

Il resoconto e la diagnosi

di Renzo Carli*

Premessa

In un lavoro precedente (Carli, 2007)¹ ho proposto una definizione del resoconto e alcune linee metodologiche per la sua utilizzazione in psicologia clinica.

Il resoconto acquista senso e utilità soltanto entro una specifica concezione della psicologia clinica, ove la *relazione* sia considerata quale mezzo e oggetto dell'intervento.

Attenzione alla relazione: vale a dire sviluppo di una teoria della tecnica che si proponga di intervenire nell'ambito della relazione, in coerenza con il paradigma individuo-contesto.

Quest'ottica si pone in alternativa ad altre, differenti visioni della psicologia clinica: quelle che la identificano con lo studio e il trattamento dei fenomeni psicopatologici. Quando si assimila la psicologia clinica alla diagnosi e al trattamento dei disturbi psicopatologici, visto che la psicopatologia caratterizza l'individuo, si accetta implicitamente una visione individualistica dei problemi "psicologici". La psicopatologia, in altri termini, concettualmente e pragmaticamente restringe il suo interesse all'individuo e al deficit del quale l'individuo è portatore, quale deviazione dalla normalità.

Prenderò brevemente in considerazione due di queste *visioni* della psicologia clinica, entrambe volte a sancire l'identificazione della psicologia clinica con la diagnosi² e il trattamento di specifiche forme psicopatologiche. Una di queste scuole di pensiero fa riferimento alla "verifica della psicoterapia"; l'altra alla "psicologia della salute". La prima, come vedremo, *deve* assimilare la psicologia clinica alla psicopatologia, per poter ancorare la verifica ad una modificazione delle condizioni diagnosticate *prima* dell'applicazione psicoterapeutica; ma anche per comprendere, in termini psicopatologici, il processo psicoterapeutico. La seconda *deve* relegare la psicologia clinica entro l'ambito della diagnosi e del trattamento della psicopatologia, per occupare lo spazio teorico e pragmatico che, in tal modo, la psicologia clinica è costretta a "liberare". Motivazioni differenti, come si vede, ma entrambe volte a restringere l'ambito teorico e pragmatico della psicologia clinica.

Prima di avanzare alcune considerazioni sul resoconto, mi propongo di esporre brevi notazioni critiche sui due modelli riduttivi della psicologia clinica alla psicopatologia che, come ho appena detto, si possono identificare nella "verifica della psicoterapia" da un lato, nella "psicologia della salute" dall'altro.

La psicologia della salute in Italia

Salute e benessere sono i termini ai quali viene sovente ancorata una recente visione della psicologia. E' importante notare come questi due termini, di chiara derivazione medica, siano fortemente, indissolubilmente ancorati all'individuo. Metaforicamente si può dire che un'azienda gode di buona o cattiva "salute"; così come si può dire, sempre all'interno di accezioni metaforiche, che la relazione tra due coniugi non è in salute. Ma salute e benessere sono dimensioni riferite, usualmente, al singolo individuo. Si suol dire che la psicologia della salute comporta una nuova visione nell'ambito della psicologia e della prassi psicologica: non si occupa di correggere deficit,

* Professore ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

¹ Carli R. (2007), Notazioni sul resoconto, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206.

² Qui la diagnosi è intesa nella sua accezione psichiatrica, volta a definire il disturbo mentale di cui è portatore il paziente. E' chiaro che ogni intervento psicologico clinico comporta una fase di conoscenza, che potremmo anche ricondurre a un intento diagnostico. La stessa etimologia di diagnosi rimanda a un processo di conoscenza. Nella storia della psicologia clinica, conoscenza dei problemi e diagnosi sono spesso stati utilizzati come termini equivalenti. Ogni intervento psicologico comporta conoscenza; in particolare, come vedremo più avanti, il resocontare ha come oggetto la conoscenza sviluppata entro la relazione psicologico clinica. Diagnosi, quindi non è una brutta parola, come propone Rossi Monti in un suo interessante contributo (Rossi Monti M. (2008), Diagnosi: una brutta parola?, *Riv. Psicoanal.*, 56, 3, 795-803.

ma di promuovere benessere. Già, ma che vuol dire “salute”, se il termine è riferito alla dimensione psicologica di una singola persona? Significa che la persona non ha problemi? Che è felice? Che sta bene? Che è realizzata? Ci si può chiedere: è possibile utilizzare questo termine, al di fuori del contesto in cui la persona vive? E’ possibile considerare il “benessere” quale dimensione disposizionale di un individuo? A ben riflettere scopriamo che, nella nostra cultura, questi termini assumono una valenza metaforica, applicati a un singolo come a un’organizzazione o a un’istituzione. In quanto espressioni metaforiche, quindi allusive, non richiedono modelli e proposizioni teoriche a loro fondamento. Si tratta di *allusioni evocative di emozioni rassicuranti*; tanto quanto possono essere evocative di emozioni ansiose o perturbanti, espressioni collegate alla psicopatologia. Tempo fa, con il mio gruppo di ricerca, ho proposto lo *sviluppo* quale obiettivo dell’intervento psicologico clinico, in alternativa all’intervento che corregge *deficit*. La nozione di sviluppo differisce profondamente da quella di salute. Lo sviluppo è strettamente connesso al contesto in cui si propone e si persegue. E’ una nozione che prevede una teoria psicologica della relazione e modelli di analisi, sperimentalmente fondati, della relazione tra individuo e contesto. Lo sviluppo di una relazione si può osservare, misurare, resocontare; è possibile un intervento psicologico clinico per la sua implementazione.

