsabile con una certa soddisfazione per la forza che il gruppo aveva mostrato, un conflitto più aspro aveva portato addirittura al pensionamento anticipato del primario. Poi recenti ingressi, soprattutto di psichiatri con una formazione più organicista di quella della vecchia guardia, caratterizzata da un comune orientamento psicoanalitico, hanno destrutturato la coesione del gruppo e creato tensioni. Dalle parole del responsabile, che fa parte dei "vecchi", traspare la speranza che alla fine della consulenza ritorni la coesione tra loro che aveva caratterizzato il passato. Il responsabile della formazione conclude la sua richiesta specificando che ciò che ha detto è, d'altro canto, la sua opinione. Sta parlando a titolo personale. Per capire cosa vogliono i colleghi, GP dovrà parlare direttamente con loro. Quanto alla partecipazione, ciascun operatore potrà scegliere, a titolo personale, se partecipare o meno a una o entrambe le iniziative formative. Due psicologi di GP, dopo questo primo incontro, si recano presso il CSM per riprendere anche con il primario del servizio le questioni proposte dal responsabile della formazione. All'incontro è presente anche il responsabile della formazione, che incontra GP con qualche minuto di anticipo rispetto alla presenza del primario. In questa occasione il responsabile avvia con GP una conversazione interlocutoria. Come se si stesse parlando di qualcosa che non concerne affatto la richiesta di consulenza, butta lì che il primario, quasi fosse una sua idiosincrasia, teme come la peste le Associazioni delle famiglie dei pazienti. Quando arriva il primario, uno psichiatra alla sua prima esperienza di responsabilità di un servizio, dirà che non ha molto da aggiungere a quanto già detto dal responsabile della formazione. Il primario si mostra desideroso di accontentare le richieste dei colleghi e di sentire il parere di GP, al quale chiede un'offerta e un progetto. Il budget di cui il servizio dispone corrisponde a 15 giornate di lavoro da parte di GP.

Possiamo disporre di molti elementi sulla domanda del CSM. Iniziamo con il chiederci chi è che pone la domanda. Di che tipo di organizzazione si tratta? Dai due incontri effettuati si colgono alcune dimensioni sintomatiche della dinamica collusiva che caratterizza il CSM. Il responsabile della formazione fa molte considerazioni a titolo personale. Sarebbe non aver assunto quella funzione, propria del suo ruolo, di garantire una sintesi delle esigenze formative del servizio e formulare una conseguente richiesta al

¹⁵ Ricordiamo l'intenso scambio formativo che si è prodotto fra i servizi; entro la letteratura che ne è derivata rimandiamo, a titolo esemplificativo, a due lavori: Correale, A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla; Refolo, G. (2001). *Psichiatria prossima*. Torino: Bollati Boringhieri,.

consulente. Piuttosto parrebbe fare da portavoce alle richieste di alcuni di loro emerse nel corso di una discussione collettiva sulle iniziative formative da attuarsi nel CSM. Entro il servizio, non solo la discussione sulle esigenze, ma anche la presa di decisioni sulle iniziative formative viene effettuata secondo una modalità assembleare. Emergono divergenze e conflitti. Sembrerebbe che non ci sia una differenziazione di ruoli e funzioni. Pare mancare una gerarchia che medi rispetto ai conflitti da un lato, attribuisca specifiche responsabilità a differenti ruoli organizzativi dall'altro. Piuttosto, il CSM è caratterizzato da un lungo rifiuto dei ruoli gerarchici, rappresentato dai ripetuti conflitti tra operatori e primari. Conflitti che contrapponendo ai primari un gruppo coeso di operatori, hanno permesso a questi ultimi di vivere un sentimento condiviso di appartenenza al servizio. Si è trattato di una forma di appartenenza fondata sull'espulsione delle differenze dal gruppo, attraverso il conflitto con qualsiasi diversità al loro interno, simbolizzata come nemico. Viene presentato inoltre un altro nemico al quale contrapporsi. E' in atto un conflitto con la direzione del Dipartimento, vissuta come un organismo controllore e mortificante le loro iniziative, per esempio nell'ambito della formazione. Il CSM propone una modalità di appartenenza sdifferenziante, poco adatta a individuare e integrare le differenti competenze utili all'organizzazione. Di qui la debolezza o l'assenza di ruoli e funzioni. Quanto all'attuale primario, sembra vivere con timore il suo ruolo. Se la diversità rappresentata dalla gerarchia è stata aggredita nel passato, oggi si può comprendere la sua posizione defilata. Rispetto all'assunzione di una committenza, il primario assume una posizione accondiscendente rispetto alle varie esigenze che emergono in rapporto alla formazione. Non assume una funzione di interpretazione di tali esigenze, per esprimere una strategia di intervento sui problemi del CSM. Di conseguenza le differenti esigenze generano due iniziative formative che nel vissuto del responsabile appaiono in competizione tra loro: la supervisione di casi gravi da un lato, la consulenza sulle relazioni di lavoro tra operatori dall'altro. Tra le due iniziative formative c'è una relazione che non è stata interpretata. Aggiungiamo che il primario e il responsabile della formazione, parlando del servizio, hanno taciuto su ruoli e funzioni. Hanno parlato invece di professioni: medici innanzitutto, poi psicologi, assistenti sociali ecc. Una prima ipotesi è che nelle due iniziative formative venga espressa la scissione tra la prestazione professionale nei confronti del cliente (intervento sui casi gravi) e il più ampio funzionamento organizzativo, ovvero il contesto entro cui tale prestazione professionale ha luogo (relazioni di lavoro conflittuali). Vengono alla mente le note difficoltà del contesto sanitario a darsi una competenza organizzativa, derivanti dalla potenza del prevalente modello medico che fa ruotare tutta l'organizzazione intorno alla relazione medico – paziente, rendendo difficile ogni integrazione, verticale come orizzontale¹⁶. Inoltre, la prestazione professionale viene riconosciuta come competenza (supervisione) mentre le relazioni organizzative vengono ridotte a relazioni conflittuali tra persone senza ruolo (richiesta di un intervento correttivo di rapporti genericamente tesi, attraverso una generica "dinamica del gruppo di lavoro"). Infine va notato che nella richiesta di consulenza a GP non è stato fatto nessun accenno al rapporto del CSM con il cliente. I problemi che si vivono all'interno del CSM sembrano esistere a prescindere dal rapporto con questo fondamentale interlocutore del servizio. Mentre è stato buttato là che è in atto un conflitto con le associazioni delle famiglie.

Parrebbe, in sintesi, che si sia in presenza di una cultura autocentrata e priva di un funzionamento organizzativo che definisca, coordini e integri le differenti competenze. Appare la scissione tra competenza tecnica (che si vuole potenziare con la supervisione dei casi gravi) e competenza gestionale, ignorata. Al

¹⁶ Quanto al conflitto che può crearsi tra modello di relazione proprio del rapporto medico – paziente e gestione organizzativa, ricordiamo una consulenza presso un SPDC, un Servizio di Diagnosi e Cura, ovvero un reparto psichiatrico collocato all'interno di un Ospedale. Anche in questo caso era stata richiesta una consulenza sulla cattiva, conflittuale comunicazione che caratterizzava gli operatori del SPDC. Apparve chiaro che gli psichiatri avevano la leadership del servizio, ma che non riuscivano a tradurla in efficace coordinamento delle attività. Piuttosto, tutti erano in competizione con tutti, e in particolare gli psichiatri lo erano tra di loro. Lo erano in nome della "responsabilità medica", che impedisce di affidare la cura del proprio paziente ad altri. Si pose così il seguente problema: nel servizio convivevano medici che privilegiavano un intervento farmacologico "pesante" (metaforicamente, venivano indicati come i medici "per vena"), e medici che ne preferivano uno più "leggero" (definiti medici "per bocca"). Quando, nell'alternarsi dei turni del reparto, a un medico "per vena" ne succedeva uno "per bocca", gli infermieri cambiavano di conseguenza la terapia dei ricoverati. E viceversa. Lo stesso ricoverato poteva così trovarsi ad essere oggetto di successive, differenti modalità terapeutiche, a seconda del medico in quel momento responsabile della cura. Lo sforzo integrativo che si effettuò alla fine della consulenza fu di collocare i medici "per vena" al pronto soccorso, quelli "per bocca" all'interno del reparto. Guerra, G., & Paniccchia, R. M. (1987). Analizzare la domanda: Un caso di intervento in un servizio di diagnosi e cura, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 54-64.

posto della competenza gestionale, ove le relazioni sono organizzate da ruoli e funzioni, appare una rappresentazione del CSM come luogo abitato da persone caratterizzate da una professione (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali) e da idiosincratice caratteristiche di storia personale e di "carattere". Il servizio si presenta come un insieme di individui sul punto di disgregarsi. Alla disgregazione si contrappone un movimento centripeto, di coesione difensiva del gruppo contro ogni estraneità. Ad esempio, difesa dall'estraneità rappresentata dalla gerarchia, come da quella vista nelle competenze professionali diverse dalle proprie (intervento farmacologico contro psicoterapia e viceversa, ma anche psicologi contro medici e viceversa, e così via). Ma anche difesa contro l'estraneità rappresentata dal consulente (i nostri problemi vanno risolti al nostro interno) e da quella individuata nella direzione del Dipartimento.

Vediamo ora a chi viene posta la domanda, e cosa gli si chiede di fare. Si pensa ad esperti di conflitti e comunicazione, che riconducano il gruppo alla perdita coesione. Si tratta di un generico "gruppo" che riassume e confonde in sé tutte le relazioni organizzative, e che attualmente presenta alcune disfunzioni. Disfunzioni che possono essere lette come deficit da correggere, o come informazioni il CSM può acquisire sul suo funzionamento. Ad esempio sugli obiettivi che si perseguono, sul rapporto con il cliente, sulla relazione degli operatori tra loro. La rappresentazione della comunicazione come competenza scissa dal contesto, fonte di conflitti ove le persone che la attuano abbiano un deficit di conoscenza delle sue tecniche di base, trova corrispondenza in una tradizione abbastanza consolidata nel campo della formazione rivolta alle organizzazioni. Nella formazione "a pacchetto", che si ripete secondo modalità sempre uguali, senza che sia prevista la conoscenza del contesto in cui viene erogata, si tratta la comunicazione come una competenza che non ha rapporto con il contesto entro il quale si comunica. E si pensa che sia possibile apprendere il suo funzionamento facendo riferimento a tecniche di "buona comunicazione", con relativo addestramento delle persone interessate da parte dei consulenti. Quanto ai conflitti, possono essere a loro volta scissi dal contesto che li causa e visti come disfunzione da sanare. Va notato, per altro, che nella domanda del CSM è presente uno specifico modo di definire i problemi: il responsabile della formazione non solo ha parlato di "dinamica di gruppo" per indicare la sede del problema, ma ha anche ipotizzato che fare della "dinamica di gruppo" con la presenza di un consulente possa essere la soluzione. I termini "dinamica di gruppo" evocano una particolare cultura, per la quale si pensa che delle persone che lavorano insieme condividano emozioni. E che, attraverso una discussione in gruppo che ne permetta l'espressione, sia possibile promuovere un apprendimento su di esse. Senza al contempo implicare necessariamente il contesto in cui si lavora e una sua analisi. In sintesi, nella domanda potrebbe esservi l'ipotesi che le persone che lavorano nel CSM debbano fare apprendimento, in gruppo, della dinamica emozionale che caratterizza le loro relazioni, senza per questo includere l'analisi del funzionamento del CSM nel suo complesso.

L'ipotesi di scindere i problemi indicati nella domanda dal contesto che li motiva, è assai lontana da quanto GP da tempo produce come teoria psicologico clinica della relazione entro le organizzazioni e mette in pratica come intervento. Si veda a tale proposito l'elaborazione della metodologia dell'analisi della domanda¹⁷. Se il CSM ha problemi di comunicazione e di conflitto, tali questioni vengono assunte come sintomo del suo funzionamento. Si tratta non tanto di disfunzioni da sanare, quanto di potenziali risorse per un suo sviluppo. Il CSM sembra mancare di una strategia condivisa che istituisca un'appartenenza diversa dalla coesione difensiva, e permetta l'integrazione tra ruoli; la lettura di questi sintomi, cattiva comunicazione e conflitto, può contribuire a svilupparne una.

