

## **A case of psychological clinical intervention through the crisis of parenthood**

***Agostino Carbone\****

### *Abstract*

The article aims to describe the psychological function developed within a Service of Clinical Psychology of the Public Health System of a city of southern Italy, place where the writer operated for three years. The paper shows the process of construction and development of a service from the request of social services to support parenting skills of couples whose ability to take care of their children is considered to be in crisis. The article reconstructs the evolution of the models that have historically organized the relationship between Welfare, National Health System and the problems of the family, defining the methods and goals of the intervention. The construct of parenthood is questioned giving space to the use of a psychological model able to read the symbolic processes within social relations. The clinical cases presented, collect reflections and interpretive hypotheses about the conflict within the social mandate and cultures of the institutions involved in the intervention, the court in the role of ensuring coexistence, the social welfare services in the function of monitoring and clinical psychology in integrative function and development of the client. At the end is proposed a reflection on the concept of family in Italy, based on the duties and respectability, and their clinical implication.

*Keywords:* family; parenthood; psychological intervention; social services; clinical psychology service.

---

\* Psychologist, Psychotherapist, PhD in Gender Studies, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy, Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: [agostino.carbone@unina.it](mailto:agostino.carbone@unina.it)

Carbone, A. (2014). Intervenire attraverso la crisi della genitorialità. Un caso di costruzione di committenza per un servizio di psicologia clinica [A case of psychological clinical intervention through the crisis of parenthood]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 50-63. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

## **Intervenire attraverso la crisi della genitorialità. Un caso di costruzione di committenza per un servizio di psicologia clinica**

*Agostino Carbone\**

### *Abstract*

L'articolo si propone di resocontare la funzione psicologica sviluppata all'interno di un Servizio di Psicologia Clinica di una città del sud Italia, luogo in cui chi scrive opera da tre anni. Lo scritto mostra il processo di costruzione e di sviluppo di una committenza per il Servizio a partire dalla richiesta dei servizi sociali di sostenere le competenze genitoriali di coppie la cui capacità di prendersi cura della prole è ritenuta in crisi. L'articolo ricostruisce l'evoluzione dei modelli che hanno storicamente organizzato il rapporto tra Welfare, Sistema Sanitario Nazionale e i problemi della famiglia, definendone metodi e obiettivi dell'intervento. Il costrutto di genitorialità è messo in discussione nelle sue componenti valoriali e individualiste, dando spazio all'utilizzo di un modello psicologico clinico capace di leggere i processi simbolici entro le relazioni sociali. I casi clinici qui presentati raccolgono riflessioni e ipotesi interpretative sul conflitto entro il mandato sociale e le culture delle istituzioni coinvolte nell'intervento: il tribunale nella funzione di garante della convivenza, i servizi di assistenza sociale nella funzione di controllo e di valutazione, la psicologia clinica nella funzione integrativa e di sviluppo di committenza. Si riflette, infine, sulla concezione della famiglia in Italia basata su doveri e perbenismi e le sue implicazioni per definizione di una teoria della tecnica dell'intervento clinico.

*Parole chiave:* famiglia; genitorialità; intervento psicologico clinico; servizi sociali; servizi di psicologia clinica.

---

\* Dottore di Ricerca in Studi di Genere, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: [agostino.carbone@unina.it](mailto:agostino.carbone@unina.it)

Carbone, A. (2014). Intervenire attraverso la crisi della genitorialità. Un caso di costruzione di committenza per un servizio di psicologia clinica [A case of psychological clinical intervention through the crisis of parenthood]. Quaderni della *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 50-63. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Quelli che trovano significati brutti nelle cose belle, sono  
corrotti senza essere seducenti. Questa è una colpa.  
Quelli che trovano significati belli nelle cose belle, sono gli  
uomini colti. Per costoro c'è speranza.  
Gli eletti sono coloro per i quali le cose belle significano  
soltanto Bellezza  
Oscar Wilde, *The Picture of Dorian Gray*

### ***Da malati mentali a pazienti. La nascita dei Servizi di Psicologia Clinica***

Negli anni Novanta in una città del Mezzogiorno il servizio sanitario locale istituisce al proprio interno una nuova struttura, deputata alla tutela della salute mentale. Nascono le Unità di Psicologia Clinica. Si tratta di centri operativi complessi ad alta specializzazione, fondati sul mandato di elargire prestazioni psicoterapiche (Ricciardelli, 2012). Questi servizi erano stati voluti, nella maggioranza dei casi, da psichiatri formati alla psicoanalisi e alla psicoterapia, che prima di allora avevano prestato servizio innanzitutto presso gli Ospedali Psichiatrici locali, poi nei Centri di Igiene Mentale, incontrando per lo più malati mentali i cui agiti collusivi mettevano a dura prova quei professionisti, incapaci ad abbandonare un'ottica eziopatogenetica individualista per guardare alla simbolizzazione affettiva portata nella domanda d'aiuto (Carli & Paniccia, 2011). È la crisi dei modelli epistemologici e d'intervento basati sulla nozione di malattia mentale.

Il tentativo appare quello di abilitare entro il Sistema Sanitario Nazionale un servizio capace di occuparsi di problemi di adattabilità sociale con utenti maggiormente consapevoli della deformazione della propria realtà emozionale in rapporto ai sistemi di convivenza (Carbone et al, 2012). Si pensa di istituire un setting a partire da una domanda sintomatica di un fallimento collusivo. La "promessa" sulla quale si basava l'operazione di sdoganare in campo pubblico la psicoterapia, era di fornire una prestazione sanitaria a una larga fascia di popolazione che fino ad allora ne era stata esclusa, anche per gli alti costi in ambito privato. Era anche una vittoria per quei professionisti a cui finalmente venivano riconosciute competenze alle quali si erano formati, la psicoterapia, e che ora potevano mettere in pratica anche al di fuori del proprio studio.

In queste Unità di Psicologia Clinica trovarono collocazione molti giovani psicologi, provenienti da una formazione in psicologia clinica e in psicoterapia. Due modelli formativi apparentemente simili, ma spesso profondamente diversi sia sul piano epistemologico che su quello dell'intervento. Penso a modelli orientati alla relazione e all'analisi della domanda da un lato, o a quelli organizzati da modelli che perseguono la correzione di deficit dall'altro (Giovagnoli, 2006).

Siamo a metà degli anni Novanta; poco prima, nel 1989, la legge Ossicini (legge n. 56 del 1989<sup>1</sup>), istituì la professione di psicologo (art. 1), regolamentando l'accesso degli psicologi, assieme ai medici, all'esercizio della psicoterapia (art. 3). Nella seconda metà degli anni Ottanta fu fondata e diretta da Renzo Carli la prima scuola quadriennale di specializzazione in Psicologia Clinica, alla "Sapienza" di Roma, ma tale esperienza non si sviluppò adeguatamente e dopo qualche anno l'università gradualmente abdicò alla formazione specialistica degli psicologi (Carli, 2013), fornendo d'altro canto un gran numero di laureati pronti a riempire le fila delle scuole di psicoterapia che andavano diffondendosi in Italia.