Una concezione della psicologia clinica come intervento orientato all’individuo, d’altro canto, comporta una semplificazione del campo d’interesse per lo psicologo clinico: lo psicoterapista si occupa di individui psicopatologicamente problematici, mentre lo psicologo della salute si occupa degli individui “sani” per facilitare e implementare il loro benessere. La psicologia clinica viene in tal caso assimilata alla psicoterapia di disturbi mentali classificati e diagnosticati secondo i canoni della psichiatria; la psicologia della salute occupa l’ambito professionale residuale.

Nella dizione psicologia della salute, d’altro canto, si pone un ulteriore problema.

Sergio Salvatore, in un lavoro apparso nel 2006 su questa rivista³, parla di debolezza teorica del linguaggio psicologico e fa riferimento a due dimensioni, al proposito: la tendenza ad utilizzare le categorie psicologiche in maniera reificata, a trattare, cioè, “*i concetti psicologici non come costrutti che, appunto, costruiscono in termini modellistici gli oggetti disciplinari, ma come pezzi/stati/qualità del mondo*” (p. 122); il secondo aspetto riguarda la definizione degli oggetti della psicologia: “*In modo complementare rispetto alla tendenza ad utilizzare le categorie psicologiche in termini reificati, la psicologia è portata a selezionare come oggetti di interesse disciplinare (sia in termini teorici che di pratica professionale) fenomeni assunti direttamente dalla realtà. Questa tendenza è, in ultima istanza, un derivato di una impostazione epistemologica di matrice neopositivista, che concepisce le categorie del linguaggio scientifico come il precipitato di un processo controllato di organizzazione sistematica dei dati dell’esperienza*” (Salvatore, 2006, p. 123). Pensiamo che nella dizione “Psicologia della salute” si possa trovare un esempio di questa problematica. Si potrebbe dire che anche con la dizione “Psicologia clinica” siamo nell’ambito della metafora ove l’oggetto disciplinare è tratto direttamente dalla realtà. Ma è proprio lo sforzo di definire le connotazioni teoriche e metodologiche dell’intervento psicologico clinico che “emancipa” la psicologia clinica da questo impasse. Ciò che non sembra avvenire per la psicologia della salute. Vediamo un esempio di tutto questo.

In una recente ricerca⁴, gli autori si chiedono quali siano le attività riconosciute quali proprie dello psicologo. Per avere una risposta, gli autori applicano l’analisi fattoriale alle risposte del questionario⁵ che riguardano questo ambito dell’indagine.

L’analisi fattoriale è condotta su imprecisate parti del questionario, che comunque fanno riferimento ad *attività* riconosciute come proprie dello psicologo, così come a *situazioni* o *contesti* nei quali gli intervistati “farebbero ricorso a questa figura professionale”. Emergono otto fattori o “otto dimensioni tematiche”. E’ istruttivo vederne, a nostro parere, tre: l’area denominata “qualità della vita”; quella che “attribuisce allo psicologo una competenza soprattutto nella gestione degli stati di malessere e di sofferenza: lo psicologo aiuta a sopportare il disagio esistenziale, la fatica di vivere, oppure lenisce la sofferenza”; infine quella della psicoterapia.

³ Salvatore, S. (2006), Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134.

⁴ Miglioretti, M. & Romano, D. (2008), La domanda di psicologia in Italia; in Ponzio G. (ed), *La psicologia e il mercato del lavoro: una professione destinata al precariato*, FrancoAngeli, Milano.

⁵ Si tratta di un questionario applicato, per via telematica, a 2000 famiglie italiane (4.350 persone).

Le affermazioni che vengono fattorializzate per il primo ambito sono, in sintesi:

gestione dei problemi quotidiani; percorso di crescita personale; facilitazione allo stare con gli altri; migliorare la qualità della vita; i problemi si pongono in casa, in famiglia; ci sono problemi di scelta rispetto al futuro scolastico o professionale; problemi nel definire scelte di vita importanti.

Le affermazioni che rientrano nel secondo ambito sono:

affrontare un malessere; curare un disagio esistenziale, o una malattia di vivere; lenire la sofferenza; superare ansia/disagio/fobia.

Le affermazioni che rientrano nel terzo ambito sono:

disturbo del comportamento o della mente; malattie mentali.

Questi fattori, in quanto considerati senza un modello di riferimento, portano gli autori ad affermare che il primo ambito è quello della psicologia *della salute*, il secondo della psicologia *clinica*, il terzo della *psicoterapia*, definita come “strumento tecnico rivolto alla cura della malattia mentale e dei disturbi del comportamento”. Nulla di più fuorviante. La distinzione rilevata può avere un senso, per i membri delle famiglie intervistate; ma l'attribuzione, effettuata dagli autori e non dagli intervistati, dei tre ambiti problematici ai tre indirizzi della psicologia è, a mio modo di vedere, arbitraria e, al contempo, indicativa della tesi che sto sostenendo.

Guardiamo alle parole “dense” del primo raggruppamento: *gestione – crescita – facilitare – migliorare – scegliere – futuro – scelte importanti*.

Guardiamo al secondo raggruppamento; le parole “dense” sono: *malessere – disagio – malattia – sofferenza – ansia/disagio/fobia*.

Da più di un decennio, come s'è detto, il mio gruppo di ricerca propone e pratica una psicologia clinica volta a *promuovere sviluppo*, non limitandosi a *correggere deficit*. Questa distinzione è fondata su modelli teorici che definiscono le componenti dell'intervento rivolto al singolo e sinergicamente alla relazione; è basata su approfondimenti metodologici della prassi psicologica, su categorie di verifica della prassi stessa.