Non dimentichiamo, al tempo stesso, che trattare comunicazione e conflitto come informazioni e non come disfunzioni può produrre rilevanti conseguenze sui sistemi di potere che caratterizzano il CSM. Se le disfunzioni sono deficit da sanare, non vengono messe in discussione le relazioni di potere che caratterizzano l'organizzazione che le propone. Se invece sono informazioni, le relazioni di potere diventano oggetto di revisione e di critica. Se cattiva comunicazione e conflitto sono informazioni sulle modalità di relazione che caratterizzano un contesto, verrà esaminato e messo in discussione tutto il complesso dei rapporti tra persone, ruoli e funzioni, senza escludere vertici e gruppi di potere informali. Questo modo di condurre la consulenza comporta che la committenza, chi ha il potere di commissionare il lavoro allo psicologo, va fortemente implicata in tutto il corso dell'intervento. Comporta quindi che la definizione degli obiettivi, la discussione delle difficoltà previste in corso d'opera ove si metteranno in discussione le relazioni di potere, i metodi che verranno adottati nell'intervento, siano oggetto di un continuo confronto, con l'obiettivo di trovare un accordo con tutte le parti in causa. Con il committente da un lato, con tutte le persone a vario titolo implicate dall'altro. Aggiungiamo che la messa in discussione dei sistemi di potere presenti in un'organizzazione ha senso solo quando l'organizzazione stessa sia adeguatamente interessata a

¹⁷ La letteratura in proposito è numerosa e protratta nel corso del tempo. Per una sintesi abbastanza recente, si veda Carli, R., & Paniccia R. M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* Bologna: Il Mulino.

perseguire risultati presso il proprio cliente. Nei termini proposti dalla teoria psicologica alla quale facciamo riferimento, diremo che un'organizzazione è interessata a mettere in discussione i propri sistemi di potere inefficaci, quando li sente effettivamente tali. Ovvero, quando intende porre un limite all'onnipotenza delle proprie fantasie collusive agite entro le relazioni di potere inefficaci, poiché avverte la loro portata distruttiva. In questo caso, nell'organizzazione è presente l'interesse per la conoscenza della realtà in cui si opera e per le persone che a quella organizzazione si rivolgono per avere prodotti o servizi. Si tratta così, anche nel caso del CSM, di verificare, nel corso dell'intervento e man mano che si convengono gli obiettivi, se c'è quell'interesse per la realtà in cui si opera e per il cliente. Un interesse tale da rendere conveniente la ricerca di limiti capaci di sconfiggere le fantasie collusive responsabili dei conflitti e della inefficace comunicazione. Infatti cattiva comunicazione e conflitti possono diventare risorsa per il CSM, se indicheranno le occasioni di fallimento delle fantasie collusive.

Va pure tenuto presente che qualcuno, nel CSM, conosce GP. Inoltre, che GP ha pubblicato le proprie ipotesi sull'intervento. Ci sarà anche un'ipotesi, più o meno esplicita, che GP intervenga trattando le disfunzioni come informazioni. La conoscenza, da parte di alcuni, nei confronti di GP ha anche altre connotazioni. Se si conosce GP, si sa che fa riferimento anche alla teoria psicoanalitica. La prassi psicoanalitica è quanto caratterizza il gruppo dei "vecchi"; il responsabile della formazione ha manifestato una certa nostalgia per la passata coesione del gruppo. Sembra che GP possa diventare un consulente di parte. Inoltre, GP è composto da due medici e tre psicologi, tutti con formazione psicoanalitica e psicosociale. Coniuga quindi al suo interno due delle professioni caratterizzanti il CSM e in conflitto tra loro. Ancora: GP fa riferimento alla psicopsicologia di derivazione francese. Si dovranno tenere presenti tali questioni¹⁸.

Una proposta di intervento

Per GP si tratta quindi di dare una risposta che tenga presenti tutte queste condizioni, non ultimi i limiti di budget posti dal CSM. Si discute del caso entro GP. Quando un'organizzazione denuncia conflitti al suo interno e non parla del cliente, la diagnosi è di una semplicità imbarazzante. Si tratta di un'organizzazione autocentrata, che implode su se stessa confluendo. Difendendosi in tal modo dal sentimento di impotenza che vive in rapporto al cliente. Trovando un appagamento emozionale nell'intensità, drammaticità, prevedibilità ed onnipotenza del conflitto stesso. Quando manca la competenza a trattare con il cliente, l'organizzazione si ripiega su di sé ed esplodono conflitti interni che si presentano come la cosa più importante del mondo, escludendo tutte le altre. Ciò che fa paura, il cliente, può sparire dall'orizzonte. Come richiesta difensiva, l'organizzazione chiede al consulente di essere assecondata e confortata in questo suo isolamento. La risposta collusiva da parte dello psicologo comporta che si ceda a questa pretesa suicida. La risposta utile comporta che la si aiuti a riprendere il rapporto con il cliente, ovvero con la realtà, con maggiore competenza.

Si diceva che la diagnosi è semplice: il sintomo è chiaro e proposto con evidenza e ricchezza di prove. Ma la diagnosi può essere anche imbarazzante, nella sua inutilità per il CSM. Come dividerla con il CSM? Come far sì che il CSM ne faccia buon uso? Il CSM è interessato ad attuare una conoscenza su di sé e sul proprio funzionamento, o vuole inglobare il consulente entro la dinamica collusiva che lo caratterizza e per la quale lo ha chiamato? Inoltre, poiché fino a prova contraria si suppone nel CSM un interesse di questo tipo, come agire entro i limiti delle risorse a disposizione?

GP ipotizza di proporre una ricerca - intervento che attui una diagnosi del loro funzionamento organizzativo attraverso l'attiva partecipazione degli operatori. La partecipazione a un processo di conoscenza dei modi di funzionamento del CSM, quindi delle sue disfunzioni e delle sue potenzialità, permetterà agli operatori di capire i loro problemi. Il generale principio che c'è conflitto interno quando c'è incompetenza a trattare con il cliente potrà, attraverso la ricerca, trovare una declinazione entro la specificità del CSM. Se non calerà entro questa specificità, se non verrà riconosciuto entro la realtà vissuta dagli operatori, non potrà che essere proposto come valore, attraverso consigli, prescrizioni e prediche che sappiamo essere di scarsa o nulla efficacia. GP è inoltre certo che l'individuazione degli specifici modi in cui si declina la disattenzione nei confronti del cliente, permetterà di individuare non solo le cause del conflitto, ma anche linee di sviluppo del servizio. L'intervento viene tarato sulle 15 giornate di lavoro previste dal budget. Inoltre, GP accetta la

¹⁸ Sarà interessante notare che il CSM, quando accetterà la proposta di GP di effettuare un intervento basato sulla diagnosi del suo funzionamento, non parlerà più di dinamica di gruppo e sceglierà di connotare la formazione degli operatori come formazione psicosociale; un termine di mediazione, rispetto alle varie identità professionali e teoriche presenti al suo interno.

condizione che all'intervento partecipi solo chi lo desidera; condizione problematica, in quanto potrebbe diventare occasione per una espressione agita del conflitto tra parti del servizio. La si discuterà approfonditamente con i presenti nel suo significato sintomatico, e si valuterà con loro se questo modo di partecipazione renderà impossibile il proseguimento dell'intervento.

In un ulteriore incontro con il primario del CSM e il responsabile della formazione, si propone una prima lettura della loro domanda. Quindi GP propone la sua ipotesi di intervento, motivandone le ragioni. Si chiarisce che la diagnosi organizzativa proposta è fondata su modelli di lettura psicologico clinici della relazione. Modelli che permetteranno così di comprendere i motivi della mancata comunicazione e degli aspetti disfunzionali dei conflitti. La formazione degli operatori avverrebbe tramite la partecipazione alla raccolta dei dati sulle loro modalità di relazione organizzativa e alla discussione della loro interpretazione. La proposta di questa modalità di intervento è una prima verifica dell'intento del CSM di conoscere e mettere in discussione le proprie fantasie collusive. L'ipotesi viene accettata, e alla fine dell'incontro il primario chiede un progetto.

GP propone un'offerta; il CSM la approva. Tra il primo contatto e l'offerta di GP al CSM sono passati tre mesi. Tra l'offerta e l'incarico ne passeranno nove. L'approvazione passa dal Dipartimento, dalle sue norme, i suoi tempi. E dal conflitto tra CSM e Dipartimento. L'intervento, considerato come presenza di GP nel CSM a valle dell'incarico, per discutere del lavoro con gli operatori, raccogliere i dati, analizzarli, discuterli e restituirli attraverso un rapporto dura tre mesi. Seguiranno poi due incontri di verifica tra GP e CSM, il primo a due mesi di distanza dalla consegna del rapporto, il secondo a cinque mesi.

La cultura locale del CSM

In seguito alla lettera di incarico, GP procede nella consulenza con un incontro di mezza giornata presso il CSM. Incontro dedicato alla presentazione e discussione dell'intervento agli operatori interessati, 30 persone circa. Mancano due medici e un infermiere, che non parteciperanno. Tutti gli altri sono presenti. Il responsabile della formazione dice che con il passare del tempo e dopo che ha proposto agli operatori il progetto di GP, il consenso sull'iniziativa è cresciuto. Nel primo incontro si verifica l'accordo dei partecipanti sull'ipotesi di intervento fatta da GP. Nel corso di un secondo incontro, a pochi giorni di distanza, si effettua una raccolta di testi scritti individualmente dai partecipanti, sulla loro esperienza di lavoro nel Servizio. Il lavoro prosegue dividendo i partecipanti in due gruppi, chiedendo loro quali sono i problemi e le prospettive del servizio e cosa ci si attende dalla consulenza. La discussione viene registrata. Infatti si tratta di raccogliere un testo da sottoporre a una specifica metodologia, AET, Analisi Emozionale del Testo¹⁹, per ottenere una rappresentazione delle dinamiche collusive, o cultura locale, che caratterizzano il CSM¹⁹. La successione degli scritti individuali seguiti dalla registrazione dei gruppi intende esplorare l'eventuale differenza tra la cultura espressa a partire da una posizione individuale e quella collusivamente organizzata dal gruppo di discussione. Successivamente GP, nell'arco di tre settimane, analizza i testi raccolti e interpreta i dati ottenuti. Si realizza il terzo incontro con i partecipanti: viene comunicata e discussa una diagnosi del funzionamento del CSM. Vediamone i principali aspetti.

¹⁹ L'AET (Analisi Emozionale del Testo) si fonda sull'ipotesi che le emozioni espresse attraverso il linguaggio siano un organizzatore fondamentale della relazione. Il linguaggio, nell'ipotesi di AET, non è mai narrazione individuale, ma sempre organizzatore di rapporti. In questo senso, l'analisi non ha come oggetto le sequenze, ma agli incontri, entro segmenti di testo, di parole con un massimo di densità emozionale e un minimo di ambiguità di senso. Si tratta di parole il cui senso emozionalmente denso è evidente anche quando la parola è estratta dal contesto del discorso. Parole emozionalmente dense sono, ad esempio, le parole amore, fallimento, ambizione. Tali parole vengono appunto definite parole dense. Al contrario di parole come in, di, ogni. Ma anche di parole come definire, seguire, ambito, ritenute non dense. Si tratta infatti di parole la cui ambiguità è tale, da richiedere il contesto del discorso perché il loro senso emozionale si definisca. Per procedere nell'analisi, il ricercatore dopo aver ottenuto un completo vocabolario del testo in esame, sceglie le parole dense contenute in esso scartando le altre. Quindi le processa attraverso una metodologia statistica che le raggruppa in cluster. L'analisi dei cluster e dello spazio fattoriale in cui essi si collocano permette di individuare la dinamica collusiva, o cultura locale del testo in esame. Carli, R., & Paniccchia, R. M. (2002) L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. Milano: FrancoAngeli.