Le Unità di Psicologia Clinica, costituite da un organico appartenente a culture della professione profondamente difformi, se non discordanti, ben riflettono la crisi dell'integrazione dei vari modelli che hanno informato la psicologia clinica all'interno dei setting formativi. Partecipando così a quello che Carli

---

<sup>1</sup> 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.

(2006) definisce processo di identificazione della psicologia clinica con la psicoterapia. Una sovrapposizione foriera di numerose ambiguità, sia per l'utenza che per gli operatori della psicologia clinica inverte nel SSN sotto la forma di Unità Operativa. Analizziamone i risvolti.

### ***Quali clienti per l'Unità di Psicologia Clinica?***

Tra le conseguenze di maggior rilievo dell'identificazione della psicologia clinica con la psicoterapia, Carli (2006) mette in evidenza il necessario ancoraggio della psicoterapia ad una qualche forma di "disagio", "sofferenza" o "disturbo", che giustifichi, secondo una mutuazione dalla prassi medica, l'intervento dello psicoterapista, volto a perseguire una "guarigione" dal disturbo stesso. Questo attraverso il ricondurre il paziente a modelli conformisti di comportamento. Un'operazione, afferma l'Autore, voluta e sostenuta da coloro i quali, psicoanalisti, terapisti sistemici e cognitivisti, psichiatri, pur ricoprendo posizioni facenti riferimento alla psicologia clinica attraverso cattedre universitarie e ruoli professionali e dirigenziali nei servizi, non possedevano quella competenza psicologico clinica necessaria a organizzare la relazione di domanda e la costruzione di committenza.

Le Unità di Psicologia Clinica<sup>2</sup>, ricordiamolo, sono nate per istituire nell'ambito della sanità pubblica attività psicoterapeutiche fino ad allora impraticabili<sup>3</sup>. È questo il caso del Servizio di psicologia clinica preso in esame in questo scritto, fondato e poi diretto per l'appunto da uno psichiatra psicoanalista, che aveva cercato di costruire nello spazio affidatogli un setting in cui fosse possibile istituire una psicoterapia a orientamento psicodinamico.

Si trattava di una fondazione profondamente diversa da quella che tempo addietro aveva istituito i Consultori, i CIM, i SerT, fortemente organizzati dal modo con cui si immaginavano specifiche utenze (donne, malati mentali, tossicodipendenti) e dall'utilità sociale che si intendeva perseguire (la parità tra i sessi, la salute mentale, la libertà dalle dipendenze). La nascita di questi servizi è infatti da attribuire ai vari movimenti sociali che hanno caratterizzato la storia dell'Italia degli ultimi decenni a partire dalla rivolta studentesca del Sessantotto: femminismo, antipsichiatria, cultura dello sballo e della globalizzazione (Crainz, 2009).

Invece, a far da cornice alle Unità di Psicologia Clinica, c'è un cambiamento culturale che porta in auge valori quali il ben-essere e le felicità del cittadino, dimensioni che riguardano il soddisfacimento di bisogni individuali, in una condizione politico-culturale estremamente diversa dal fermento culturale che aveva investito l'Italia negli anni Settanta, producendo una serie di innovazioni sociali, che non troverà più eguali nella storia del nostro paese.

Se la professione psicologica entro i servizi territoriali entrò in crisi per la mancanza di un modello dell'intervento sulla relazione individuo-contesto, le Unità di Psicologia Clinica potrebbero essere intese come la traslazione dei principi universalistici che hanno fondato il SSN nel campo dell'intervento psicologico. Questi servizi difatti garantivano alla popolazione con l'accesso alla pratica psicoterapeutica attraverso il pagamento di un ticket, una prestazione da cui erano state escluse intere fasce della popolazione. La psicoterapia diveniva così una prestazione di un servizio pubblico.

È nella divulgazione della psicoterapia come "pratica che cura" che le Unità di Psicologia Clinica trovano in avvocati, addetti della pubblica amministrazione, insegnanti, bancari, più in generale nella media e piccola borghesia<sup>4</sup> i propri pazienti, che si rivolgono al servizio per disagi entro le relazioni sociali, tradimenti, lutti, problemi di convivenza entro i contesti lavorativi; più in generale, per quei disagi definibili come disturbi emotivi comuni. Oltre che alla psicoterapia, il Servizio forniva, a cadenza settimanale, uno spazio di supervisione dei casi clinici per colleghi della medesima ASL, secondo un modello fondato sulla correzione e la valutazione degli interventi in rapporto alla norma psicoanalitica (Grasso, 2010). Questa gestione è

---

<sup>2</sup> Per la storicizzazione dei servizi menzionati ci si è avvalsi della preziosa testimonianza di chi l'ha fondata, Pantaleone D'Ostuni, psichiatra, psicoanalista, intervistato dall'autore. In occasione della pubblicazione di questo articolo, si ringrazia chi, come lui, condividendo la propria esperienza, ha contribuito alla sua realizzazione.

<sup>3</sup> L'apertura delle UOPC è stata resa possibile anche della necessità, per l'USL, di ricollocare gli operatori, in prevalenza psichiatri, coinvolti nella chiusura dei manicomi, procrastinata fino alla fine degli anni Ottanta.

<sup>4</sup> Dalla sua fondazione e per i successivi dieci anni, il servizio descritto ha avuto sede in una delle zone del centro cittadino con la maggiore densità di uffici pubblici e banche.

continuata fino alla seconda metà del primo decennio del 2000, quando una psicologa del servizio assumerà la funzione di dirigenza, in sostituzione del precedente responsabile, andato in pensione.

### ***Nuove domande per il servizio di Psicologia Clinica: la crisi dei modelli psicoterapici, la competenza a costruire committenza***

Se le attività principali elargite dal Servizio di Psicologia Clinica sono la psicoterapia e la supervisione di casi clinici, vediamo cosa succede quando viene richiesta una nuova funzione rispetto a una domanda non risolvibile entro le prassi psicoterapiche intese come applicazione ortodossa di una tecnica.

Il pretesto con cui si intende esplorare l'emergere di questa nuova competenza è la richiesta, nel 2011, della direzione dell'ASL nei confronti dell'UPC di sviluppare un nuovo servizio di consulenza, rivolto ai Servizi sociali<sup>5</sup> delle Municipalità adiacenti, concernente la famiglia. Nello specifico si chiede di valutare e/o sostenere le capacità genitoriali di madri e padri le cui funzioni di accudimento sono state considerate deficitarie.

Al momento della richiesta, l'Azienda Sanitaria Locale è assorbita da una grossa difficoltà di reperire risorse economiche per il prosieguo delle attività fino allora elargite dall'UPC alla cittadinanza. Negli anni precedenti erano state effettuate un gran numero di spese senza adeguata copertura finanziaria. Nel frattempo, tra numerosi scandali si erano succeduti diversi direttori generali che avevano sostituito a criteri di verifica basata sull'efficacia<sup>6</sup> del sistema sanitario, quello dell'efficienza (Carli & Paniccia, 2011), vale a dire che l'organizzare i propri obiettivi senza considerare i limiti delle risorse è soppiantato dal controllo della spesa e delle risorse in nome del pareggio di bilancio.