Scoprire, oggi, che c'è una psicologia che si occupa di promuovere sviluppo (la psicologia della salute) ed una che corregge deficit (la psicologia clinica) non sembra una novità per quanto concerne l'oggetto dell'intervento psicologico; sembra, piuttosto, una proposta scorretta nella attribuzione delle competenze ai due ambiti della psicologia. Si sa che chi corregge deficit si rivolge alla *singola persona*, mentre chi promuove sviluppo si occupa della *relazione tra individuo e contesto*. Si tratta di paradigmi scientifici molto diversi, entro i quali da qualche anno si dipana un intenso dibattito scientifico internazionale.

Costringere la psicologia *clinica* entro la correzione del deficit, pretendere che la psicologia *della salute* abbia quale *mission* caratterizzante quella di promuovere sviluppo, senza proporre alcun modello atto a definire e organizzare concettualmente le due aree della professione psicologica, sembra davvero un'operazione curiosa, che ignora quella vasta e profonda conoscenza a cui è giunta la psicologia clinica attualmente⁶. Dire poi, come fanno gli autori, che chi ha un'istruzione bassa vede lo psicologo come aiuto, e chi ha un'istruzione medio-alta lo vede anche come promotore di sviluppo, sembra non aggiungere molto al tema. Le domande importanti, evidentemente, sono altre: chi propugna una psicologia volta alla correzione del deficit? Chi promuove questa immagine della psicologia? Chi si fa carico di ampliare l'immagine della psicologia quale professione volta alla promozione di sviluppo, e quali culture sono propense a cogliere e utilizzare questa proposta?

⁶ Vorrei si cogliesse il problema insito in una questione che potrebbe sembrare, ad una visione superficiale, solo terminologica. Il problema non concerne una difesa dell'area attribuita alla psicologia clinica; ciò che interessa sottolineare è la presenza o l'assenza di modelli teorici e metodologici che fondano l'intervento psicologico; la presenza o meno di modelli teorici e metodologici per l'intervento entro la relazione, quale area problematica che interessa e coinvolge lo psicologo.

Ciò che emerge con forza, dalla ricerca alla quale abbiamo fatto brevemente riferimento, è un “pregiudizio” sulla clinica da parte dei ricercatori; un pregiudizio che porta a relegare la psicologia clinica all'intervento di correzione del deficit, in questo inestricabilmente confusa con la psicoterapia; assegnando alla psicologia della salute una funzione ancora rivolta all'individuo, ma genericamente volta ad aiutare il singolo entro problematiche che non sono definite tramite modelli coerenti con la teoria dell'intervento. La psicologia della salute è un'area della psicologia certamente in sviluppo nel nostro paese, ma con forti contraddizioni al suo interno, con connotazioni scientifiche e pragmatiche altamente differenziate, con una tendenza dello specialista in tale ambito, poi, a sovrapporre le sue attività con quelle dello specialista in psicoterapia.

La diagnosi per la verifica delle psicoterapie

La psicodiagnostica, all'interno della psicologia italiana, ha avuto la sua stagione migliore negli anni sessanta. Si faceva psicodiagnosi in ambito scolastico, per l'orientamento o a supporto dell'attività d'insegnamento; la diagnosi di personalità era usuale entro gli ambulatori di psicologia; la diagnosi attitudinale o di personalità veniva praticata nei servizi di selezione o di orientamento del personale, nelle strutture organizzative.

A cosa dobbiamo l'attuale *revival della diagnosi* entro la prassi e la ricerca in psicologia clinica?

La risposta è chiara a chi fa ricerca nel settore: l'attenzione posta, da quasi due decenni, alla verifica della psicoterapia.

Vediamo su quali premesse concettuali si fonda la verifica; consideriamo, sia pur brevemente, quali possono essere le conseguenze teoriche e pragmatiche di tale prassi di verifica.

A – la separazione tra normalità e psicopatologia

Negli studi sulla verifica delle psicoterapie, è necessario ancorare la rilevazione degli “esiti” ad una qualche forma di *separazione tra normalità e psicopatologia*. Tale distinzione è centrale per svolgere una ricerca capace di misurare il grado di psicopatologia caratterizzante una specifica persona, per rilevarne poi le variazioni quale esito della psicoterapia.

Si è certamente sottovalutata la rilevanza concettuale di questo assunto. La verifica comporta la fondazione della nozione di “normalità”⁷ in psicologia clinica; nozione di normalità a cui contrapporre quello di psicopatologia, quale scarto dalla normalità. Qualche esempio al proposito. Nell'introduzione al volume “Abnormal Psychology”⁸, che è tradotto e diffuso in Italia con il titolo “Psicologia Clinica”⁹, si afferma: “Comprendere perché le persone si comportano nel modo atteso, normale, è già abbastanza difficile; ancora più difficile è comprendere il comportamento umano che esula dalla normalità.” e ancora: “Questo libro si propone di indagare l'anormalità, negli aspetti che pertengono alla sfera della psicopatologia ” (p. 4). Interessante notare come, sin dalle prime pagine del volume, la normalità sia definita come “comportarsi nel modo atteso”. Cioè nel modo conforme alle attese del sistema sociale d'appartenenza. O, se si vuole, normalità come *conformismo*. Modello di normalità che attraversa, peraltro, l'intero manuale dell'American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision* (DSM-IV-TR). Come il lettore ricorderà, molte definizioni dei disturbi proposti nel DSM IV¹⁰ implicano un confronto tra situazione soggettiva dell'individuo disturbato, e parametri di “normalità”

⁷ Si veda su questo tema: Grasso, M. & Stampa, P. (2008), ... Siamo proprio sicuri di “non essere più in Kansas”? Metodi quantitativi e epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 127-150.