Con AET abbiamo ottenuto una mappatura della cultura locale²⁰ propria del CSM. Tale cultura è articolata in diverse posizioni, in rapporto tra loro. Tra le diverse posizioni espresse, ne emerge una che parla di ciò che accade ai confini del servizio, del rapporto tra interno ed esterno del CSM. Si tratta di un rapporto sentito come fondamentale, ma in profonda crisi. A rischio di fallimento. Il rapporto in questione, si badi, è quello tra il servizio e il potenziale cliente. Non si tratta del rapporto tra singole professionalità e singoli pazienti. Chi si presenta ai confini del servizio non è un scontatamente un paziente. Può trattarsi, ad esempio, dei familiari o dei condomini di una persona in difficoltà, di un'istituzione come la scuola o l'ospedale, dell'associazione delle famiglie. Questo aspetto della cultura del CSM porta alla luce quanto la domanda del responsabile della formazione e del primario aveva taciuto: la relazione tra l'organizzazione e il suo cliente. La rilevanza attribuita a quanto accade ai confini del servizio e le difficoltà avvertite nel gestirlo ci dicono che il problema del CSM è nel rapporto tra organizzazione e cliente. Si tratta di un'organizzazione che non riesce ad istituire una relazione efficace con il suo cliente, che fallisce in questo. Entro la mappatura culturale del CSM questo modo di rappresentare il servizio è rilevante. La sua importanza dice come l'ipotesi che GP aveva fatto che conflitti e cattiva comunicazione derivassero dal mancato orientamento al cliente fosse fondata.

A questo modo di rappresentare il servizio se ne contrappone un secondo, espressivo di una cultura dell'iniziativa doveristica, di ciò che si dovrebbe fare nel CSM. Delle grandi finalità indicate dal mandato sociale. In particolare, reinserire, risocializzare l'utenza. La prima posizione culturale rilevata mette in scena ciò che accade ai confini del CSM e il rapporto con il cliente, la seconda ne rappresenta l'interno e il riferimento al mandato sociale. Sul polo dell'interno del CSM e del mandato sociale viene rappresentato un contesto sociale dato, funzionante, conforme, dal quale qualcuno, a causa dei suoi disturbi o delle sue difficoltà di adattamento, corre un rischio di espulsione.

La cultura del CSM si declina lungo un asse che da un lato, quello della prima posizione culturale, vede un'organizzazione che va costruita nella relazione con il cliente; relazione da convenire attraverso regole condivise che non si riesce a trovare. Questo è il polo della crisi, dell'impotenza, della mancanza di competenza nel fronteggiare queste esigenze. La discussione dei gruppi è in rapporto con questo polo²¹. Sull'altro polo dell'asse la cultura del CSM si declina in una posizione culturale che vede il sistema sociale quale organizzazione data e conforme, all'interno della quale il CSM riconduce l'utenza. Gli scritti individuali sono in rapporto con questo polo²². Quando gli operatori del CSM escono da una posizione individuale doveristica e riferita al mandato sociale, l'entrare in relazione tra loro li porta a vivere il conflitto, ma anche a confrontarsi, sia pure problematicamente, con il cliente del servizio.

Ricordiamo la supervisione dei casi gravi, che viene realizzata nel CSM insieme all'intervento che qui resocontiamo. Non è lì la crisi, né l'incompetenza del CSM. Dai dati della ricerca si può supporre che si abbiano più strumenti per trattare i casi già presi in carico come gravi, di quanti non se ne abbiano per trattare chi si presenta alle porte del servizio. L'AET ci dice che chi si presenta alle porte del CSM viene definito "la gente"; evocando così una massa indifferenziata, numerosa, pressante. Quanto all'iniziativa formativa che si voleva rivolta a "la dinamica di gruppo", nella sua dimensione autocentrata era difensiva nei confronti del problema che si pone: non si tratta infatti di occuparsi dell'interno del CSM, ma di mettere in rapporto interno ed esterno. Va acquisita la competenza a trattare con una domanda non categorizzabile a priori, che va conosciuta. Per la quale munirsi di competenze non solo di cura o assistenza, ma di consulenza in senso più ampio. Vengono alla mente le temute associazioni delle famiglie.

La diagnosi proposta da GP al CSM si conclude con l'indicazione di tre possibili linee di sviluppo della cultura in esame, da sostenere con apposite strategie e iniziative:

- passaggio dall'autocentratura all'orientamento cliente;
- articolazione di ruoli e funzioni, in rapporto all'orientamento al cliente;
- sviluppo della competenza a leggere la domanda del territorio.

In seguito al terzo incontro GP stila un rapporto conclusivo, che tiene conto anche di quanto proposto dai partecipanti nel corso della discussione dei dati, e lo consegna al CSM.

²⁰ In termini statistici, si tratta di un piano fattoriale e dei cluster in esso collocati. Le due differenti posizioni culturali indicate, contrapposte tra loro, corrispondono ai due cluster che si oppongono sul primo fattore. Qui evochiamo solo questo aspetto della cultura del CSM individuata con AET, aspetto per altro molto significativo entro la complessiva dinamica di tale cultura. Riserviamo ad un prossimo lavoro una puntuale esposizione dell'analisi effettuata.

²¹ In senso statistico, si tratta del rapporto tra discussione del gruppo degli operatori assunta come variabile illustrativa, e un cluster.

²² In senso statistico, si tratta del rapporto tra testi individuali scritti dagli operatori assunti come variabile illustrativa, e un cluster. Ricordiamo che il testo sottoposto ad analisi deriva sia dalla discussione del gruppo di operatori, che da testi individuali da loro stilati.

Due incontri di verifica

Dopo due mesi, il responsabile della formazione contatta GP e chiede di realizzare un incontro di verifica intermedia. Alcuni eventi critici stanno “premendo” sul loro modello di relazione sdifferenziante: da un lato la necessità di definire criteri per distribuire gli incentivi, dall’altro la frequente interazione con altri servizi. Il tipo di problemi per cui il CSM si rivolge a GP è profondamente cambiato.

Dopo cinque mesi ha luogo l’incontro finale di validazione. Il CSM si è riconosciuto nella diagnosi. Delle tre linee di sviluppo individuate si sta lavorando sulla seconda: si stanno differenziando le funzioni. Dai conflitti tra professioni e persone si sta passando a conflitti tra funzioni. Questo sconcerta i partecipanti: l’esito dell’intervento non è la bonifica dai conflitti. Anzi, per certi aspetti la situazione si presenta come più complessa e impegnativa di prima. Tuttavia, c’è il sentimento che non si può che passare di qui, dall’articolazione di ruoli e funzioni e dall’affrontarne le conseguenze. Si ricordano certe fantasie sulla loro autonomia, dichiarate all’inizio dell’intervento. Ciascuno si sentiva autonomo, libero di fare ciò che voleva, e al tempo stesso e per lo stesso motivo ciascuno si percepiva come irrilevante. Ora non è più così. Ciascuno sente di dipendere dagli altri, ma sente anche che può fare qualcosa che serve. Hanno iniziato ad accogliere domande che prima venivano respinte, come la domanda di una scuola. All’incontro di validazione finale è presente uno dei medici che all’inizio aveva conflittualmente rinunciato a partecipare. Alla fine dichiara il proprio rammarico per la mancata partecipazione. Avendo assistito all’incontro, vuole dire che si era sbagliato. GP non è, come pensava, una consulenza di parte. L’incontro si conclude con il sentimento che l’intervento era stato utile, ma troppo breve. Ci sarebbe stato bisogno di un più lungo accompagnamento, da parte del consulente, dello sviluppo del servizio.

La verifica dell’intervento.

Come è stato verificato questo intervento? Abbiamo tre fonti di informazioni in proposito. La prima è questo stesso resoconto, che propone sia gli obiettivi che ci si è proposti, sia il modo attraverso il quale sono stati convenuti, che diversi momenti di verifica, tanto lungo il corso dell’intervento, come alla sua conclusione. Inoltre il resoconto va oltre le sue intenzioni, e si propone come oggetto che il lettore può leggere criticamente. La seconda fonte per la verifica sono alcuni documenti prodotti dalla ASL. La terza, la misurazione della soddisfazione del cliente CSM effettuata da GP.

I documenti prodotti dalla ASL

Iniziamo da un’analisi dei documenti. Si tratta di sei documenti, prodotti dalla Direzione generale della ASL o dal CSM. Vengono consegnati a GP dal responsabile della formazione in forma riservata, tranne uno, il quinto documento, di valutazione del corso²³, esplicitamente rivolto anche a GP. Elenchiamoli:

1 - Dalla UORU²⁴ ai responsabili delle strutture della ASL. Contiene i criteri con cui rilevare e pianificare tutte le attività formative della ASL.

2 - Dal CSM alla DG della ASL. Richiesta di approvazione del corso con GP.

3 - Dal Direttore del Dipartimento al CSM. Pianificazione della formazione, relativa al corso del CSM con GP.

4 - Delibera del DG della ASL sul corso CSM con GP.

5 - Dal CSM agli operatori del CSM, a GP, al Dipartimento. Relazione di verifica sulle iniziative formative effettuate, incluso il corso con GP.

6 - Dal CSM al direttore del Dipartimento. Relazione di verifica sulle iniziative formative effettuate, incluso il corso con GP.

Una sintetica revisione di tali documenti permette di cogliere alcuni dati culturali caratterizzanti la ASL, quindi il CSM. Emergono rappresentazioni della competenza come competenza individuale legata alla specificità professionale, mentre manca la competenza organizzativa. Si può anche cogliere in che modo l’intervento di

²³ In tutti i documenti la consulenza di GP al CSM viene denominata “corso”. GP viene caratterizzato attraverso la competenza psicosociale.

²⁴ Si tratta dell’Unità Organizzativa Risorse Umane, a staff del DG della ASL.

GP interagisce con tale cultura. I documenti inoltre, sono sintomatici della relazione tra le diverse agenzie implicate. Ad esempio, del conflitto tra CSM e direzione del Dipartimento²⁵.

1. Il primo documento concerne i criteri con cui rilevare e pianificare tutte le attività formative della ASL. Il documento è stilato dalla Unità Organizzativa Risorse Umane, a staff del Direttore Generale della ASL. Il documento permette di capire quale sia la strategia che orienta la formazione nella ASL e quali siano le agenzie organizzative che la indirizzano. Premesso che le attività formative sono destinate a promuovere e a mantenere la salute della comunità, si sottolinea che debbono valorizzare le capacità e le attitudini personali degli operatori, *oltre che* supportare l'assunzione delle responsabilità necessarie a promuovere lo sviluppo del sistema sanitario. Oltre: ciò che sta al di là, lontano. Tra sviluppo delle capacità personali e sviluppo organizzativo non c'è interdipendenza. Si tratta di mettere insieme due dimensioni lontane tra loro.