Attribuire una nuova funzione all'Unità di Psicologia Clinica, appare, coerentemente con la logica su esposta, un modo con cui richiedere maggiori prestazioni in una situazione di risorse scarse, in particolare da quei servizi che non "fanno cassa" per la ASL stessa. Le Unità di Psicologia Clinica, così come descritto in precedenza, non erano state create a partire da un obiettivo chiaro (quale funzione per quali clienti); del motivo della loro esistenza se ne era persa la traccia, in quel momento più che allora.

Nel Servizio ci si interroga sul perché sia stata convocata la professionalità dell'Unità di Psicologia e non quella dei Consultori, storicamente fondata a presidio dei legami familiari. D'altro canto negli ultimi anni la presenza degli psicologi all'interno dei Consultori familiari si è drasticamente ridotta<sup>7</sup>; questa crescente assenza ha portato a una lenta dissoluzione dell'assistenza psicologica e sociale, componente chiave del mandato che aveva istituito quella struttura nel Settantacinque (legge n. 405 del 29 Luglio) allo scopo di intervenire in sostegno alla famiglia. Tale servizio inverava il bisogno di creare una struttura capace di accogliere un pensiero e un modus operandi anticonformista, lontani dalle costrizioni valoriali e culturali che avevano organizzato la società italiana: il patriarcato, il cattolicesimo, il sessismo, la cultura del perbenismo. Con la legittimazione del divorzio prima, (1970), e dell'aborto poi (1978), le regole della convivenza civile si aprivano a quella che sarebbe stata un'epoca di riforme sociali, economiche, giuridiche che non aveva corrispettivi nel passato, e non li avrebbe più avuti sino a oggi. Tali servizi hanno organizzato la propria prassi individuando nella crisi del conformismo che reggeva il modello di famiglia italiana di quegli anni (cattolica, borghese, benestante, eterosessuale), la matrice incongruente che informa i propri potenziali clienti (ragazze-madri, vittime di violenza, famiglie operaie, quartieri disagiati, periferie suburbane, zone rurali, etc.). Non sarà un caso che i Consultori, in un periodo in cui l'intervento socio-sanitario perde la sua

---

<sup>5</sup> Nel 1935, a seguito di una riforma del codice penale, venne istituito il Tribunale per i minori, al quale spettava il compito di giudicare la colpevolezza dei giovani delinquenti, senza dimenticare la necessità di rieducarli. A tal fine vennero istituite, insieme al Tribunale, case di rieducazione, "focolari" di semilibertà e pensionati giovanili, gabinetti psico-medico-pedagogici, uffici di servizio sociale per minorenni, riformatori giudiziari, prigioni - scuola. Si trattava di strutture i cui utenti erano trattenuti al proprio interno senza nessuna ipotesi di comprensione della loro realtà emozionale. Non sembra un caso che questi servizi abbiano origine nella cultura fascista (Ginsborg, 2013).

<sup>6</sup> In ambito sanitario, l'efficacia è intesa come l'insieme dei processi capaci di migliorare lo stato di salute dei pazienti o meglio della popolazione servita.

<sup>7</sup> Le ragioni sono molteplici, tra cui il pensionamento di alcuni operatori a cui non ha fatto seguito nessuna assunzione e la graduale migrazione verso centri erogatori di prestazioni ad alta specializzazione: psicoterapia nelle Unità di Psicologia Clinica, intervento psicologico ad orientamento sistemico-familiare nei centri per le famiglie, etc.

radice valoriale per tradursi in specialismi di settore (Carli, 2013), ormai spogliati di risorse, perdano desiderabilità, diversamente dai Servizi di Psicologia Clinica, oggi individuati da varie agenzie sociali come interlocutori nel regolamentare l'organizzazione familiare.

In questo processo chi scrive è stato coinvolto sia attraverso l'affidamento di vari casi che con un monitoraggio e un ripensamento delle attività svolto con i colleghi.

Il metodo attraverso cui sarà condotta la riflessione su questa esperienza è la resocontazione (Carli & Paniccchia, 2005) di un intervento condotto da chi scrive (Carbone, 2014).

### ***Una madre randagia***

Qualche tempo fa i servizi sociali comunali hanno contattato il servizio di Psicologia Clinica per richiedere l'avvio di un percorso di *valutazione e sostegno delle competenze genitoriali* per Nadia e Elio, madre e padre di Gina di un anno. Dalla domanda di presa in carico si evince che pochi mesi prima, su richiesta della Procura, il Tribunale dei minori aveva sollecitato i servizi sociali a verificare la qualità della convivenza del nucleo familiare. Qualcuno aveva denunciato l'uso ricorrente della violenza in ambito domestico. In una seconda denuncia, un vicino racconta di aver visto Nadia sul balcone imprecare contro la figlia minacciandola di morte e incolpandola per lo stato di disperazione in cui riversava. In una relazione ispettiva, l'assistente sociale riporta di aver incontrato Nadia e Giulia nel loro modesto appartamento, sole, senza niente per vivere, né rendita alcuna; nelle righe seguenti, aggiunge che Elio di recente è andato via dall'abitazione, trovando momentanea dimora presso la famiglia d'origine. A seguito, si legge che la donna e la sua piccola saranno poi collocate presso una casa per donne maltrattate, al fine di garantir loro un tetto e un pasto. La nuova organizzazione tuttavia non durerà per più di una settimana; la decisione di Nadia di riconciliarsi con il compagno porterà lei a sospendere la permanenza protetta e i servizi sociali ad allontanare la piccola Giulia dai propri genitori.

### ***Gli incontri***

Il giorno dell'incontro con i genitori, una collega e io riceviamo anticipatamente Marta, l'assistente sociale che cura il caso; è l'occasione per presentarci reciprocamente e per ascoltare cosa dice del rapporto tra la sua funzione e il problema che il caso le ha posto. Marta inizia dalla fine della storia, da quando ha deciso di sospendere la potestà genitoriale alla coppia, sentendosi costretta a collocare temporaneamente Giulia presso la sorella di Elio, che si era resa disponibile, sotto la richiesta dei genitori, ad accudirla in attesa che i rapporti tra i due migliorassero. È per questo che ci domanda di operare: riabilitare Nadia e Elio attraverso la pratica psicoterapica, aiutarla nell'organizzare un lieto fine per l'intera vicenda. È questa la sua attesa, mentre nel frattempo risolve il problema prescrivendo una funzione sostitutiva a un terzo che si prender cura della piccola "al posto di".