⁸ Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M. & Johnson, S.L. (2007), *Abnormal Psychology*, John Wiley & Sons Inc., N.Y., Tenth Edition; [trad. it. (2008), *Psicologia Clinica*, Terza edizione italiana condotta sulla decima edizione americana, Zanichelli, Bologna].

⁹ E' interessante notare la disinvoltura, da parte dei curatori dell'edizione italiana, nel deformare il titolo del volume. Ricordo un altro interessante esempio di deformazione nella traduzione, di qualche decennio fa: il noto manuale di Krech, Crutchfield e Ballachey del 1962, dal titolo *Individual in Society*, venne tradotto in Italia, nel 1972, con il titolo *Individuo e Società*. Può sembrare poca cosa, ma a ben vedere cambia profondamente, sia pur nel titolo, il modo di rappresentare la relazione tra individuo e contesto sociale.

¹⁰ American Psychiatric Association (1999), *DSM – IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

socialmente definita. La fobia, ad esempio, viene intesa come paura di un oggetto o una situazione *decisamente sproporzionata* al pericolo che tale oggetto – o situazione – può comportare. Una ossessione è definita come un pensiero, un impulso o una immagine vissuti come intrusivi e *inappropriati*, che causano ansia o disagio marcati. Nella definizione di Disturbo di Personalità, tale disturbo “rappresenta un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle *aspettative della cultura dell’individuo*, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell’adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione” (DSM IV, p. 687). Il parametro di confronto, in questa definizione, è l’*assetto culturale* entro il quale l’individuo è iscritto e le aspettative di *conformizzazione* o meno delle persone a tale modello. Le “aspettative della cultura dell’individuo” rappresenta un’espressione ben strana, indicativa del riduzionismo della dinamica culturale ad un individualismo che peraltro deve sottostare alle aspettative sociali. Ci si può chiedere, al proposito, quale conoscenza possa avere, il diagnosta, di tale assetto culturale e delle aspettative che la cultura locale genera nei confronti degli individui. E’ in grado, il diagnosta, di cogliere le differenze di tale assetto culturale, nel momento in cui opera a Palermo, a Milano o nell’Illinois? Nel caso in cui l’atto diagnostico concerne un dirigente d’azienda, un insegnante elementare, un pensionato o una donna marocchina, casalinga? Per quanto riguarda, poi, il Disturbo paranoide di Personalità, si rimarca ripetutamente come il paziente presenti diffidenza e sospettosità, nei confronti delle quali si osserva che sono “senza una *base sufficiente*”, “senza *giustificazione*”; si parla di “timore *ingiustificato*” o di “percezioni di attacchi *non evidenti agli altri*” (DSM IV, p. 696).

B – Il rigore metodologico

Un secondo elemento, strettamente connesso con l’introduzione della dicotomia normalità - psicopatologia, è quello del *rigore metodologico*, volto a ricondurre la verifica della psicoterapia, quindi la psicoterapia stessa, nell’alveo della “scientificità”. Ove per “metodo scientifico” si assume, sovente, una procedura utilizzata in medicina per verificare *l’esito dei farmaci* su specifiche forme di patologia.

Qui la confusione è massima. In molti lavori si sottolinea come la metodologia “scientifica” non dia risultati confortanti circa la verifica di esito o l’analisi di processo della psicoterapia; altri studi sconfermano i dati più pessimisti, rilevando come i risultati delle verifiche siano soddisfacenti e credibili. Nelle molteplici e puntuali rassegne sull’argomento, si rilevano ottimismo e pessimismo fluttuanti, come in un viaggio sulle montagne russe.

Il rigore metodologico sembra coincidere, per molti autori, con la misurazione di variabili che rendano possibile la dimostrazione degli effetti della psicoterapia o dell’andamento del processo che la caratterizza. Ciò ha comportato notevoli sforzi per giungere a misurare dimensioni cliniche che, stante l’attuale livello delle conoscenze, sembra difficile utilizzare quali dimensioni di verifica. Un esempio viene da quell’area di ricerca, ancora limitata numericamente, ove s’intende dimostrare l’effetto della psicoterapia rilevando modificazioni del correlato neurobiologico dell’individuo in cura. Ciò è reso possibile grazie a tecnologie affidabili, che consentono di valutare l’attività della funzione cerebrale. Ma questa rilevazione del dato biologico, volto a comprovare l’efficacia della psicoterapia, sembra ignorare o sottovalutare due problemi: il primo concerne la profonda modificazione del setting psicoterapeutico che la rilevazione del correlato neurobiologico comporta (specie se si tratta di psicoterapia a orientamento psicodinamico); la seconda concerne un limite epistemologico rilevante: per dare senso “psicologico” ai cambiamenti evidenziati nel dato biologico, si è costretti a utilizzare categorie psicologiche; cadendo così nella trappola epistemica che deriva dalla non riducibilità dei due modelli.

Un secondo esempio lo si può ritrovare negli sforzi per poter porre una diagnosi rigorosa e “oggettiva” nell’ambito della psicopatologia. Pensiamo, a solo titolo d’esempio, alle dimensioni valutate nella SWAP 200¹¹: si tratta di 200 affermazioni utilizzate per giungere ad una misurazione della personalità del paziente; il clinico deve valutare le differenti affermazioni entro una scala a otto passi (0 – 7), in rapporto al grado di applicabilità di ciascuna affermazione al soggetto da diagnosticare; si va dal punteggio zero, per le affermazioni che il clinico considera irrilevanti o

¹¹ Westen, D., Shedler, J. & Lingardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la Swap-200. (CD-ROM allegato)*. Cortina, Milano.

inapplicabili per quel paziente, al punteggio 7; quest'ultimo punteggio viene assegnato alle affermazioni valutate come altamente descrittive del paziente.