2. Il secondo documento è la Richiesta di approvazione del corso con GP, rivolta dal primario del CSM all'Unità Organizzativa Risorse Umane della ASL. Al documento viene allegato il progetto stilato da GP. Obiettivi generali del corso: accrescere la consapevolezza dei modelli di funzionamento dei gruppi e del servizio, adottando una metodologia psicosociale. Si aggiunge che il miglioramento della qualità professionale degli operatori avrà una ovvia ricaduta sull'utenza. Destinatari: tutti gli operatori del servizio. Si ricalca la separazione, già proposta nel documento precedente, tra formazione degli operatori, competenza organizzativa e attività rivolte al cliente. Le ricadute su quest'ultimo sono ovvie, ovvero non merita nemmeno di parlarne. Inoltre, si propone una cultura sdifferenziante ruoli e funzioni: il corso è rivolto a tutti gli operatori. Al tempo stesso, si adotta la proposta di GP di assumere come obiettivo della formazione la conoscenza, da parte del servizio, delle modalità del suo funzionamento. In una seconda parte il documento diventa più articolato: i destinatari sono gruppi operativi di recente costituzione, che svolgono compiti specifici presso l'utenza. In particolare vengono indicati quattro gruppi: attività risocializzanti; casa famiglia; accogliimento; qualità. L'ultima attività fa diretto riferimento alla soddisfazione del cliente; quanto all'accogliimento dell'utenza nel CSM, risulterà l'evento critico centrale del servizio. Si dice che alla formazione saranno presenti i responsabili dei gruppi operativi e l'insieme degli operatori del servizio. Vengono per la prima volta evocati dei responsabili: la sdifferenziazione del servizio si articola. L'investimento sui ruoli e sull'assunzione di responsabilità specifiche sarà uno degli esiti più interessanti dell'intervento di GP nel CSM. Dopo questo documento, a distanza di molti mesi, il corso viene approvato.

3. Un terzo documento, a cura della direzione Dipartimento, include il corso GP nella Pianificazione della formazione dell'anno. Il documento, definendo gli obiettivi generali del corso GP, ricalca il documento precedente, stilato dal primario del CSM. La differenza concerne i destinatari: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, sociologi, amministrativi. Vengono evocate le professioni presenti nel CSM. Scompaiono i gruppi operativi e i loro responsabili evocati nel documento del primario CSM. Le professioni, con la loro gerarchia simbolica, presente nell'ordine in cui sono elencate, rimpiazzano la gerarchia funzionale. La cultura della competenza organizzativa è debole.

4. Un quarto documento è la Delibera sul corso, ovvero la decisione di effettuarlo, a firma del Direttore Generale della ASL. La ASL approva lo svolgimento del corso e stanza il budget necessario. Obiettivo del corso: miglioramento delle capacità di analisi del funzionamento dei gruppi di lavoro, miglioramento delle dinamiche interne al gruppo, miglioramento della qualità delle azioni professionali. Destinatari: tutti gli operatori del servizio, medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, sociologi e amministrativi. Con poche variazioni, si ripete la cultura che separa analisi organizzativa, dinamica di gruppo, prestazione professionale. Ancora una volta, vengono ignorati ruoli e funzioni. Al loro posto, un confuso gruppo di generici operatori da un lato, la sequenza delle professioni dall'altro. In seguito a questo documento, GP riceve l'incarico, effettua l'intervento e consegna il rapporto finale.

5. Un quinto documento è la Relazione di verifica, alla loro conclusione, dei due corsi di formazione effettuati nel CSM: la supervisione di casi gravi e l'esperienza psicosociale. La relazione, a cura del responsabile della formazione, è rivolta al direttore del Dipartimento, agli operatori del CSM, a GP²⁶. Il documento dichiara due obiettivi. Il primo è verso l'interno del CSM: c'è l'invito a far circolare le riflessioni sulle esperienze formative, e a monitorare i primi effetti di miglioramento organizzativo. Il secondo obiettivo è verso l' "esterno":

²⁵ Nel momento dell'intervento, alla fine degli anni novanta, la funzione del Dipartimento come coordinamento delle iniziative formative da effettuarsi al suo interno, quindi anche di quelle rivolte al nostro CSM, era in esordio. Il CSM che vedeva nell'assunzione di tale funzione da parte del Dipartimento una minaccia alla sua autonomia.

²⁶ Notiamo che il documento di verifica non è rivolto al consulente che ha effettuato la supervisione di casi gravi. Tale attività resta simbolicamente scissa dal funzionamento organizzativo del CSM, che è al centro del documento di verifica. Di fatto, dei due interventi formativi, l'unico di cui si parla nel documento di verifica è quello con GP.

informare la direzione del Dipartimento²⁷. Vengono riassunti i motivi per cui nel CSM sono state prese le due iniziative formative. Negli operatori erano stati rilevati tanto un disagio, quanto l'incapacità di risolverlo. In particolare, per quanto ha riguardato l'esigenza di fare un'esperienza psicosociale: sia entro che tra gruppi di lavoro c'era una diffusa conflittualità, nella forma della svalutazione reciproca; si percepiva il rischio di essere improduttivi; si avvertiva il pericolo di *burn-out*; c'era difficoltà di relazione con l'utenza organizzata nelle associazioni delle famiglie. Si dice che il lavoro svolto con GP ha evidenziato la specifica cultura locale del CSM, generata negli anni e finalizzata alla regolazione dei processi relazionali e organizzativi. Inoltre sono stati studiati gli eventi critici che incidono sull'operatività e sul funzionamento organizzativo. Era stata analizzata la relazione con l'utenza. Era stato considerato il rapporto con le strutture di coordinamento, in particolare con il Dipartimento. Il documento dice che la riflessione sui modelli di funzionamento del servizio era proseguita, dopo l'ultimo incontro con GP, con due riunioni tra operatori destinate a formulare strategie sui punti critici individuati. In particolare, si stava lavorando alla definizione di responsabilità sulle varie iniziative rivolte ai familiari, ed al loro coordinamento. Si intendeva soddisfare la domanda dei familiari. Le iniziative erano state fino a quel momento scollegate. Inoltre, il primario aveva istituito una commissione sulla formazione, destinata a intrattenere relazioni con il Dipartimento e a far cessare il conflitto.

6. Un sesto documento, specificamente rivolto al direttore del Dipartimento e a firma del responsabile della formazione, torna a valutare i corsi di aggiornamento del CSM. Nel documento si dichiara che gli effetti in termini di partecipazione, consenso, implementazione delle risorse interne, indicavano la necessità di continuare a considerare, da parte del Dipartimento, le esigenze manifestate dagli operatori del servizio. Per questo appariva necessario che i successivi progetti scaturissero dall'interlocuzione tra servizio e Dipartimento.

La misurazione della soddisfazione del cliente

La terza fonte per la verifica dell'intervento di GP nel CSM sono i dati ottenuti da una scheda di valutazione dell'intervento, proposta da GP e compilata dai partecipanti alla conclusione del lavoro. Otto dimensioni venivano sottoposte a una doppia valutazione, sia di importanza che di soddisfazione. Si chiedeva di attribuire due punteggi, su una scala da 1 a 10 (1 = niente affatto importante; 10 = estremamente importante; idem per la soddisfazione). Queste erano le 8 dimensioni: congruenza tra obiettivi dell'intervento e sviluppo della Sua organizzazione; utilità dell'intervento per la crescita della Sua competenza; adeguatezza dei metodi e degli strumenti adottati da GP per la realizzazione degli obiettivi previsti; rispetto, da parte di GP, dei tempi concordati; capacità di GP di comprendere i problemi posti dal cliente; competenza professionale dei consulenti GP; pertinenza e chiarezza della documentazione fornita; adeguatezza dell'assistenza fornita. La media delle risposte a tutte e otto le dimensioni, senza scarti significativi tra importanza e soddisfazione, era di 8,5. Si chiedeva inoltre di indicare su una scala da uno a quattro il livello di soddisfazione complessiva nei confronti dell'intervento. La media delle risposte era di 3,5. Sempre su una scala da uno a quattro, si rispondeva anche a questa domanda: Le chiediamo inoltre una previsione sulla Sua organizzazione. Secondo Lei, la Sua organizzazione è in sviluppo? La media era di 2,2.

Abbiamo quindi diverse fonti per effettuare una verifica. C'è il resoconto, che ci parla della fondazione, dell'attuarsi e del concludersi dell'intervento, della definizione degli obiettivi, delle risorse e del metodo adottati per perseguirli, della loro verifica. Il resoconto ci dice quale siano state l'ottica adottata dal consulente e le sue categorie. C'è un commento ad alcuni documenti a cura del cliente, in cui si definiscono strategie ed obiettivi e si valuta ciò che è stato fatto. Infine, abbiamo la misurazione della soddisfazione del CSM nei confronti dell'intervento. Nessuno di questi dati, tuttavia, incluso l'ultimo, apparentemente "obiettivo", ha senso in sé. Né i diversi dati si dispongono da soli in un insieme coerente. C'è il sentimento quasi euforico espresso nelle schede di soddisfazione subito dopo all'intervento; sembrerebbe il sentimento di chi ha scoperto di poter dare un senso alle emozioni vissute nel CSM. Ma ci sono anche i sentimenti di faticoso impegno, di disillusione della fantasia di potersi liberare dal conflitto, di apertura a nuove possibilità di lavoro, di timore di tornare nella solitudine dopo la condivisione creata dall'intervento, vissuti nell'incontro conclusivo di verifica. Siamo di nuovo confrontati con la necessità di proseguire nell'interpretazione. Il consulente e il cliente, entrambi. Ciascuno per la sua strada. Ma è appunto questo l'esito di un intervento psicologico clinico.

²⁷ Nel vissuto simbolico del CSM, il Dipartimento è "esterno" al servizio; e così viene definito, come "esterno", in questo documento. Il CSM è il dentro dell'appartenenza, del riconoscersi uguali, il Dipartimento è il fuori, il lontano da sé, il minacciosamente diverso. Durante l'intervento si è discusso a lungo della connotazione nemica del Dipartimento, funzionale al mantenimento della coesione entro il CSM.

Questo esito è in accordo con l'ipotesi teorica e metodologica che ha orientato GP. Tutto il lavoro con CSM è stato guidato dall'ipotesi che si interviene sulla relazione. Relazione organizzata da un lato da una cultura collusivamente condivisa, dall'altro da obiettivi di sviluppo della relazione stessa. Quando il ripetersi di eventi critici segnala una frattura tra la prima e i secondi, può intervenire una consulenza psicologica clinica. Che lavora sulla riformulazione della relazione tra assetto collusivo del cliente e suoi obiettivi di sviluppo. Obiettivi che non si pongono, d'altro canto, come esito atteso. Essi assumono, piuttosto, la funzione di orientamento metodologico. Si pongono come criteri che permettono di essere in rapporto con la variabilità del contesto e con l'estraneo, in un continuo processo di esplorazione e di interpretazione. L'attivarsi di questo processo è l'indicatore della verifica dell'intervento.

Gli obiettivi del lavoro terapeutico: correzione del deficit o promozione dello sviluppo. di Fiammetta Giovagnoli*

Premessa

Questo articolo intende proporre alcune riflessioni sul tema degli obiettivi del lavoro psicoterapeutico. In una recente ricerca condotta dalla Cattedra di Psicologia Clinica sulle rappresentazioni della domanda di psicoterapia è emersa una dicotomia interessante tra due modi di pensare l'intervento terapeutico: il primo fortemente orientato a classificare il cliente all'interno di categorie descrittive, e a ricondurlo alla "normalità" prevista dal modello teorico di riferimento; il secondo più orientato a costruire con il cliente una relazione volta alla condivisione degli obiettivi dell'intervento (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Carli, 2005).

Le due rappresentazioni richiamano il dibattito sui modelli culturali della nostra professione, nel secondo caso, più orientato allo sviluppo del cliente, sembra non riprodursi il modello medico di cura, di correzione del deficit, presente nel primo. "Sviluppare il cliente" significa non conoscere a priori la direzione del processo di sviluppo. L'obiettivo non è il raggiungimento dell'esito finale del processo previsto dal modello teorico ma accrescere la competenza a direzionare tale processo, a partire dagli obiettivi di sviluppo del cliente. L'uso del termine "cliente" intende esplicitare il riferimento ad un fruitore dell'intervento psicoterapeutico dotato di obiettivi e di competenze, dunque di una specifica, inedita, variabile domanda. Lo sviluppo è un obiettivo che necessita della partecipazione del cliente, della sua committenza, che contraddice la rappresentazione dell'intervento psicologico come prestazione tecnica di un sapere posseduto dal professionista dal quale il cliente dipende. Un obiettivo scomodo, disorientante per chi cerca norme, invarianze della prassi psicologica, per chi stenta a privarsi di una rappresentazione della professione ancorata al potere.