Durante la conversazione siamo interrotti dalla telefonata della segretaria che ci annuncia l'arrivo della coppia; Marta esce dalla stanza per incontrarli nella sala d'attesa. Dopo poco ritorna accompagnata dai due. Nadia è una ventenne bionda con gli occhi azzurri, Elio, più grande di lei, è un uomo tarchiato, di carnagione olivastra. Si accomodano di fronte alla scrivania, dietro alla quale sediamo io e la mia collega; Marta invece si colloca su uno dei lati minori del tavolo rettangolare, uno spazio scomodo, comunemente non destinato ad accogliere qualcuno. Le rispettive posizioni sembrano mostrare le premesse dell'incontro basate su ruoli e comportamenti attesi; l'assistente sociale si colloca nel mezzo, un'azione che sembra veicolare l'intenzione di stare a guardare, di osservare senza prender parte al gioco, ma anche di controllare cosa accade<sup>8</sup>.

Nel breve scambio avuto tra noi e Marta l'attenzione era stata rivolta esclusivamente alla problematicità del caso, non avevamo pensato insieme alle funzioni da assumere, ma avevamo dato per scontato che i rispettivi ruoli sarebbero bastati a dirci cosa fare.

Appena accomodati chiediamo a Nadia e Elio quale fosse la loro idea sul percorso che avremmo intrapreso e come intendessero utilizzare gli incontri psicologici che il tribunale aveva prescritto loro. Avremmo voluto

---

<sup>8</sup> Marta resta in silenzio per tutta la durata del colloquio.

conoscere entro la relazione clinica il modo il cui era stato vissuto e simbolizzato l'invio, secondo il quale la coppia avrebbe dovuto esser valutata e sostenuta.

Dopo qualche incertezza nel parlare<sup>9</sup>, la coppia organizza la conversazione narrando gli accadimenti che hanno destato l'attenzione della Giustizia nei loro confronti. Si giustificano con argomenti tesi a discoltarsi dai comportamenti che hanno provocato l'allontanamento della loro figlia, ciascuno dei due cerca la causa al di fuori del proprio modo di fare e di essere. Pensano di esser sottoposti a una severa valutazione. Elio crede che sia stata colpa della sua compagna, incapace di essere una buona madre. Nadia del resto ammette di aver vissuto momenti in cui le era stato difficile accudire la bambina senza che mai nessuno l'aiutasse a sopportare e interpretare i bisogni della piccola: come calmare un pianto notturno, come farla smettere di emanare quelle urla che sembravano fracassarle il cranio. Mentre racconta porta le mani a stringere la testa, quasi volesse compattare ancor oggi il dilagare di quell'angoscia che ora, come allora, sembra non trovare confini. Nel descrivere il suo vissuto di estrema solitudine e incapacità, Nadia, diversamente dall'inizio dell'incontro, mostra le sue difficoltà e i tentativi che più volte ha escogitato per continuare a sopravvivere; racconta come per imparare ad allattare abbia consultato dei libri, non avendo a disposizione nessuno a cui chiedere tra parenti e amici. Un'affermazione che se da un lato contiene l'intenzione di evidenziare delle capacità a sapersela cavare in ogni situazione, dall'altro allude all'impossibilità di identificarsi con qualcuno che l'abbia tenuta in mente, che abbia provveduto a soddisfare i suoi bisogni. La ragazza nel proseguire riferisce di un periodo di particolare sofferenza, racconta di essersi sentita senza via d'uscita; Elio era stato messo agli arresti domiciliari a casa delle sorelle, e il dilagante senso di solitudine e di impotenza avrebbero così reso la sua casa un inferno. Confida che in quel periodo le procurava fatica anche alzarsi per nutrire la piccola, divenuta nel suo racconto insaziabile. Aggiunge che quella bambina così piccola era diventata poco a poco una situazione ingestibile. << Se non ci fosse stata lei...>> sussurra teatralmente, facendo ricadere sulla bimba la causa della sua insopportabile impotenza. Le chiedo se ci sia corrispondenza tra il periodo che racconta e la segnalazione fatta dal vicino di casa a Telefono Azzurro per il maltrattamento della minore; risponde di sì. Prima di lasciarci chiedo loro di raccontarmi la storia del loro incontro, mi interesserebbe capire entro quale desiderio di relazione abbiano preso forma la coppia e il ruolo di genitori. A prender la parola è Nadia, che dice di aver incontrato Elio in un bar nei pressi della stazione, dove lei aveva trovato lavoro come barista. Fino a poco tempo prima viveva in una casa famiglia in un'altra città della regione; era stata collocata lì da un'assistente sociale in seguito al ricovero della madre in una comunità psichiatrica. Raggiunta la maggiore età, prosegue, una volta fuori dalla struttura ha preferito trasferirsi in una città più grande e provare a vivere da sola affittando una camera in una casa insieme a degli studenti. In quel frangente aveva conosciuto Elio e dopo una breve fase di corteggiamento, avevano iniziato a frequentarsi assiduamente, e lei era restata incinta. Sebbene non fosse contenta dell'accaduto, dichiara, aveva deciso di far nascere la bambina, perché, aggiunge, abortire è un peccato. Sembra che con questa affermazione Nadia voglia liquidare la questione proponendomi un sistema valoriale, quello religioso, su cui ci saremmo finalmente trovati d'accordo. Elio dall'altra parte racconta di essersi subito invaghito di Nadia e che sapere di stare per avere un figlio è stata una notizia appagante, poiché pensava che oramai a quarant'anni non gli sarebbe stato più possibile avere una compagna e un figlio. Da quello che ascolto, sembra che la gravidanza di Nadia sembra aver sancito la loro unione e la scelta di intraprendere una convivenza.

Dopo l'incontro chiediamo a Marta informazioni sul sostentamento della famiglia; ci confida di aver saputo per vie traverse che Elio in realtà piuttosto che essere un venditore ambulante, come lui afferma, sia un borseggiatore di zona, notizia che tra l'altro sembra non preoccuparla, diversamente da noi.

Marta ci propone di preoccuparci, raccontandoci qualcosa di cui non è certa, ma che allo stesso tempo ha avuto il privilegio di sapere.

A distanza di due settimane incontriamo nuovamente la coppia, e chiediamo come pensano di occuparsi della loro figlia. Per la seconda volta assistiamo alla ricerca di un colpevole, di un capro espiatorio; in particolare in questo incontro è Elio ad accusare costantemente Nadia di non essere mai abbastanza come dovrebbe: è una madre snaturata e una compagna irriconoscente, una figlia abbandonata dalla famiglia d'origine, ecc. In particolare trova scandaloso che una donna non sappia accudire un neonato. Elio si lamenta costantemente di ciò che avverte come mancanze nei suoi confronti, vorrebbe una moglie che lo aspetti la sera e che allevi la prole nel modo migliore possibile. Avrebbe voluto sposare Nadia se solo lei non si fosse rifiutata. Nadia è

---

<sup>9</sup> La coppia si esprime utilizzando ora la lingua italiana ora il dialetto locale.

molto seccata, irritata da come le continue lamentele del compagno la svalutino; quanto alla proposta di matrimonio dichiara di sentirsi troppo giovane per fare questo passo. Elio insiste nel convincere la compagna nel sancire il loro rapporto attraverso il matrimonio, così da poter essere anche maggiormente credibili nel chiedere alle autorità di riaffidare a loro la figlia.