Consideriamo, a solo scopo esemplificativo, tre affermazioni della scala:

- "Tende a vedere i suoi sentimenti e impulsi inaccettabili negli altri e non in se stesso/a"
- "Si comporta in modo da suscitare, negli altri, sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es., quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a, agisce in un modo che induce ansia negli altri)"
- "Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti"

Due i limiti che possiamo rilevare in questa procedura valutativa. Il primo concerne l'oggetto della valutazione: si tratta di valutare dimensioni episodiche di una persona, ancorate a specifiche situazioni di relazione, come se si trattasse di dimensioni disposizionali, caratterizzanti quella persona, indipendentemente dal contesto delle sue relazioni. La seconda concerne il rapporto tra dimensioni da valutare e punteggio proposto per la valutazione stessa: come è possibile giungere ad affermare che la connotazione "Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti" definisca un paziente, supponiamo, con il punteggio 3? Che vuol dire quel punteggio? Come lo si differenzia dal punteggio 4? Ma anche: come si può dare un punteggio "esterno" e differenziato entro la scala, per una dimensione che certamente coinvolge anche il valutatore? Incertezze sul possibile uso del punteggio ordinale per dimensioni di tal tipo, quindi; così come incertezze sul "senso" clinico delle affermazioni, quindi sulla loro possibile utilizzazione, al di fuori di una specifica situazione relazionale.

Problemi analoghi possono essere individuati nei tentativi di misurare, secondo parametri "individuali", dimensioni psicologiche che appartengono, ineludibilmente, alla relazione. Un esempio paradigmatico è quello dell'Alleanza Terapeutica: fenomeno che caratterizza la dinamica relazionale tra paziente e terapeuta e che si vuole misurare con scale applicate al paziente da un lato, al terapeuta dall'altro.

In sintesi, l'intenzione di perseguire un rigore metodologico è certamente encomiabile; le strade che si percorrono per realizzare questo obiettivo suscitano, metodologicamente, molte perplessità. Perplessità che si fondano sulla lunga esperienza di ricerca e di riflessione della psicologia, sul tema della misurazione

C – Lo scientismo

Nella verifica della psicoterapia, viene spesso proposta l'esigenza di "oggettività" della rilevazione sugli effetti della psicoterapia. L'atteggiamento che giustifica tale "oggettività" è dato dalla convinzione che sia "scientifico" solo un metodo fondato sulla rilevazione "oggettiva" di dati indipendenti da chi, con tali dati, vede valutata la propria azione, il proprio operato. Identificare l'"oggettività" del metodo di rilevazione dei dati, con la "scientificità" della rilevazione è una caratteristica di ciò che da tempo proponiamo di definire quale "scientismo": una sorta di idealizzazione della misurazione, quale feticcio della scientificità.

In sintesi, gli studi sulla verifica della psicoterapia, pur meritevoli nel proporre il problema sul senso del lavoro psicoterapeutico (per il professionista che lo pratica, come per le persone che a tale professionista si rivolgono), evidenziano alcuni limiti rilevanti nell'affrontare tale obiettivo.

Limiti importanti, se si vuole identificare la psicoterapia e la sua verifica con la psicologia clinica, con le seguenti conseguenze:

- 1 – restrizione della psicoterapia ad una prassi univocamente finalizzata a ridurre problemi precedentemente diagnosticati come psicopatologici. Ciò comporta l'accettazione, in nome della verifica, di una drastica dicotomia tra normalità e psicopatologia.
- 2 – introduzione di misurazioni "oggettive" entro la psicoterapia.

Il resoconto

Pensiamo sia importante ritornare a una riflessione sulla prassi psicologico clinica, sui suoi obiettivi, sulla teoria che ne fonda l'intervento, sulla metodologia e sull'importante tema della verifica. Si tratta di ridefinire la relazione tra problemi – teoria della tecnica che fonda l'intervento

sui problemi - tecniche per la verifica, coerenti con la teoria della tecnica e con le tecniche utilizzate.

Non si può affrontare il problema della verifica dell'intervento psicologico clinico, se non si tiene conto dei tre momenti dell'intervento:

- *analisi dei problemi*
- *intervento* fondato sulla relazione
- *verifica*

Pensiamo che il *resoconto* abbia la funzione di mettere in relazione i tre momenti dell'intervento e di dare senso alla verifica entro il contesto psicodinamico.

Il resoconto si svincola da una lettura dimostrativa degli esiti dell'intervento. Quindi anche dalla lettura del processo se, come spesso si afferma, la lettura del processo prelude a quella sull'esito: gli studi sul processo della psicoterapia tendono, infatti, a coincidere con quelli sull'esito: la complessa interazione tra le variabili di processo, la si considera in grado di predire l'esito del trattamento.