L'intento di questo articolo è rintracciare il significato di questo obiettivo all'interno della strategia di intervento utilizzata in un caso clinico.

L'articolo è organizzato in due parti. Nella prima verrà presentato il caso di E. e proposte alcune ipotesi di lettura del problema che motiva la domanda di psicoterapia; nella seconda verranno discussi alcuni elementi della strategia di intervento utilizzata.

La domanda di intervento

E. è una ragazza di 26 anni nata in una città della provincia campana dove è vissuta fino all'età di 19, quando si trasferisce a Roma per studiare Giurisprudenza. Il padre, dirigente di un'azienda statale, e la madre, casalinga, sono originari della Calabria. Ha una sorella di 24 anni, laureata in Economia e Commercio, che vive con i genitori.

Mi contatta nel gennaio 2005 presentandosi come un'amica di una mia cliente che da circa 6 mesi ha concluso un intervento psicoterapeutico. E' come se mi conoscesse già, dirà al primo incontro. Chiede un intervento psicologico perché non riesce a concludere il suo lavoro di tesi. Dopo aver sostenuto gli esami curricolari, conseguendo una buona media di voto, non riesce ad "andare avanti".

Ci accordiamo con difficoltà sulla data del primo appuntamento, E. mi anticipa che a causa dei suoi impegni, le prossime date dovremo "contrattarle".

Al primo incontro E. afferma di non riuscire a capire il motivo del "blocco" che sta vivendo, si dichiara contenta di essere arrivata al termine dei suoi studi, contenta di potersi rendere indipendente dai suoi genitori, di "ripagarli dei tanti sacrifici fatti". E. sostiene siano stati loro a desiderare che studiasse Giurisprudenza così come a 14 anni hanno scelto per lei l'iscrizione al liceo scientifico. Avrebbe voluto iscriversi ad un liceo artistico ma i genitori

* Specialista in Psicologia clinica, professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia 1 dell' Università di Roma, La Sapienza.

l'avrebbero "ingannata" dicendole che nella città natale non esisteva questo tipo di scuola. E' sempre stata considerata una ribelle, una fuori di testa, a differenza della sorella minore che E definisce "allineata" ai genitori. Con il tempo ha imparato ad "obbedire" perché, sostiene, continuare a discutere la volontà dei genitori avrebbe comportato essere esclusa dalla famiglia, ma dopo la laurea in Giurisprudenza si dedicherà ai suoi veri interessi: il disegno, la danza, il canto, il teatro, l'impegno sociale...

I genitori si dichiarano molto preoccupati del ritardo con il quale si sta laureando, le telefonano ogni sera per chiederle se ha bisogno di qualcosa e per sincerarsi che stia studiando.

E non sopporta che i genitori si occupino di lei perché ritiene che il loro unico interesse sia quello di usare il successo dei figli come dimostrazione delle loro capacità di buoni genitori. Ritiene che fin da piccola la madre abbia trasformato le relazioni fra i cugini in una competizione con le sue sorelle alla quale si è sempre rifiutata di partecipare disattendendo le sue aspettative.

E. domanda è di trovare l'"energia" per continuare a studiare e "togliersi la laurea". Il problema, dice, è che "perde il controllo", non riesce ad "auto-disciplinarsi". Se si forza a rimanere in casa, trascorre il tempo senza fare niente. Se decide di uscire, rientra molto tardi, a volte beve troppo e la mattina seguente non riesce ad alzarsi.

Non parla con il suo relatore da mesi, teme che nemmeno ricordi di averle assegnato una tesi di laurea. Si sente in colpa, proprio non ce la fa a riprendere i contatti con lui, anche se, afferma, si è sempre manifestato tanto disponibile nei suoi riguardi, rispettoso dei suoi tempi.

Prime ipotesi di lettura

E mi propone di obbligarla¹ a laurearsi. Anche io, come i suoi genitori, dovrei preoccuparmi e costringerla, così che lei possa continuare a reagire, a ribellarsi, a disattendere, invece che iniziare a progettare un suo sviluppo lavorativo. L'altro che mi costringe mi solleva dalla fatica di pensare.

Ipotizzo che il problema di E. consiste nel "togliersi" la laurea, nel negare una sua implicazione negli studi effettuati, un suo coinvolgimento nel progettare la sua vita. La danza, il canto, il disegno non sembrano essere interessi che E. intende sviluppare quanto provocazioni per alimentare l'attenzione preoccupata dell'altro, per controllarlo.

Nel rapporto con me E mi inviterà a riprodurre lo stesso copione relazionale condiviso all'interno della famiglia. Dimentica gli appuntamenti, arriva in anticipo, più spesso in ritardo. Ogni volta, mortificata per la sua incapacità di "disciplinare" il suo comportamento, chiede scusa e giustifica queste sue distrazioni raccontando di notti trascorse a bere e a fumare. Durante i colloqui accade che un improvviso ed insopportabile mal di testa le impedisca di pensare e la "costringa" a chiedermi di chiudere le tende, abbassare le luci, interrompere la seduta, che però, sottolinea, mi pagherà per intero.

Posso allarmarmi per lei ed occuparmi dell'alcool, del fumo, del mal di testa, oppure arrabbiarmi, richiamare le regole, imporre una disciplina. In questo caso il richiamo alle regole del setting rischia di essere vissuto come la dimensione normativa che ci risparmia dalla fatica di condividere il senso di quello che sta facendo, che ci *obbliga* ed annulla un pensiero.

L'obbligo, dicevamo, garantisce il controllo del rapporto, controllo presente fin dal primo contatto telefonico. E cerca di gestire la relazione con me attraverso l'anticipazione dei suoi tanti impegni: il canto, la danza, il disegno. Fin dall'inizio anche io, come gli altri di cui parla, vengo messa alla prova: a seconda della mia risposta posso essere assimilata ai genitori insensibili alle sue richieste o al suo relatore, tanto disponibile nei suoi confronti.

In ogni caso, prima ancora di conoscermi, E fa l'ipotesi che io sia un *nemico* a meno che dimostri il contrario². La relazione di amicizia con una mia ex-cliente è vissuta da E. coerentemente con la sua esigenza di controllo: "è come se mi conoscesse già".

1 Con il termine *obbligare* si fa riferimento ad una neoemozione. Insieme a *pretendere, controllare, diffidare, provocare, lamentarsi, preoccuparsi*, rappresenta uno dei modi di organizzare i rapporti all'interno dei contesti relazionali ai quali si appartiene. Il concetto di neoemozione è stato proposto da R.Carli e R.M. Paniccia, 2002, 2003, 2005, come elaborazione della simbolizzazione emozionale del contesto. In quanto organizzatore di relazioni sociali, l'emozione non è intesa come risposta primaria e individuale agli stimoli esterni.

2. "Amico-nemico" rappresenta una primitiva categorizzazione della relazione sociale. L'individuazione del nemico, l'esclusione della sua presenza, è cruciale per la sopravvivenza. Dentro questa categorizzazione si esaurisce la simbolizzazione dell'altro, dunque si nega la sua estraneità. Il suo utilizzo è funzionale al controllo della relazione e non alla sua esplorazione, lo scopo è il *possesso* dell'altro e non lo *scambio*. La dimensione

Dentro questo copione si esaurisce ogni rapporto che E agisce: quello con me, con i suoi genitori, con il suo relatore di tesi, ma anche con i suoi amici, con i coinquilini dell'appartamento in cui vive.

Il problema che motiva la domanda di intervento di E. può essere letto come fallimento dei modelli di relazione che ad oggi hanno organizzato la sua vita sociale. L'Università vissuta come "scuola dell'obbligo" sta per terminare. Perché possa essere utilizzata come risorsa utile al suo sviluppo professionale servono altri modelli di relazione.

Quale **strategia di intervento** è possibile organizzare per permettere ad E di costruire modelli relazionali capaci di trattare le nuove domande di realtà? Come facilitare la comprensione delle dinamiche relazionali che sostengono il problema che E porta? La **fase istituyente** la relazione terapeutica può essere utilizzata per fondare questa strategia. Nell'incontro con me E agisce le sue rappresentazioni della relazione sociale, è dentro questa relazione che posso sia facilitare un pensiero su queste rappresentazioni che permettere la costruzione di altre.

Proverò ad individuare alcune componenti di questa strategia.

Accordarsi sul lavoro che si fa

Al termine di 3 colloqui dedicati all'esplorazione della domanda di intervento propongo ad E. di capire quali modelli di rapporto costruisce nei contesti di cui mi parla, a partire da quello che condividiamo. In questa proposta sono rintracciabili alcune coordinate dell'intervento. Vediamo quali.

Proporre di condividere un obiettivo vuol dire **prospettare un modello di relazione nuovo** che prevede implicazioni e non obblighi, prodotti e non adempimenti. Accordarsi sull'obiettivo non è una fase de lavoro quanto piuttosto una dimensione che attraversa tutto l'intervento psicologico, per certi versi potremmo dire che coincide con il lavoro psicologico.

Oggetto di questo **obiettivo è la conoscenza dei modelli di rapporto** che E partecipa a costruire, non il conseguimento della laurea. Laurearsi non è scontatamente un obiettivo; lo è dentro un'ipotesi conformista che mi solleva dal pensare al senso che sto dando all'evento. Senza un'implicazione, un desiderio rispetto al mio futuro, non ci sono obiettivi. Il punto non è decidere se fare l'avvocato o la ballerina ma capire quale attività è sostenuta da un progetto ancorato alla realtà, ai limiti³ che la realtà comporta.

Dunque non mi interessa classificare il problema di E all'interno di categorie diagnostiche di un modello teorico, l'obiettivo non è il raggiungimento di uno stadio finale di un predefinito modello di sviluppo, ma **esplorare insieme a lei quale ipotesi progettuale** è possibile porre e che relazione intercorre tra la laurea in Giurisprudenza e tale ipotesi. Come dire: quale interesse E può avere a privarsi del controllo e dell'obbligo?

Dal sintomo ai contesti relazionali

Inizio ad esplorare insieme ad E chi è, in che contesti sociali vive, con quali modalità di rapporto, con quali interessi e prospettive. Sposto la mia attenzione dal sintomo, il "blocco", alla persona intesa come attore sociale. Soprattutto nei primi mesi di lavoro E. ha risposto a questo spostamento di attenzione con fastidio e sorpresa, rendendo visibile la sua aspettativa di essere confermata nel ruolo sociale della vittima. La storia familiare di E, d'altronde, non è povera di ancoraggi per il suo vissuto di danneggiata. **Trattarla come chi ha risorse e interessi**, non solo ferite, spesso è stato vissuto da E come un non "allinearmi" dalla sua parte. In questo caso allinearsi avrebbe voluto dire sostenere lo sforzo a completare la sua tesi, confermando anche io l'assenza di un suo desiderio realizzativi. Ipotesi che E chiede e nello stesso tempo teme che venga confermata.

Esplorando i contesti sociali nei quali è inserita capiamo che **E ha interessi e progetti che teme di riconoscere**. Il vissuto connesso al laurearsi, la laurea intesa nella sua dimensione simbolico-affettiva, sembra

"possesso-scambio" organizza i modelli di convivenza dentro i contesti sociali nei quali viviamo. Intorno alla polarità del possesso ritroviamo le modalità di rapporto neoemozionale. Per un approfondimento della relazione tra la genesi della simbolizzazione emozionale della relazione e lo schema "amico-nemico", vedi R. Carli 1987.

³ L'assenza di limiti è coerente con la rappresentazione dell'altro quale serbatoio illimitato di risorse da possedere. E' ancora il possesso e non lo scambio l'organizzatore della fantasie relazionale. Dentro questa fantasia il limite è vissuto come vincolo che ostacola ogni ipotesi realizzativa.

compromettere quel tacito accordo che ha consentito ad E di partecipare ai contesti sociali di cui parla, di farne parte, di non venire esclusa. Contesti, soprattutto quello familiare ma anche quello universitario, che sono vissuti come non produttivi. *Fare parte e realizzare* sembrano motivazioni contrapposte.