Durante il terzo e ultimo incontro in questo assetto, la coppia ci mette al corrente della volontà di interrompere la loro convivenza. Nadia da qualche giorno è andata via di casa, dice di non potercela fare più a vivere in quella situazione. Elio si dichiara invece profondamente innamorato della compagna a cui non vorrebbe rinunciare per nulla al mondo.

Al termine della seduta decidiamo di incontrarli. Il prossimo appuntamento era tra due settimane. Nadia verrà a cercarmi con una settimana di anticipo, e dopo l'invito di ripresentarsi la settimana successiva, dichiara di essersi confusa. Ho subito pensato che la ragazza volesse sapere di non essere stata abbandonata. La mia collega e io avevamo stabilito di effettuare alcune sedute in cui proporre a Nadia e Elio di ripensare le modalità relazionali che hanno provocato l'evento critico (sospensione della potestà genitoriale) che li ha condotti all'incontro con i servizi sociali prima, e con l'Unità di Psicologia Clinica poi. Le accuse reciproche e la spasmodica ricerca di giustificazioni non sono forse i modi attraverso i quali colloquiano con chi nelle loro previsioni, vorrebbe giudicarli? Volevamo proporre entro gli incontri individuali di riconsiderare i loro copioni relazionali basati sulla pretesa nell'uno e su un annichilente vissuto di impotenza e di solitudine nell'altra (Carli & Paniccia, 2003).

### ***Gli incontri individuali***

Incontro così, in questa nuova modalità che ci vede uno di fronte all'altro, Nadia, che nel raccontarmi di sé, ripercorre la storia delle relazioni in cui si è ritrovata dalla nascita. Racconta in particolare ciò che considera la causa del suo malessere: l'allontanamento dalla sua famiglia. Il matrimonio tra i suoi genitori era stato mal visto da parte di sua nonna materna che nutriva la speranza che la giovane figlia, bella e ben istruita, trovasse un uomo pure giovane e adatto a lei, diversamente dal compagno che aveva scelto. Da allora sembra che la famiglia materna abbia allontanato i suoi genitori, provocando nella madre forti sentimenti di colpa e un vissuto di abbandono che la condurranno a un ricovero coatto prima, a permanere a oltranza in comunità psichiatriche poi. Di quei momenti la ragazza ricorda il continuo vagabondare per strada, l'insofferenza della madre per tutti e tutto. Lei e suo fratello furono affidati poi a una casa-famiglia. Suo padre non ebbe remore nel trovare presto un'altra compagna e a costruire una nuova famiglia. Nel vissuto di Nadia sembrerebbe che la rigidità della nonna nel non accettare le scelte della figlia sia stata la causa delle disgrazie proprie e della madre. Nadia è ancora alla ricerca di un colpevole: una nonna ricca, istruita e avida. Al momento dell'uscita dalla casa famiglia, raggiunta la maggiore età, racconta di essere stata ospitata per qualche tempo da questa donna fino a quando, a seguito delle continue liti, fu anche lei buttata fuori di casa, insieme al fratello che aveva trovato anche lui ricovero lì. Con quest'ultimo Nadia sente di aver condiviso tutto ed è l'unica persona di cui veramente si fida. Tiro un sospiro di sollievo, ben presto mi racconta però che qualche mese prima, mentre l'amato fratello svolgeva il suo mestiere di parcheggiatore abusivo, è stato investito mortalmente, lasciandola in preda allo sconforto assoluto. Nell'ascoltare questa storia provo una gran pena mista a dispiacere per quello che le è accaduto, e condivido con lei una pretesa di risarcimento da parte di qualcuno. <<Mia nonna alla sua morte deve lasciarmi la sua eredità>>; la pretesa di essere considerata una vittima sconsolata mi è sembrata un modo per risolvere l'ambiguità del considerare l'altro amico o nemico (Carli, 2007). Implorare pietà è solitamente un gesto attraverso il quale si chiede al nemico di essere risparmiato; raramente accade. Implorare dà all'interlocutore un potere di decidere dell'altrui vita o morte. Anche il rapporto con me sembra vissuto da Nadia dentro quest'emozione. Del resto il rapporto tra lei e Enzo sembra reggersi sullo stesso copione: farsi possedere per poi aggredire.

Questo tema sarà l'oggetto del secondo incontro, in cui le ho proposto come il suo bisogno di essere tenuta in mente da qualcuno si trasformasse in una proposta relazionale aggressiva, tesa a svalutare l'altro da cui ci si sente estremamente dipendenti. Le è difficile pensare a situazioni in cui da sola sia capace di raggiungere degli obiettivi, senza aggredire il desiderio sostituendolo con un vissuto di pretesa: nel portare avanti una

relazione, così come nel lavorare. Al termine dell'incontro la ragazza mi chiede se anche il suo compagno si fosse accorto che la relazione era retta da un bisogno piuttosto che da un desiderio di condivisione. La invito a pensarci fino al prossimo incontro.

Nadia arriverà di nuovo al servizio con una settimana di anticipo, diversamente dall'accordo secondo cui ci saremmo incontrati a cadenza quindicinale; ancora una volta la ragazza sente la necessità di controllare che nessuno sparisca, che il terapeuta la tenga in mente, anche al di fuori del setting. Nel terzo appuntamento mi racconta di essere andata a casa del padre. Avrebbe voluto sapere come sta, se ancora in lui è vivo il suo ricordo, se c'era il desiderio di incontrarla. Mi racconta che appena bussato alla porta, l'attuale compagna le avrebbe intimato di andar via di lì e di desistere dal cercare il padre, tenendo soprattutto a sottolineare che da quella casa non avrebbe ricevuto alcun soldo. A quel punto la ragazza racconta di aver fatto passare sotto la porta un biglietto da cento euro per dimostrare loro che non era venuta a cercar danaro, e di esser poi andata via in lacrime. D'altronde se lo aspettava, mi dice; come se volesse attutire la delusione. Trovo interessante che la ragazza inizi a domandarsi quale sia la qualità delle relazioni di cui sente di essere il prodotto, mettendo così, per qualche momento, a tacere la certezza di essere sola. Il tentativo ha però un esito fallimentare nella misura in cui l'agito sostituisce un vissuto di vuoto di rapporti con il cercare la presenza del padre nei fatti. Propongo a Nadia di utilizzare i prossimi incontri per discutere dell'importanza che hanno per lei le relazioni e di non aver fretta di cercare qualcuno disposto a volerle bene. La ragazza sembra un po' confusa dalla mia proposta che riguarda il futuro, ma anche sorpresa del fatto che qualcuno voglia condividere il suo dispiacere; io penso che la relazione costruita in questi incontri possa essere un presupposto per approfondire e sviluppare desideri.