Ma studi sull'esito e sul processo sembrano volti a dimostrare l'efficacia di un intervento a chi si pone in *relazione terza* nei confronti dell'intervento stesso: la società che si fa carico economicamente dell'intervento da un lato, il mondo scientifico dall'altro. Con la verifica della psicoterapia, in altri termini, si è presi dall'esigenza di legittimare la propria azione psicoterapeutica nei confronti di chi è scettico su tale argomento. In particolare, la prima componente (società che si fa carico economicamente) è identificata spesso con le società di assicurazione, che pagano la psicoterapia per la soluzione dei problemi di salute mentale nei propri assicurati; oppure con la direzione sanitaria o la direzione generale di un servizio sanitario pubblico che prevede la psicoterapia tra le prestazioni mediche caratterizzanti i differenti servizi. Di qui la necessità di dimostrare che le forme psicopatologiche *migliorano* con la psicoterapia. Il mondo scientifico, in particolare il mondo medico, sembra essere scettico nei confronti della psicoterapia, per via della sua intrinseca differenza dall'operare medico, tout court. Non sembra molto efficace il rincorrere la fiducia della cultura medica, medicalizzando la psicoterapia, nella diagnosi che ne giustifica l'intervento come nella verifica "empirica", assimilando quest'ultima alla verifica sull'efficacia dei farmaci. Così facendo, si snaturano i fondamenti teorici e metodologici della psicoterapia, almeno di quella psicoanalitica.

Ci si potrebbe chiedere: quali sono i motivi che hanno reso possibile la "sopravvivenza" e lo "sviluppo" della psicoterapia e dell'intervento psicologico clinico negli ultimi ottanta anni? Pensiamo che tutto questo sia attribuibile al miglioramento psicoterapeutico di alcune forme di depressione¹²? Oppure possiamo legittimamente riconoscere che la psicoterapia si è sviluppata grazie alla sua competenza nell'affrontare i *problemi* di persone, gruppi ed organizzazioni; problemi di adattamento e di sviluppo entro i contesti di appartenenza; problemi di crescita e di competenza entro le dinamiche di rapporto sociale. Problemi, quindi, che nella loro riconduzione alla classificazione psichiatrica perdono quello spessore emozionale che caratterizza il vissuto del paziente e che ne connota il processo di adattamento al contesto.

Restando entro l'esperienza singola, perché un paziente torna, seduta dopo seduta, in psicoterapia? Quali sono i motivi che rendono possibile un lavoro di anni con singole persone, con gruppi sociali e organizzazioni, senza alcuna modalità contrattuale vincolante, senza alcun attestato di frequenza o di raggiunta competenza, senza alcuna norma regolativa della relazione, fatto salvo per le condizioni del setting, quindi della metodologia di lavoro? Dobbiamo cercare una risposta a questi interrogativi negli incerti dati della ricerca sugli esiti o sul processo? Sono, forse, i fattori aspecifici (alleanza terapeutica; competenza dello psicoterapista; coerenza con i protocolli della terapia) alla base del "successo" della psicoterapia? L'alleanza, pur nella sua dubbia e multiforme definizione, la competenza o il protocollo operativo, sono finalizzati a cosa? Si

¹² Quando si elencano i disturbi mentali che risentono elettivamente dell'una o dell'altra tecnica psicoterapeutica, si fa riferimento a: depressione, disturbi d'ansia, anoressia e bulimia, disturbo bipolare, schizofrenia, disturbi di personalità, disturbi post traumatici da stress, abuso di alcool, dipendenza da sostanze, disturbi sessuali.

dovrebbe più utilmente parlare degli *obiettivi* della psicoterapia. Tali obiettivi, li possiamo riassumere, meccanicisticamente, nella diagnosi della forma psicopatologica da curare?

Alla base di questi interrogativi c'è una discriminante importante, troppo spesso trascurata o ignorata da chi fa ricerca per verificare la psicoterapia.

Si tratta della discriminante che vede da un lato una psicoterapia rivolta all'individuo ed ai suoi disturbi; dall'altra una psicoterapia attenta ai problemi di relazione tra individuo e contesto (di vita e di appartenenza). La psicopatologia, a suo fondamento indiscusso, pone la connotazione individuale della forma patogena. La psicoterapia alla quale noi pensiamo, ha a suo fondamento la relazione. Ed è impossibile ricondurre la relazione, ed i problemi vissuti entro la relazione, alla classificazione manualistica dei disturbi mentali. In questo la psicologia si differenzia dalla psichiatria. Pur con i dovuti interrogativi che anche nella psichiatria, in particolare entro la psichiatria sociale ed entro l'epidemiologia psichiatrica, vengono posti ad una concezione strettamente individualista della psicopatologia.

Tutto questo apre a considerazioni che, solo apparentemente, esulano dalla contrapposizione tra diagnosi e resoconto.