La laurea sembra allora proporre una cesura, una privazione di un assetto relazionale dato, dove le posizioni di ognuno, rabbiosamente in conflitto, assicurano tutti attraverso la prevedibilità, il controllo sulla variabilità, sull'inedito. Non laureandomi perpetuo il legame con i miei genitori. Fallendo, li faccio fallire, tenendo alta la conflittualità garantisco il rapporto.

L'altro vissuto come *nemico conosciuto* mi permette un'economia del pensiero e contemporaneamente sottrae energie alla possibile produttività. Dentro questo vissuto del contesto relazionale mi colloco e mi riconosco, mi scavo una nicchia sociale che difficilmente sarò disposto ad abbandonare a meno di cominciare ad incuriosirmi del fuori e del poi, a meno di cominciare a riconoscere di avere interessi che dentro la nicchia sociale non posso investire.

La Giurisprudenza da un lato e la danza, il disegno, il canto, dall'altra, propongono una scissione tra realtà e desiderio. E' possibile desiderare, generare, sviluppare creatività soltanto se faccio fuori la realtà e i suoi limiti. Il lavoro è sempre scisso dalla creatività che per esistere deve essere libera da limiti, vissuti come vincoli.

L'uso della relazione "qui ed ora"

Il contesto sociale che più di ogni altro ci ha consentito lo sviluppo di un pensiero è stato il setting psicoterapeutico. E' a partire dell'esperienza emozionata condivisa all'interno del rapporto terapeutico, che è stato possibile produrre un pensiero sulle emozioni e sperimentare l'accesso ad un diverso modo di rappresentare i rapporti sociali. Pur non confermando la proposta collusiva E continua ad implicarsi nella mia proposta di lavoro permettendomi così di verificare l'interesse e le risorse a cambiare assetto relazionale.

Un esempio

Durante i primi mesi di trattamento E. riprende i rapporti con il relatore della sua tesi. Lavorando all'esplorazione della letteratura relativa all'argomento che sta trattando, E scopre che la Giurisprudenza la interessa più di quanto lei stessa pensasse. E' perché non utilizza più lo studio (il non studio) della Giurisprudenza come pretesto per regolare la relazione con i genitori, è perché la tratta come un'estraneità da conoscere che E inizia a vederla e a potersene interessare.

Parallelamente, sempre più spesso, E richiede di poter recuperare incontri ai quali dimentica di venire, altre volte di anticiparli per trattare un'improvvisa urgenza. I due eventi sono ovviamente in relazione. Nel momento in cui E libera il contesto universitario dalle sue fantasie, chiede a me di poterle giocare ancora.

Nel mese di marzo mi telefona piangendo e mi chiede di incontrarci prima del previsto perché il suo lavoro di tesi sarebbe ormai "compromesso". Il docente relatore le avrebbe chiesto di restituire alcuni libri prestati mesi fa per poterli dare ad una collega laureanda che si sta interessando del suo stesso argomento. E non li ha ancora letti, si sente in colpa per questo, non sa come dirlo al suo relatore. Interpreta la sua richiesta come un mettere in secondo piano il suo lavoro e richiamarla all'ordine.

Invitata ad incontrarci il giorno stabilito E lamenterà la mia scarsa "empatia". Per fidarsi di me, dirà arrabbiata, ha bisogno di sapere che io provo quello che lei stessa sta provando. Non venendo incontro ai suoi bisogni dimostro di non esserle vicina, proprio come il suo relatore che ora la priva dei libri preferendo curare gli interessi di un'altra laureanda. Non ci sono dubbi sul significato del mio comportamento così come su quello del professore, la relazione con me non viene usata per capire ma come segnale che attiva automaticamente quello schema amico-nemico che non permette lo sviluppo di alcuna conoscenza.

Questo evento ci ha permesso di fare esperienza della proposta collusiva di E dentro una relazione, quella terapeutica, che favorisce lo sviluppo di un pensiero perché non ripropone gli stessi assetti collusivi.

Fidarsi non è un obiettivo, permette il controllo ma non genera sviluppi. Proprio come la disponibilità del relatore "rispettoso dei suoi tempi", non ha facilitato la produzione della sua tesi. **Abbiamo potuto capire che la richiesta di E di una relazione senza limiti: nessun accordo, nessuna scadenza, nessun altro con cui condividere le risorse, è in rapporto alla sua paura di implicarsi all'interno di rapporti produttivi.** E teme e

dunque attacca ogni ipotesi di realizzazione di obiettivi. Per E è possibile stare in rapporto con un altro solo se questo pensa come lei, prova quello che prova lei. Il controllo dell'altro realizza la negazione della produttività.

E' grazie ai limiti che il setting terapeutico propone che è possibile conoscere queste rappresentazioni emozionali della relazione che altrimenti rimarrebbero mute, nascoste dentro la retorica dell'empatia⁴, dentro la pretesa di E di essere vittima della insensibilità dell'altro.

E inizia a capire come l'empatia sia una richiesta violenta che fa fuori l'alterità. Inizia a capire che l'altro insensibile ai suoi bisogni è funzionale ad evitare il suo problema: entrare in rapporto con quello che non conosce già, occuparsi di un suo sviluppo.

Nel caso citato ha voluto dire parlare con il docente, dichiarare un suo interesse ad utilizzare ancora per qualche tempo i libri prestati, accordarsi su una data per la restituzione, contattare la collega laureanda per condividere con lei gli accordi presi.

Alcuni sviluppi

Durante i mesi successivi E continuerà a trattare il suo lavoro di tesi, in parte interessandosene, in parte continuando a preoccuparsi e ad obbligarsi, fino ad arrivare al giorno della discussione.

Decide di invitare i suoi parenti al giorno della laurea, contrariamente a quanto inizialmente ipotizzato. Progetta timidamente di cercare uno studio legale dove svolgere il periodo di apprendistato che segue la laurea in Giurisprudenza, sempre più vissuta come uno strumento utile a realizzare progetti professionali e non come un debito da saldare.

Fa capolino una rappresentazione delle relazioni sociali aperta ad ipotesi realizzative.

Malgrado ciò, o forse proprio per questo, il giorno della laurea, racconterà E., sia lei che i genitori faranno di tutto per tornare alle vecchie "regole del gioco": inspiegabilmente, per ragioni che fatica a ricordare, e che perciò si confermano come pretesti volutamente ricercati, inizierà una lite così violenta che i genitori decidono di partire senza partecipare alla sua festa di laurea. Questa volta E fa meno fatica a capire le dinamiche relazionali che danno senso all'evento. Quello che appare più evidente è il ruolo da lei attivamente giocato, il suo bisogno di continuare ad avere un "nemico" che "la obblighi a non sviluppare". Come lei stessa dirà alcuni colloqui più tardi: "vivo come una perdita l'assenza del controllo dei miei genitori".

Inizia per E un periodo che definisce particolarmente difficile, si sente persa e sola. Ma è proprio questa solitudine, intesa come privazione delle dinamiche collusive che l'hanno "tenuta insieme", che permette un cambiamento. Capiamo che "stare male" può avere diversi significati così come "stare bene", per la stessa ragione, non è un obiettivo di lavoro. Attualmente E è alle prese con la ricerca dello studio legale dove iniziare l'apprendistato ora vissuto come un investimento che intende rischiare.

Conclusioni

La strategia di intervento coerente con l'obiettivo di sviluppare il cliente si costruisce nella contingenza della relazione. L'ipotesi "giusta" è quella che il cliente utilizza per pensare. La fruibilità dell'ipotesi è il criterio che organizza la strategia. In quest'ottica i problemi che si generano nella relazione con il cliente più che errori interpretativi costituiscono spesso occasioni preziose di conoscenza e sviluppo. Nell'esempio citato non rispondere alla richiesta di E di incontrarci ha voluto dire verificare l'ipotesi che E stesse chiedendo di non essere trattata come una vittima. E' perché E. ha scelto di venire all'appuntamento e di discutere con me della relazione condivisa, invece che annullarmi nella rappresentazione di un altro nemico, che verifico l'ipotesi.

Per poter usare la relazione terapeutica come occasione di pensiero è però necessario accordarsi con il cliente su tale possibilità. Accordarsi può voler dire proporre esplicitamente tale obiettivo così come organizzare il rapporto coerentemente con tale obiettivo. In ogni caso è la relazione terapeutica lo

⁴ L'empatia è trattata da alcuni modelli come qualità del terapeuta, requisito indispensabile dell'intervento. E' interessante notare come il caso trattato suggerisca l'utilità di non utilizzare normativamente alcun concetto teorico. Per una conoscenza dell'utilizzo del concetto di empatia all'interno della "terapia centrata sull'individuo" segnaliamo l'accurata rassegna bibliografica che N.J.Raskin e C.Rogers ropongono nel libro "Psicoterapia. Teorie, tecniche, casi" a cura di R.J.Corsini e D. Wedding, 1995.

strumento che più utilizzo sia per conoscere il problema e le risorse del cliente che per intervenire. In questo caso la costruzione di una relazione non è il presupposto per intervenire ma l'obiettivo dell'intervento. In quest'ottica il modo di intendere la relazione si allontana dal concetto di "alleanza terapeutica". Non sono interessata a costruire una relazione di fiducia che permette l'intervento, l'intervento coincide con la costruzione di una relazione fondata su assetti collusivi che permettono rischi, investimenti. Avere obiettivi più che costituire una difficoltà del cliente sembra fare fallire alcune delle rappresentazioni della nostra professione. Interessarsi degli obiettivi del cliente ci allontana da quella posizione di potere che sembra ancorare il nostro vissuto professionale e che tanto condivide con alcune modalità di pensare i rapporti sociali che i clienti segnalano come problemi.

Il resoconto clinico rappresenta un dispositivo utile per monitorare la strategia di intervento. E' nel momento in cui scrivo, in cui mi sforzo di comunicare ad un altro i criteri che hanno orientato l'intervento, che li conosco. Il resoconto, così come l'intervento clinico, si ancora alla competenza a trattare l'estraneità dell'altro, in questo caso il lettore.

Bibliografia

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

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

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

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

Corsini, R.J., & Wedding, D. (a cura di). (1995). *Current psychotherapies*. F.E. Peacock Publisher. Trad.it (1996). *Psicoterapia: Teorie, tecniche, casi*. Milano: Angelo Guerini e Associati.

Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Carli, R. (2005, settembre). *La domanda di Psicoterapia*. Presentato al convegno nazionale SPR./Italia: *Ricerca in Psicoterapia e Qualità della Cura*, San Benedetto del Tronto (AP).

Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia

di Massimo Grasso*, Pietro Stampa**

Premessa

Questo contributo nasce come traccia di un intervento al simposio **La psicoterapia, correzione di deficit o promozione di sviluppo?**, organizzato dal gruppo “L’ Orto dei Semplici” nell’ ambito del XX Congresso della Sezione italiana della Society for Psychotherapeutic Research (San Benedetto del Tronto, 15-18 settembre 2005).

La scelta del titolo rispondeva, oltre che a esigenze di marketing (si tenevano altri 5 simposi in contemporanea al nostro), alla considerazione che la ricerca in psicoterapia è in larga misura caratterizzata da una (pericolosa) confusione tra fantasia e realtà.

Ricordate il film? 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 catastrofici, surreali, da cui Bunny o Wilcoyote si risollevarono 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...

Intelligente e graziosa metafora dei rischi che ognuno di noi corre quando si ritrova — volontariamente o 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 azionare 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 almeno che questi comportamenti, statisticamente normali, sono folli?

Naturalmente, era solo un esempio: come si vedrà non intendiamo parlare di questo, ma di problemi epistemologici della psicologia clinica

Qui di seguito la versione definitiva del nostro lavoro, nella quale i riferimenti a Roger Rabbit e a Cartoonia — che, insieme ad alcune immagini di commento offerte in Power Point, avevano qua e là vivacizzato l’ esposizione orale — sono stati espunti (... un vero peccato!) per fluidificare quella scritta.