Dopo due settimane Nadia entra in stanza un po' agitata, con gli occhi bassi come se volesse evitare il mio sguardo. Facendosi coraggio mi confida di non lavarsi da qualche giorno e mi chiede di non far caso al suo aspetto trasandato. Qualche giorno fa ha lasciato Enzo, il quale l'avrebbe cacciata di casa; da allora vive in un alloggio per tossicodipendenti, sfamandosi alla mensa per poveri. Appare determinata nella scelta di abbandonare quell'uomo, dice di non riuscire a tollerare più la convivenza con un compagno foriero di guai. Allude ad attività illecite consumate in casa, ma anche al sentirsi continuamente messa sotto accusa. Continua dicendo che per molto tempo non ha fatto questo passo, perché pensava che fare coppia con Enzo e avere un tetto sotto cui vivere agevolasse il ritorno della figlia a casa. Ora si dichiara disposta a cambiare soprattutto per migliorare la sua vita. Mi sembra decisa e allo stesso tempo molto spaventata, alla domanda su cosa avesse intenzione di fare nel futuro prossimo, mi dice che si arrangerà. Nel salutarmi si guarda la mano per verificarne la pulizia, e decide di salutarmi senza porgermela.

Al termine di questo colloquio decido di chiamare l'assistente sociale per comunicarle l'accaduto, e quella mi dice, cogliendo la mia preoccupazione, di non poter far nulla per la ragazza e che a seguito del fallimento del progetto di inserimento in una casa per donne, non si sente più di investire su di lei. Sono irritato da questa risposta, la considero irresponsabile e superficiale, difatti le stavo chiedendo di colludere con la mia preoccupazione.

Dopo una decina di giorni vengo avvertito dalla segretaria dell'Unità di Psicologia Clinica che Nadia si è recata al servizio per parlarmi con urgenza. Aggiunge di aver assistito qualche giorno prima a un'aggressione della ragazza da parte di due uomini. Pertanto mi dice di avermi fissato per l'indomani un appuntamento con lei. Ha pensato che sia venuta al servizio per chiedere aiuto. Nadia arriva in stanza vestita in abbigliamento da spiaggia, un paio di fly flot, una canottiera e dei pantaloncini cortissimi entrambi sporchi; sembrano vestiti recuperati per strada o nei cassonetti. E' la prima volta che vedo Nadia così, mi domando cosa fosse accaduto. Si siede e mi dice che vorrebbe avere di nuovo sua figlia, visto che ora ha incontrato un nuovo compagno con cui si sente di progettare una vita insieme. È molto agitata, mentre la guardo ho l'impressione di non vedere più quella ragazza che fino a qualche giorno prima si sforzava di utilizzare la lingua italiana piuttosto che il dialetto per parlare con me. Ora usa toni di arroganza. Resto in silenzio, poi le dico che la scelta è del giudice di ricollocare la piccola e che dipenderà da lei e non da una mia decisione. A mo' di minaccia mi dice di aver scoperto come i servizi per i minori siano in realtà un sistema di lucro per chi ci lavora, a discapito degli utenti. Mi accusa di non capire il suo stato: <<Vede dottore, questo è un livido che mi hanno fatto mentre ero per strada>>. Nadia mi racconta di vivere nella stazione insieme al nuovo

compagno, non sanno dove andare. Con un tono esclamativo, ma non retorico, mi domanda se pensavo che lei non fosse in grado di sapersela cavare. Resto un po' in silenzio e le rispondo che credo che nella vita potrà trovare la sua strada e le rinnovo l'invito a poterne parlare insieme. Di scatto si alza e corre fuori dalla stanza. Sono trascorsi circa venti minuti dall'inizio della seduta. Esco dalla stanza spaventato, Nadia era riuscita a propagare la sua disperazione facendo sentire me estremamente impotente. Parlo con la mia collega, che ha continuato a incontrare Elio. Persistono grossi dubbi sulla possibilità che i due genitori possano occuparsi della loro figlia. Elio, mi racconta la collega, ha utilizzato le sedute per dichiarare l'interesse a esser padre e marito, senza mai tuttavia far riferimento al proprio modo di vivere<sup>10</sup> o a come volesse organizzare il sostentamento della piccola.

Condividiamo l'idea che per occuparci della loro figlia, Gina, avremmo dovuto orientare il nostro intervento altrove, ad esempio incontrare la persona a cui l'assistente sociale l'aveva affidata, chiederle come stia andando la gestione della bambina. Marta, l'assistente sociale, convoca telefonicamente la sorella di Elio, Rosaria, che già conosce, le dice che degli psicologi vorrebbero incontrarla per un colloquio. Il giorno dell'appuntamento la signora arriva con più di mezz'ora di ritardo, è accompagnata da Elio e dalla piccola Gina che restano in sala d'attesa. Rosaria è una donna sulla mezza età, non molto curata. Le chiediamo cosa faccia la bambina e se fosse contenta di averla con sé. Alle nostre domande risponde con monosillabi, credo sia spaventata pensando che debba dimostrare qualcosa di cui siamo alla caccia. Del resto sebbene avessimo presente l'obiettivo di farla sentire meno sola nell'accudire la piccola, in me trovava spazio la fantasia che fosse necessario valutare la signora, colludendo così con l'angoscia di Marta che continuamente metteva in dubbio le sue capacità di valutare le condizioni in cui aveva inserito Gina. Con un linguaggio scarno e poco organizzato Rosaria ci dice solo che visto che era stato il fratello a chiederle il favore di crescerle la figlia, non avrebbe potuto rifiutarsi. Ci racconta che la bambina chiede spesso della mamma affermando poi come ogni bambino abbia il diritto ad avere una mamma. Il tempo è finito, ci salutiamo ricordando alla signora di contattarci in caso di necessità.

Al termine dell'incontro mi fermo a parlare con la collega e l'assistente sociale, presente al colloquio, ed esprimo i miei dubbi. Non sono riuscito a rintracciare in Rosaria il desiderio di occuparsi della bambina, dichiaro. A questo, si aggiunge il dubbio di Marta sulle condizioni igieniche della casa, ritenute un po' carenti. Di mancanze ne potremmo trovare tante, trovo conforto ricordandomi che l'obiettivo era quello di dare a Rosaria l'opportunità di sentirsi meno sola nel gestire la crescita della nipote e non quello di valutarla. È compito del Giudice Tutelare esprimersi in tal senso, ricordiamo, senza tuttavia condividere questo pensiero con Rosaria, che sembra essere tornata a casa considerandoci dei ficcanaso.