Pensiamo alla pretesa normalità individuale, intesa quale adattamento conformista, acritico, al sistema di potere che attraversa una particolare società ed una particolare cultura. Pensiamo alla psicopatologia quale scarto dal modello conformista. Studi storici, sociologici ed antropologici hanno confermato la visione di una psicopatologia individuale quale strumento importante per il controllo sociale. La pretesa "oggettività" della psicopatologia viene sconfessata sistematicamente dall'analisi delle differenti culture, sia in prospettiva diacronica che sincronica. Ricordo ancora il biglietto scritto in modo illetterato che mi mostrò un amico giornalista, a Palermo, alla fine degli anni settanta: mi chiese una diagnosi circa la natura "psicopatologica" dello scrivente e dell'aiuto che egli chiedeva al giornale: parlava di persecutori invisibili che lo terrorizzavano sino all'inverosimile. Senza situare contestualmente quel biglietto, si sarebbe potuto parlare di disturbo paranoide di personalità. Infatti, nella *definizione di Disturbo di Personalità* quest'ultimo, come prima abbiamo ricordato, rappresenta un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, con quel che segue. (DSM IV). Il parametro della definizione, quindi, è l'*assetto culturale* entro il quale l'individuo è iscritto e le aspettative di *conformizzazione* o meno delle persone a tale modello. Per quanto riguarda, poi, il Disturbo paranoide di Personalità, si rimarcano ripetutamente diffidenza e sospettosità "senza una base *sufficiente*; senza *giustificazione*"; si parla di "timore *ingiustificato* o di percezioni di attacchi *non evidenti* agli altri" (DSM IV, p. 696). Parlai con la persona del biglietto, e al colloquio emerse come si trattasse di un sindacalista di un paese vicino a Palermo, che aveva intrapreso un'azione sindacale non gradita alla mafia locale. Nessuna minaccia esplicita. I suoi viaggi, dal paese a Palermo e viceversa, avvenivano, pur con i mezzi "pubblici", in una totale solitudine: nessuno più parlava con lui; tutti, anche gli amici, lo evitavano e lui non faceva nulla per avvicinare gli altri, accettando la solitudine: segno d'abbandono quale evento ineluttabile. Come si può comprendere questa situazione, come si può cogliere il problema che la persona porta al giornale e in un secondo momento allo psicologo, senza conoscere il contesto ed il vissuto nei confronti del contesto? Quale psicoterapista può valutare il grado di "giustificazione" di un vissuto persecutorio? Non solo quando c'è di mezzo la mafia, ovviamente. Quando possiamo dire che un vissuto persecutorio è *delirante*? Serve saperlo, per intraprendere una psicoterapia? O piuttosto la diagnosi di Disturbo Paranoide ostacola la relazione tra chi emette la diagnosi proponendosi un ruolo terapeutico, e chi porta i suoi problemi in psicoterapia? Nel caso ora riportato, parlai a lungo con il sindacalista; con obiettivi ben differenti da quello del trattare un disturbo di personalità.

Sembra evidente, anche se di difficile accettazione, che una psicoterapia volta a *migliorare lo status psicopatologico* è radicalmente diversa dalla psicoterapia che si propone di *facilitare un pensiero sulle emozioni vissute entro la relazione*, a partire dalla relazione psicoterapeutica.

Sarebbe interessante svolgere uno studio che analizzi la diretta o indiretta prescrizione di conformismo insita entro il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. E' interessante rilevare che quando la "normalità" è normata, appunto, da prescrizioni o definizioni conformiste, allora la psicopatologia si configura quale scarto, dell'altro, dal modello normativo: uno scarto dal modello che non concerne la relazione con il contesto, quindi le dinamiche di adattamento tra persona e contesto, quanto alcune caratteristiche disposizionali dell'individuo. Partendo da questi

presupposti, la funzione dello psicoterapista è, ineluttabilmente, quella di ridurre lo scarto dalla norma e di ripristinare, per quanto è possibile, la posizione conformista. A prescindere dalla storia, dalle vicende di chi porta un problema allo psicologo, ma soprattutto a prescindere dal problema vissuto nella propria esperienza; problema che va trasformato, grazie a scale e strumenti diagnostici, in disturbo da migliorare. Si può capire che l'opzione diagnostica raccolga favori tra gli psicologi, specie tra chi studia o esercita la psicologia senza modelli professionali, senza una riflessione sulla funzione dello psicologo; qualche strumento diagnostico da applicare meccanicamente, senza alcuna riflessione su quanto si sta facendo, ma con l'illusione di "fare diagnosi" e di assumere per qualche ora lo statuto del medico, può avvicinare molti a questa prassi, spesso praticata senza alcun senso.

Se si guarda al *problema*, il compito dello psicologo si fa molto più arduo, difficile e complesso.

Il coinvolgimento emozionale

In primo luogo si tratta di saper vivere il coinvolgimento emozionale che la relazione con l'altro comporta. Saper vivere il proprio e l'altrui coinvolgimento, significa *capire la relazione tra fatti ed emozioni*. In quello che l'altro porta come problema, ma anche nella relazione emozionalmente implicata con l'altro. Questa competenza a cogliere la relazione tra fatti ed emozioni, tra eventi e fantasie suscitate dagli eventi, è uno scoglio di grande rilievo per gli psicologi. Dico "per gli psicologi", perché la psicologia clinica è l'unica professione che richiede tale competenza. Ritengo sia la competenza di base dell'operare psicologico clinico. Porto un esempio al proposito:

Una paziente, che abita a Roma, ha la madre molto malata; questo le impedisce di andare dalla figlia, che risiede a Bari, e di stare simpaticamente con le due bambine della figlia, le sue nipotine adorato. La paziente arriva furibonda ad una seduta, dicendo che sta rompendo la sua relazione con la figlia: non ne può più del fatto che la figlia venga spesso a Roma per lavoro, e non porti le bambine con lei; le lascia ai suoceri, a Bari; i suoi consuoceri, così, possono passare molto più tempo di lei con le nipoti. Vuole che io mi allei nel darle ragione e sostenerla in questo suo rimprovero, legittimo, nei confronti della figlia.

Va ricordato che la paziente viene da molto tempo in analisi, ha stabilito una relazione di fiducia con l'analista e sa, per esperienze passate, che quando si sente coinvolta intensamente in moti di rabbia, "gatta ci cova".