La ricerca in psicoterapia, sui suoi èsiti, sulla dinamica del suo processo, implica necessariamente un riferimento alla cornice metodologica che la contiene. Cornice che spesso, a nostro avviso, viene trascurata nelle sue implicazioni per la prassi clinica — e così per gli studi sulla sua efficacia — o addirittura data per scontata.

Viene da chiedersi quindi: quali indicatori scegliamo per affermare che una persona emotivamente sofferente, interiormente disarmonica, mal integrata in una rete di relazioni interpersonali — un paziente in psicoterapia, ad esempio — “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,¹ il comportamento incongruo stimolo/risposta di un animale portato sulla Terra da un altro pianeta

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

** Psicologo clinico libero professionista, Roma; docente incaricato di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni educative – Università di Chieti.

¹ Isaac Asimov, *The Imaginary*, pubblicato su *Astonishing* nel 1942 — in italiano: *Quantità immaginarie*, in *Asimov Story n. 2*, “Urania” n. 626 del 2 sett. 1973, Milano, Mondadori.

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, di linguistica e di politica culturale.

Ci danno lo spunto di occuparci criticamente della cornice di cui sopra alcuni contributi apparsi di recente su prestigiose riviste del nostro settore.

Alcune considerazioni critiche sul concetto di salute mentale

Sull' autorevole *American Journal of Psychiatry*,² in una rassegna curata da G. E. Vaillant (2003) come èsito di un finanziamento del National Institute of Mental Health, sono stati presi in considerazione sei diversi approcci empirici alla salute mentale, secondo l' autore particolarmente meritevoli di attenzione.

Tra questi l' approccio della "psicologia positiva" e le relative opinioni in tema di salute mentale del suo esponente più rappresentativo, M.E.P. Seligman.³

Come scrive Vaillant:⁴

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.

[...] La psicologia positiva è l' unico modello di salute mentale che lascia supporre la possibilità di innalzare un punteggio di 75 alla VGF⁵ 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:

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".

Siamo tentati di lasciare senza commento una tale paradossale affermazione ("*Nihil tam absurde dici potest, quod non dicatur ab aliquo philosophorum*" diceva Cicerone). Basti tuttavia considerare:

≈ l' impermeabilità di una tale visione del mondo a qualsiasi riflessione critica e quindi a qualsiasi possibile percorso psicoterapeutico;

≈ e, nel contempo, la singolare vicinanza di una simile affermazione ad una prospettiva che non esiteremmo a definire, secondo i canoni della tradizionale nomenclatura psicopatologica, paranoidea.

Ma, ancora a proposito di salute mentale e ottimismo, in questo stesso lavoro di *review* sulle concezioni più autorevoli e documentate di salute mentale, Vaillant individua nella concettualizzazione

² *Impact factor*: 6.913.

³ Cfr. di Seligman i volumi: *Learned Optimism* (1991), *Authentic Happiness* (2002), *Character Strengths and Virtues: a Handbook and Classification* (2004).

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

⁵ Valutazione Globale di Funzionamento. Si tratta di un criterio di valutazione empirica della salute mentale utilizzato nel DSM.

della “salute mentale come benessere soggettivo” un modello cui prestare particolare attenzione per l’ influenza che ha avuto, che tuttora ha e per le prospettive che apre 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*.⁶

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, viene puntualizzato, 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 e documentata (!), svolta in questi anni ha dimostrato che solo “religiosa, sposata, con un’ autostima elevata e un buon lavoro” possono essere mantenute.

Ed è in questo quadro che, anche se con un discutibile salto di piano logico, trova spazio l’ indicazione di una particolare ricerca, che anche di recente ha conosciuto echi perfino sulla stampa quotidiana del nostro Paese.⁷ La ricerca in questione si occupa di suore. Felici e longeve, a certe condizioni (ma non era necessario essere anche sposati?).

Tale ricerca, pubblicata nel 2001, ha un titolo che 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*.⁸

La ricerca rivela come a 180 suore ventenni fosse 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.⁹

⁶ Corsivo nostro. Una nota di qualche interesse per il lettore italiano potrebbe essere la seguente. L’ “interesse americano” di cui qui si parla origina dalla Dichiarazione di Indipendenza del 1776, nella quale si legge che tutti gli uomini sono uguali e tutti hanno uguali diritti, tra cui quel “*pursuit of happiness*” che da allora ha ripetutamente improntato altrettanto la letteratura psicologica e pedagogica che l’ attività delle istituzioni e persino la giurisprudenza di quel Paese: innumerevoli decisioni dei giudici americani sono state e sono tuttora improntate a questo principio.

⁷ Cfr. inchiesta del magazine *Venerdì* del quotidiano *La Repubblica*, 1. luglio 2005: le notizie relative a questo studio — realizzato nell’ Università del Kentucky — sono riportate in un box intitolato: “Il segreto della longevità? Sta in convento”.

⁸ Opera che si inserisce in un filone di dibattito che, pressoché ignorato (per ora) in Italia, è invece assai vivace negli Stati Uniti, almeno da quando, con la presidenza di G.W. Bush il fondamentalismo evangelico si è venuto sempre più strettamente saldando con la cultura politica conservatrice. L’ ingerenza del pensiero religioso in campo scientifico (si pensi al rinnovato ostruzionismo verso Darwin nei programmi scolastici, o al movimento anti-abortista che ha raggiunto picchi di violenza mai registrati in precedenza) è vivace anche nel campo della psicologia e della psichiatria. In risposta a numerosi studi tendenti a dimostrare i benefici effetti della preghiera e della frequentazione dei luoghi di culto sulla salute fisica e mentale, il prestigioso *New England Journal of Medicine* pubblicò nel 2000 un contributo di Sloan & al. nel quale si metteva in evidenza come “prescrivere” ai pazienti tali pratiche sia da considerarsi inutile ed eticamente scorretto.

⁹ Confessiamo qui di esserci chiesti come fosse stato possibile implementare e portare a compimento una ricerca longitudinale durata come minimo 65 anni. L’ equivoco nasce dall’ esposizione di Vaillant — o da una traduzione italiana non del tutto chiara. In realtà, abbiamo potuto constatare controllando il testo originale di Danner, Snowdon & Friesen (2001), le note autobiografiche oggetto di studio non erano standardizzate: i ri-

Vaillant sostiene che proprio questo studio “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 è possibile tanto guadagnarselo. Annota Vaillant:

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

Infatti, scopriamo che il “benessere soggettivo di due gemelli omozigoti cresciuti separatamente è più simile di quello di due gemelli eterozigoti cresciuti insieme (Tellegen & al., 1988)” e 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 & al., 1999).

Lo scetticismo che, in quanto europei, ci rimprovera Vaillant a questo punto cresce in considerazione della confusione di livelli che queste affermazioni contengono e della reificazione e semplificazione di concetti complessi che propongono.

È probabilmente lo stesso concetto di salute mentale “in positivo” ad essere una semplificazione. Forse una semplificazione pericolosa, aggiungiamo noi, dalle ben precise conseguenze sul piano socio-politico più vasto.

Scriva 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 Abstracts* 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 *gioia*¹⁰ (Diener & al. 1999).

In questa direzione non ci si può, crediamo, non sentire 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 sette astronauti americani, come il prototipo delle ricerche volte alla definizione scientifica della salute mentale:

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*¹¹ di piccole cittadine. Intorno ai trent' anni, tutti si erano sposati e

cercatori ebbero accesso agli archivi della congregazione delle American School Sisters of Notre Dame e lavorarono su un materiale disomogeneo e nato per scopi a essa interni (controllo sociale, basi già pronte per futuri necrologi etc.). Di tutte le suore di Notre Dame esiste un documento di auto-presentazione, redatto al momento del loro ingresso nella vita conventuale: tutti quelli delle suore nate prima del 1917 furono utilizzati nella ricerca, estraendone attraverso indicatori linguistici le emozioni “positive” e “negative” successivamente correlate alla durata della vita. A prescindere dal metodo utilizzato per tale estrapolazione, come non chiedersi quale fosse il valore euristico di quei documenti? Ne riproduciamo — già tradotte da noi, per brevità — due qui di seguito. *Sorella 1 (low positive emotion)* — “[...] Ho trascorso il mio anno di noviziato nella Casa Madre studiando chimica, e il secondo anno al Notre Dame Institute studiando latino. Con la grazia di Dio, intendo fare del mio meglio per il nostro Ordine, per la diffusione della religione e per la mia personale santificazione”. *Sorella 2 (high positive emotion)* — “Dio dette principio alla mia vita infondendo in essa una grazia di inestimabile valore [...] L' anno che ho trascorso come novizia al Notre Dame College è stato per me molto felice. Ora attendo con gioia crescente di ricevere dalla nostra Madre Superiora l' Abito Sacro, e di trascorre tutta la mia vita in comunione con l' Amore Divino”. Ci sia dunque concesso di rimarcare tutta la nostra perplessità su questa ricerca.

¹⁰ Corsivo nostro.

¹¹ Corsivo nostro.

avevano avuto figli. Sebbene fossero avventurosi piloti collaudatori, avevano subito insolitamente pochi incidenti nei loro anni di attività come piloti, e anche nel periodo precedente. Potevano tollerare con facilità sia la stretta collaborazione interdipendente che l'estremo isolamento. Si fidavano degli altri e non si lamentavano in situazioni di disagio. Tolleravano bene sia le emozioni positive che quelle negative. Non essendo particolarmente introspettivi, gli astronauti indugiavano di rado sulle proprie emozioni interiori, ma erano capaci di descriverle se richiesto. Erano consapevoli dei sentimenti degli altri, ed evitavano le difficoltà interpersonali.

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 medesima 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 preten-derne 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 sé 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.

La risposta, rassicurante per i politici, meno per una comunità scientifica che si definisca tale, come accennavamo sopra c'è e, con ineffabile grazia, al momento opportuno viene cavata dal cappello a cilindro del 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, comunque, si chiude. Ma, è opportuno registrarlo, sempre con maggiore difficoltà.

A proposito di benessere soggettivo come prevalente sull' ambiente, quale scienziato, ad esempio, potrebbe sostenere a testa alta questa scoperta, oggi, di fronte ai cittadini di New Orleans e alla tragedia che li ha travolti nell' autunno 2005?

Non che siano mancati, anche negli Stati Uniti, contributi critici relativi al concetto di benessere soggettivo come indicatore ovvero come fattore costitutivo della salute mentale. Sentiamo più vicino al nostro, per esempio, il punto di vista espresso in uno studio di Shedler, Mayman & Manis apparso nel 1993 sull' *American Psychologist*. A partire dalla sottolineatura presente nel titolo, "The *Illusion*¹² of Mental Health", gli autori assumono che

le scale standardizzate di valutazione della salute mentale non sono in grado di distinguere tra una genuina salute mentale e una salute mentale di facciata o illusoria prodotta dalle difese psicologiche.

¹² Questa volta il corsivo è dell' autore.

L' articolo presenta i risultati di un gruppo di ricerche basate sulla comparazione delle risposte di un gruppo di soggetti a questionari di auto-valutazione del proprio stato di salute mentale, e delle valutazioni cliniche eseguite in cieco sugli stessi soggetti dai ricercatori. Le scale utilizzate si rivelano tendenzialmente convergenti con i giudizi clinici — espressi sulla base del contatto diretto¹³ — solo quando i punteggi segnalano la presenza di situazioni di disagio, mentre ne divergono in modo statisticamente significativo nel caso opposto:

[...] i punteggi alle scale di salute mentale sono validi quando indicano situazioni di distress, ma ambigue quando indicano uno stato di salute. Se ciò è vero (e se sono valide le nostre stime cliniche), allora la relazione tra punteggi di autovalutazione in una scala di Nevroticismo e le valutazioni cliniche dovrebbe essere asimmetrica. Le persone che riportano distress dovrebbero essere giudicate in tale stato dai clinici, ma le persone che riportano salute potrebbero non essere valutate in modo corrispondente.