Qualche mese dopo Nadia rispunta fuori richiedendo un appuntamento a cui, dice, avrebbe dovuto presenziare anche l'assistente sociale. Incontriamo qualche giorno dopo la ragazza: si presenta diversamente dalla scorsa volta, vestita con abiti puliti, l'accompagna un uomo con il quale si saluta sull'uscio della stanza chiedendogli di aspettare fuori. L'incontro è il momento in cui ci domanda di poter riavere sua figlia indietro ora che ha trovato un compagno stabile di cui si fida e che sta lavorando. Il tono sembra quello di un adolescente che chiede ai genitori il permesso di rientrar tardi. Nadia chiede, ma allo stesso tempo sa di non incontrare il nostro favore. Le domando di raccontarmi i cambiamenti a cui fa riferimento, mi dice di aver iniziato a fare l'ambulante e di avere l'intenzione di prendere casa con l'attuale compagno, con il quale vive ancora in stazione. Colgo in quel che dice una certa progettualità, uno sforzo che probabilmente le permetterà di migliorare la sua posizione, ma tuttavia esprime anche la difficoltà ad organizzare scelte basate su elementi di realtà. I miei interventi successivi andranno nella direzione di accogliere e di rinforzare il desiderio di emancipazione, facendole notare la necessità di ancorarlo a situazioni che possano garantire a lei e alla sua famiglia una certa stabilità. La ragazza sembra colpita e sorpresa da quanto le dico, accogliere i suoi sforzi orientandoli verso un futuro mi sembra nutrire il suo desiderio di confrontarsi con qualcuno senza essere svilita o mortificata per la modestia delle sue proposte. L'assistente sociale da parte sua, prendendo alla lettera la richiesta della giovane, risponde che per lei non ci sono altre opportunità di riavere sua figlia indietro, la precarietà con cui organizza la sua vita aggiunge, è segno della sua debolezza. Inoltre le ricorda di aver sabotato il programma che lei aveva accuratamente organizzato per preservare la relazione madre-

---

<sup>10</sup> Ricordiamo che al tal proposito eravamo stati messi a conoscenza che fosse un borseggiatore.

bambina inserendole in una casa di accoglienza. In quel momento ho creduto che fosse importante per le due poter discutere del fallimento di quell'intervento, attribuito dall'assistente sociale alla ragazza, accusata di essere, secondo i suoi parametri, una madre snaturata. Avrei voluto porre un limite alle accuse mosse da Marta e al vissuto di fallimento professionale provocato dalla fuga di Nadia dal rifugio. La ragazza mi guarda, cerca i miei occhi per cercare consenso nel rispondere a quanto le veniva detto, fa qualche sospiro e poi chiede a Marta se non è prevenuta nei suoi confronti. Resto in silenzio, trovo molto importante quanto stava accadendo, per la prima volta le due provano a confrontare le attese reciproche e discutono del loro fallimento se ancorato a fantasie e a copioni relazionali connessi a ruoli sociali o a stereotipi professionali. La fiducia costruita nelle precedenti sedute entro la relazione clinica credo abbia dato l'opportunità a Nadia di smettere di inscenare la parte del morto di fame<sup>11</sup> (Carli & Paniccia, 2003) e così richiedere un aiuto in linea con i suoi desideri. Una parte del colloquio che trovo di notevole importanza è stato quando la ragazza ci dichiara che lei vuole vivere e non essere messa al riparo entro una qualsiasi struttura. Marta ascolta attentamente, sembra convinta dalla vitalità delle parole con cui Nadia intesse il discorso. Al termine della seduta noto un senso di soddisfazione in ognuno di noi, in particolare la ragazza mi saluta stringendomi la mano e mi ringrazia. Chiudo la seduta dandoci appuntamento a quando il giudice tutelare di Gina avrà emesso un nuovo decreto di affidamento, una scelta a cui contribuiranno le relazioni che il servizio di Psicologia Clinica e i Servizi sociali redigeranno delineando il percorso che i due genitori hanno sviluppato durante le sedute.

Al termine mi trattengo con Marta a discutere su come redigere la relazione da inviare al Tribunale per i minori. Ci lasciamo assumendo ognuno il compito di comporre una relazione e poi di confrontarle nel prossimo appuntamento, durante il quale però ci presenteremo con un foglio bianco; nello scrivere sentivo di assumermi una responsabilità che non sentivo di volermi prendere, Marta dal canto suo confessa ancora qualche dubbio sull'igiene della casa in cui Gina è collocata. Discutiamo a lungo cercando di stemperare, di non usare termini perentori, di aumentare l'ambiguità del testo, forse. Passiamo dopo poco a parlare delle nostre fantasie sulla funzione delle nostre relazioni, del male che potrebbe arrecare una scelta del giudice da noi influenzata: <<Gina sarà data in adozione? Come farà Nadia a contenere il dolore della perdita della figlia?>>. Insomma per qualche minuto siamo stati presi dalla trappola del pensiero concreto che trasformava il percorso per Nadia in un luogo dove il cliente spariva facendo posto a fantasie distruttive agganciate a ruoli agiti. Esplicitare la natura fantasmatica di tali pensieri ha reso poi possibile, piuttosto che redigere report contenenti dimensioni "misurabili", quali le capacità genitoriali, di proporre un resoconto dell'intervento, focalizzandoci sul presentare il processo di costruzione di committenza. Detto in altro modo, di sviluppo della consapevolezza a cogliere la componente distruttiva agita entro le dinamiche interpersonali che ostacolano il convivere. In particolare, per quanto concerne Nadia, la relazione clinica ha messo in risalto la confusione tra desiderio di autonomia e un forte senso di abbandono e inadeguatezza, un conflitto che diventa spesso agito, trasformando qualsiasi interlocutore, tra cui il clinico, in un nemico da attaccare o da cui scappare. L'altro rappresenta per Nadia il sistema di aspettative che prendono forma entro le relazioni a partire da ruoli sociali (madre, donna, lavoratrice, ecc...), attese che la ragazza sente, a prescindere, di non poter realizzare. La relazione è aggredita, così come il pensare obiettivi. Cogliere questo aspetto, a mio avviso, è stato ciò che ha reso possibile intervenire, ovvero pensare insieme i limiti dei ruoli e delle aspettative connesse, facendo così fallire un sistema di prescrizione emozionale basato sul buon senso (una madre che si dispera, un'assistente sociale preoccupata, uno psicologo impotente) (Carli & Paniccia, 2013). L'ultima seduta in cui Nadia ringrazia noi operatori è stato il prodotto del riconoscimento delle reciproche attese e della loro possibile coesistenza rispetto all'obiettivo di garantire a Gina un futuro, una condizione che i genitori non riescono oggi a garantire<sup>12</sup> e di cui Nadia, sembra cominciare a essere consapevole esplorando l'ambiguità emozionale attraverso la quale sentiva di dover essere una madre.

---

<sup>11</sup> Per morto di fame si intende un copione emozionale che svaluta tutto ciò che possiede, in nome di tutto ciò che non ha. Se riesce ad avere una relazione con ciò che ricerca assiduamente, subentra la diffidenza: dubita che ciò che è riuscito a possedere, non possa essere così importante, ricercando così sempre nuovi traguardi.

<sup>12</sup> Al momento dell'invio della relazione al Tribunale per i minori, l'assistente sociale ci fornisce degli aggiornamenti sulla vita dei due genitori. Nadia ha trovato casa con l'attuale compagno, Elio è in carcere.

## **Conclusioni**

È a partire dal fallimento collusivo della cultura della diagnosi promossa entro i sistemi organizzativi fin qui descritti, che è stato possibile occuparsi dell'ambiguità emozionale con cui i clinici e i loro interlocutori hanno organizzato gli incontri di valutazione e di sostegno della genitorialità.