Questo modello asimmetrico è stato di fatto osservato [p. 1121].

Alcune considerazioni critiche sul concetto di disturbo mentale

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”, nonostante questo, dunque, si trova preliminarmente ad 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 egli 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 evuzionistica che si riferisce al fallimento di un *meccanismo interno*¹⁴ nell’ esecuzione di una delle sue funzioni *naturali*.¹⁵

¹³ “La nostra fiducia nei metodi clinici qualitativi segue il principio che la comunicazione umana può coprire livelli multipli di significato al di là di quelli più esteriori o del contenuto manifesto, e che questi significati emergono più prontamente quando la comunicazione non è rigidamente strutturata (cfr. Weinberger & McClelland, 1990), e che un altro essere umano è il migliore (e forse, a tutt’oggi l’ unico) ‘strumento’ per registrare questi significati” (p. 1118).

¹⁴ Corsivo nostro.

¹⁵ Corsivo nostro.

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

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.

Ancora una volta siamo costretti ad annotare quanto meno la confusione dei livelli di analisi: i concetti utilizzati 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? Valga, per tutti, il riferimento alla vicenda umana e scientifica di Galileo.

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*¹⁶).

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”

¹⁶ Alla lettera “mania di darsi alla fuga”, nel senso di allontanarsi senza autorizzazione da un luogo obbligato; propriamente “disertare”: nel linguaggio militare greco *drapêtes* è il disertore.

— nel quale, lo ricordiamo ancora, il “benessere soggettivo” dipende da un fattore temperamentale in larga parte ereditario e sostanzialmente indipendente dall’ ambiente?

Alcune considerazioni critiche sulle metodologie di ricerca in psicoterapia

La ricerca clinica indirizzata all’ efficacia della psicoterapia intende registrare e misurare i “progressi” del paziente. Dicevamo che ci sembra necessario chiedersi 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”.

Se ne potrebbe trarre qualche (non auspicabile, ma non impossibile) èsito paradossale, come abbiamo provato ad ipotizzare in altra sede (Grasso & Stampa, 2005). 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 della propria 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 “confortante 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, noi crediamo, sta nell’ uso in psicologia dei paradigmi scientifici su cui poggia la medicina.

Questo uso è altrettanto comune quanto improprio.

Alcuni anni fa, entro un gruppo di studio che si denominava “Circolo del Cedro”, avevamo dedicato al tema un certo spazio di riflessione (Circolo del Cedro, 1991b, 1992). L’ idea di partenza 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 dalla catena logica delle conoscenze che si snoda come una vera e propria gerarchia di saperi: fisica → chimica → biologia → fisiologia → patologia generale → patologie speciali → semeiotica... ognuna di tali aree disciplinari è “sostenuta” metodologicamente da quella che la precede nell’ elenco.

Ora, grazie a questa “piramide” concettuale, si può stabilire quale sia il funzionamento “ideale” — e di qui “normale” in un certo soggetto e in condizioni date — di un organo interno; e quale sia il *range* di variabilità che probabilisticamente definisce la sua possibilità di continuare a svolgere la propria funzione nell’ organismo; e (se possibile) come intervenire per far sì che la funzionalità stia dentro questo *range*. Se e quando ne supera i limiti inferiore o superiore, si definisce una patologia come difetto o eccesso: deficit anche in questo secondo caso, perché il punto è che la funzionalità “normale” è compromessa.

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

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

In assenza di una elaborazione teorico-tecnica che, già a partire dalla formazione universitaria, àncori la loro identità a una competenza intesa come “specificata” modalità di trattare i problemi posti dalla domanda socia-

le, 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 competenze, 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 stato-modello 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 disegnati 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 & 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 fa-

vore 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 americana in altri settori della vita delle comunità. Dalla psichiatria "pratica" di impianto biologico il "modello medico" (e assicurativo) filtra nella psicoterapia: si potrebbe ricordare, al proposito, ad esempio il protocollo di intesa psicoterapeuta/paziente illustrato dal ponderoso e autorevole manuale (1986 [1989: pp. 586-87]) di Davidson & Neale? 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 alcune 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.

Quale concezione utilizziamo della vita mentale, per definire "sintomi" alcune sue manifestazioni? In apertura d' un libro uscito quest' anno, 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.¹⁷ 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 cer-

¹⁷ 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.

cando 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.¹⁸

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 originariamente 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 parlato 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 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: decapitando 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.

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

¹⁸ 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.

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.

Le esperienze sensoriali portano talvolta a paradossi semiotici, come il seguente classico esempio. Una carie in un dente, che sembra gigantesca quando vi appoggio la lingua, è un sintomo soggettivo che posso riferire al dentista. Egli mi fa guardare allo specchio, e io resto sorpreso di quanto incredibilmente piccolo sia il foro — il segno obiettivo. La domanda è: qual è l' interpretazione "vera", quella ottenuta per via tattile o attraverso la percezione ottica. Quello che sento e quello che vedo non coincidono. Al dentista ovviamente non interessa l' ampiezza: egli riempie la cavità che vede.

È esperienza abbastanza comune che il sintomo (per ragioni che in definitiva hanno a che fare con il disegno evolutivo del sistema nervoso centrale dell' uomo) si riferisca a una parte del corpo diversa da quella in cui è effettivamente localizzato il danno. Nella coronaropatia, per esempio, il dolore è sentito in mezzo al petto, nelle spalle, nelle braccia, e spesso nel collo e nella mandibola: non dove si trova il cuore, "un po' in alto a sinistra" (Miller, 1978: p. 22). Tale erroneo riferimento è contrario alla funzionalità biologica, in quanto una interpretazione da profano potrebbe essere fatale.

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 vero: 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 fobico del sangue? speranza di non essermi fatto niente di grave? disappunto per la perdita di tempo che comporterebbe andare al Pronto Soccorso?...)

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 fossero 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 preverbal 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 auto-critica 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 gli strumenti psicodiagnostici, ammetteva di non riuscire a immaginare nulla di meglio, per una valutazione di personalità, che un

colloquio clinico condotto da un professionista esperto.¹⁹ 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 equilibri 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 risiede 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 del Dodo non solo descrive in maniera icastica la paradossale conseguenza di un' incredibile mole di ricerche diverse, ma soprattutto segnala il pressapochismo 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*.²⁰ 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 critica di Drew Westen & 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".

Ci avviamo a concludere. E ci piace farlo ricordando quanto scritto nel 1997 da Carli, il quale si affidava al famoso apologo dei porcospini, che Freud cita dai *Parerga und Paralipomena* di Schopenhauer, per segnalare alcune difficoltà proprie del processo di verifica in psicoterapia.

L'apologo è noto: un gruppo di porcospini assaliti dal freddo cerca la via migliore per riscaldarsi. Ma gli animali non possono stare né troppo lontani (la sensazione di freddo aumenterebbe), né

¹⁹ Si veda, a riguardo, quanto sostenuto da Shelder, Mayman & Manis (1993), citati in precedenza.

²⁰ Nelle conclusioni dell'articolo citato in precedenza di Shedler, Mayman & Manis (1993) leggiamo: "[...] Gli studi sui risultati [outcome] delle psicoterapie presentano spesso risultati che lasciano perplessi e sconcertati. Per esempio, le differenze attese fra differenti modalità di trattamento (per es. terapia cognitiva, interpersonale o farmacologica) non sono mai risultate affidabili; e così le differenze attese nei risultati di trattamenti condotti da terapisti esperti o inesperti, da professionisti o da profani; misure multiple dei risultati spesso non si corrispondono e così via" (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986, per una rassegna).

troppo vicini (a causa delle spine che reciprocamente li affliggono). Vanno avanti e indietro finché non trovano una “moderata distanza reciproca”. Carli fa notare come i porcospini si riscaldino non trovando la giusta distanza, ma *proprio* perché vanno avanti e indietro: il riscaldamento deriva dalla ricerca stessa del calore, dal movimento.

La psicoterapia, se dunque vogliamo utilizzare e comprendere pienamente questa efficace metafora, configura un’esperienza da valutarsi all’interno del processo che realizza; e per questo deve ritenersi scorretto considerarla come un intervento di cui si debbano validare i “risultati”: la psicoterapia, e in particolare quella a orientamento psicoanalitico e la psicoanalisi stessa, conclude Carli,

è l’andare, non la strada per la quale vai.

Bibliografia

Barron, J.W. (a cura di). (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. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2, 89-98.

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

Circolo del Cedro (1991a, novembre). *La formazione alla competenza in psicologia clinica*. Fascicolo stampato in proprio e distribuito in occasione del seminario ad inviti, Roma, sede del Ministero dei Beni Culturali.

Circolo del Cedro (1991b). *Tre Tesi e sei Questioni sulla psicologia clinica: Materiali per un confronto*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 249-259.

Circolo del Cedro (1992). *La competenza psicologico-clinica: Riflessioni e proposte del circolo del Cedro*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 6-38.

Danner, D.D., Snowdon, D.A., & Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.

Davidson, G.C., & Neale, J.M. (1986). *Abnormal Psychology. An Experimental Clinical Approach* (IV ed.). 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. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Grasso, M. (2005, aprile). *Psicologia clinica come correzione di un deficit o come promozione di sviluppo negli insegnamenti delle Facoltà di Psicologia e di Medicina*. Presentato al convegno *Formazione e Ricerca in Psicologia Clinica*, Ischia.

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

Grasso, M., & Stampa, P. (2005, settembre). *Correzione di deficit vs promozione di sviluppo in psicoterapia: implicazioni per la valutazione e per la ricerca clinica*. Presentato al congresso Nazionale SPR./Italia *Ricerca in psicoterapia e qualità della cura*, San Benedetto del Tronto (AP).

- Hathaway, S.R. (1972). Where Have We Gone Wrong? The Mystery of the Missino Progress. In J.N. Butcher (a cura di), *Objective Personality Assessment*. New York: Academic Press. Trad. It. (1989). Dove abbiamo sbagliato? Il mistero del progresso scomparso. In F. Del Corno, & M. Lang (a cura di), *La diagnosi testologica*. Milano: Franco Angeli.
- Lambert, M., Shapiro, D., & Bergin, A. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In S.L. Garfield, & A. Bergin (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 137-211). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everybody Has Won And All Must Have Prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- McWilliams, N. (1998 [2005]). Relazione, soggettività e inferenza nel processo diagnostico, in Bar-ron (a cura di)
- Miller, J. (1978). *The Body in Question*. New York: Random House.
- Nesse, R.M., & William, G.C. (1994). *Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine*. Trad. It. (1999). *Perché ci ammaliamo?* Torino: Einaudi.
- Perry, C.J.G. (1965). Psychiatric Selection of Candidates for Space Missions. *Journal of the American Medical Association*, 194, 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, ottobre). Symptom. Presentato al III Semiotisches Kolloquium der Deutschen Gesellschaft für Semiotik, Hamburg. Trad. It. (1986). Sintomo. *Giornale Italiano di Psicologia Clinica*, 1 (1), 45-57.
- Shelder, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The Illusion of Mental Health. *American Psychologist*, 48, pp. 1117-1131.
- Sloan, R.P., & al. (2000). Should Phisicians Prescribe Religious Activities? *New England Journal of Medicine*, 342: pp.
- 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 P Colamonico, G. Montesarchio, & C. Saraceni. *Psico-diagnostica e psicoterapia: parliamo di errori*. 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. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54,1031-1039.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160,1272-1284.
- Wakefield, J.C. (2004). Realtà e valori nel concetto di salute mentale: il disturbo come disfunzione

dannosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 439-464.

Wakefield, J.C. (2005). Il concetto di salute mentale: una critica a Vaillant. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 91-96.

Weinberger, J., & McClelland, D.C. (1990). Cognitive vs Traditional Motivational Models. In R. Sorrentino, & T. Higgins (a cura di.), *Handbook of Motivation and Cognition* (pp. 562-597). New York: Guilford Press.

Western, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-633.

Wilson, W. (1967). Correlates of Avowed Happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.