Il processo descritto propone uno sforzo nella direzione di comprendere e sviluppare la simbolizzazione emozionale della funzione psicologica che emerge dalla relazione di domanda. Si verifica la potenzialità di sviluppo presente nella domanda stessa, un processo che presuppone l'uso di modelli interpretativi fondati sull'inconscio quale modo di funzionamento della mente, così come proposto da S. Freud nella prima topica, poi ripreso e approfondito da I. Matte Blanco e R. Carli (Matte Blanco, 1975/1981; Matte Blanco, 1977; Carli, 1994; Carli & Giovagnoli, 2010). A scanso di equivoci in questa prospettiva la genitorialità è considerata un costrutto del senso comune.

Per i più valutare è un processo teso a misurare la variabilità di costanti individuali, da qui l'uso di alcuni costrutti spesso accompagnati dalle rispettive scale di misurazione (genitorialità, affidabilità, empowerment, resilienza, etc.). Al clinico è spesso richiesto di affidarsi a questi strumenti; la prassi tende a considerare l'utilizzo di test una prestazione valida e professionale.

La cultura della valutazione sembra tuttavia essere incompatibile con quella orientata allo sviluppo. La richiesta pervenuta al servizio di psicologia clinica attraverso cui il tribunale chiede di valutare e sostenere la coppia se vista in questa seconda prospettiva appare più complessa (Bonavita et al., 2014).

Una relazione in cui qualcuno osserva le caratteristiche e il comportamento di chi gli è di fronte con metodi valutativi ignoti a quest'ultimo poggia sulla diffidenza: in questa circostanza lo psicologo spesso è a sua volta "posseduto" dall'obbligo di proporre una relazione da cui chiunque vorrebbe sottrarsi.

È questo il caso sopra descritto, in cui tutti talvolta sembrano impegnati a giocare a guardia e ladri.

Inoltre i due genitori a partire dall'incontro con le istituzioni giudiziarie sino a quello con il servizio di psicologia clinica, hanno incrociato varie culture e modalità di intervento, spesso in conflitto tra loro.

Il risultato sembra essere una grossa confusione tra ruoli e funzioni, tra obiettivi e aspettative, una situazione risolta agendo copioni neoemozionali (Carli & Paniccchia, 2003) coerenti con l'intento valutativo degli psicologi e dell'assistente sociale.

Nadia e Elio inscenano il ruolo delle vittime, poi dei morti di fame, dinamiche entrambe tese a provocare l'altro, inteso come nemico. Questo accade entro una relazione le cui premesse sono state poco pensate. In alcune fasi gli psicologi hanno colluso con un sistema fondato su valutazioni e giudizi valoriali, anche se è una cultura da cui concettualmente prendono le distanze.

Il processo mette in luce la difficoltà di assumere una funzione in cui entro un processo valutativo vi sia uno spazio in cui sospendere aspettative di cambiamento prescritto e conforme per lasciar spazio alla possibilità di verificare entro la relazione clinica la competenza a convivere.

## **Bibliografia**

- Bonavita, V., Brescia, F., Carbone, A., Gasparri, C. Girardi, D., Policelli, S. ... Carli, R. (2014). L'intervento con le famiglie: ci occupiamo della loro idoneità genitoriale, o della loro domanda? [The intervention with the families: take care of their parental suitability, or of their demand?]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 36-49. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carbone, A. (2014). Il Sistema Sanitario Nazionale incontra i problemi delle Famiglie: Un intervento di sviluppo di committenze per un servizio di psicologia clinica [The National Health Service meets families' problems: An intervention to develop clients' demands for a clinical psychological service]. In D. Mazzoni, I. Barbieri, E. Cicognani, & Albanesi, C. (Eds.), *Costruire comunità ospitali e sostenibili: Nuove sfide per la Psicologia di Comunità* (p. 17). Bologna: Dipartimento di Psicologia.
- Carbone, A. Di Ruzza, F., Giacchetti F., Pierandrei C. & Verducci L. (2012). Malattia Mentale: incontrarla nei sistemi di convivenza sociale. Domande professionali nei luoghi del quotidiano. [Meet Mental Illness in the systems of social coexistence. Professional questions in everyday places]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 151-158. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Carli, R. (1994). *Psicoanalisi della collusione e conoscenza clinica* [Psychoanalysis of collusion and clinical knowledge]. In G.P. Lombardo & M. Malagoli Togliatti (eds.) *Epistemologia in psicologia clinica*, 153-175. Torino: Boringhieri.
- Carli, R. (2007). Pulcinella o dell'ambiguità [Punchinello or "on ambiguity"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 383-396. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2006). *Psicologia Clinica: Professione e Ricerca* [Clinical Psychology: Profession & Research]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 48-60. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013). *Psicologia e sistema sociale: le vicende di una marginalità* [Psychology and social system: the story of a marginality]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 13-38. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Giovagnoli, F. (2010). L'inconscio nel pensiero di I. Matte Blanco [The unconscious in the conceptualization of Matte Blanco]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica* [Clinical cases. The report in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza. L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of mental health services in Italy. From psychiatric patients to new users. The evolution of demand for help and of relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2013). *La funzione del senso comune nell'intervento dello psicologo clinico* [The function of commonsense in the clinical psychologist's intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 36-50. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Crainz, G. (2009). *Autobiografia di una Repubblica. Le radici dell'Italia attuale* [Autobiography of a Republic. The roots of Italy today]. Roma: Donzelli.
- D'Ostuni, P., Adamo, S. & al. (eds.) (1996). *L'intervento psicologico nei servizi di un'azienda sanitaria locale tra attualità e progettualità* [Psychological intervention in the services of a local health between actuality and projectuality]. Napoli: La città del sole.
- Giovagnoli, F. (2006). *Gli obiettivi del lavoro terapeutico: correzione del deficit o promozione dello sviluppo* [The objectives of the therapeutic: correction of the deficit or promoting development]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 96-101. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Grasso, M. (2010). *La relazione terapeutica* [The therapeutic relationship]. Bologna: Il Mulino.
- Ginsborg, P. (2013). *Famiglia Novecento. Vita familiare, rivoluzione e dittature, 1900-1950* [Family twentieth century. Family Life, revolution and dictatorship, 1900-1950]. Torino: Einaudi.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. Trad. It. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi.
- Matte Blanco, I. (1977). *Realtà psichica e dualità: mondo interno e mondo esterno* [Psychic reality and duality: the inner world and the outer world]. *Rivista di Psicoanalisi*, 23(1), 128-152.
- Rayner, E., & Tuckett, D. (1988). *An introduction to Matte Blanco reformulation of the freudian unconscious and his conceptualization of the internal world*. In I. Matte Blanco, *Thinking, Feeling and Being* (pp. 3-42). London: Routledge. Trad. it. (1995). *Introduzione alla riformulazione di Matte Blanco dell'inconscio freudiano e del concetto di mondo interno*. In I. Matte Blanco, *Pensare, sentire, essere*. Torino: Einaudi.
- Ricciardelli, E. (2012). *La psicologia nelle unità operative di Psicologia Clinica* [Psychology in the units of Clinical Psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 208-211. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Taroni, F. (2011). *Politiche Sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica* [Health Policy in Italy. The future of the NHS in historical perspective]. Roma: Il Pensiero Scientifico.