Per capire la situazione, si deve anche aggiungere che per lunghi anni, sin da quando è nata, la figlia ha vissuto con la madre, separata al momento della nascita da un compagno problematico, incapace di sopportare la presenza di una bambina nella sua vita. La paziente ha funto "da madre e da padre" per la figlia, con grandi apprensioni circa le capacità della figlia e la sua possibilità di "cavarsela nella vita". Anni fa, la donna venne in terapia proprio per capirci qualcosa di più sul suo legame con la figlia. Ora la paziente è sposata, ha avuto un figlio dal suo attuale matrimonio e vive una vita professionalmente ed affettivamente gratificante. La figlia si è pure sposata; ha, come abbiamo detto, due bambine e un marito che le vuole molto bene; ha saputo sviluppare una competenza professionale, sia pur in un ambito non tradizionale, e da qualche tempo ha riscosso un notevole successo.

Le emozioni che la paziente porta in seduta sono la rabbia per la figlia, che le "toglie" le nipoti; l'invidia e la gelosia per i suoceri della figlia che si godono le nipoti, mentre lei no; il dispetto per una autonomizzazione della figlia che la paziente vive come abbandono (la figlia ha da poco annunciato che passerà le vacanze con la "sua" famiglia e non con la madre).

L'evento "scatenante" qual è?

Un'alleanza stolido con la paziente porterebbe a dire che la figlia trascura la madre, "con tutto quello che quest'ultima ha fatto per lei", a favore dei suoceri ove "l'erba del vicino è sempre più verde" e via di questo passo. Al buon senso ammiccante non c'è fine. Sottolineo tutto questo, perché la velleità di stabilire un'alleanza rassicurante e ammiccante con il paziente, può portare lo psicologo a declinare le varietà più inventive della stupidità, della propensione alla predica, dello stracciarsi le vesti in nome di ingiustizie patite dal paziente, nella speranza di rinforzare in tal modo l'alleanza con lui.

Apparentemente, d'altro canto, l'evento "pivot" è la difficoltà della paziente ad andare a Bari dalle nipotine, dovendo stare a Roma ad occuparsi della madre.

Il vero evento, in stretta relazione con le emozioni associate, è il *non aver detto* questo alla figlia; il *non averle chiesto* se, in questo frangente, poteva portare con sé le figlie a Roma, dove viene spesso per lavoro. Non dire e non chiedere: non si tratta di “eventi”, capaci di organizzare il pensiero psicologico come relazione causa – effetto tra un fatto e le emozioni che quel fatto necessariamente evoca (almeno entro “le aspettative della cultura dell’individuo” delle quali si discettava qualche paragrafo fa).

Perché la paziente non riesce a dire, a chiedere alla figlia? La storia della relazione tra le due ci aiuta a capire: la paziente è stata indotta ad assumere una funzione genitoriale severa, rigida e sicura di sé. La paziente pensava di poter crescere una figlia “senza padre”, e con una incumbente ostilità sociale, solo assumendo un simile atteggiamento. Ciò significava, nel suo modo di rappresentarsi questo compito problematico, non dar mai a vedere la propria fragilità, il proprio desiderio. Ciò significava non chiedere mai nulla, alla figlia, in ogni frangente della vita. La paziente doveva dimostrare di essere “una donna tutta d’un pezzo”, di non avere debolezze, di non dover mai dipendere dagli altri. Questo le è servito, nella vita affettiva e professionale. Ma le è stato anche di peso. Forse, la prima volta in cui è riuscita a chiedere, dopo lunghe fatiche, è stato in analisi. Ora la figlia ha successo nella vita e nella professione; lei è in una situazione di dipendenza dalla malattia della madre, ha un forte desiderio di stare con le nipotine: tutto questo, peraltro, passa dal chiedere alla figlia di accorgersi delle sue difficoltà e del suo desiderio. Ma la figlia non è usata a pensare alla madre come ad una persona “che ha bisogno di lei”. E la madre non vuole piegarsi a chiedere. Preferisce rompere con la figlia, scatenare le sue ire gelose contro i consuoceri, pensare che nessuno la rispetta e le dà quanto le spetta, piuttosto che comunicare. Stiamo parlando di fatti o di emozioni? Evidentemente, in questa ricostruzione resocontante, non si può distinguere tra fatti e emozioni. I “fatti sono fatti”, con quel che comporta, è uno stereotipo che non funziona in psicologia clinica.

La convinzione che le emozioni discendano dai fatti, e che siano giustificate dai fatti è dura a morire nella mente relazionale degli psicologi. Quando le emozioni discendono dai fatti, la funzione psicologica può essere intesa come riconduzione dei pazienti “ai fatti”, al riconoscere i fatti ed al prenderne atto. Altrimenti “bacchettate sulle dita”. La ricostruzione psicodinamica di un vissuto complesso, è molto più difficile del richiamo ai fatti. Che poi, per via delle convinzioni conformiste, si traduce in un richiamo “all’ordine”. Questa pretesa funzione predicatoria, un misto tra padre spirituale e maresciallo dei carabinieri, motivante uno scatenamento del buon senso conformista, può trasformare il ruolo psicologico in una recita anacronistica, antipatica perché inutilmente arrogante¹³.

Se la procedura diagnosi – terapia – verifica pretende di funzionare sui “fatti”, la prassi dell’intervento psicologico clinico e del resoconto si propone di dare senso agli eventi ed alle emozioni ad essi indissolubilmente intrecciate.

L’elaborazione di categorie

Si tratta, inoltre, di *elaborare categorie* che consentano allo psicologo di cogliere il senso di quanto viene vissuto nella relazione professionale. Queste categorie concernono i problemi, entro la duplice relazione del *là ed allora* che motiva la richiesta dell’intervento psicologico e del *qui ed ora* della relazione con lo psicologo. Spero sia chiaro che i problemi del là e allora non sono i problemi psicopatologici dell’individuo. Nemmeno se visti nell’ottica della sua storia clinica, a partire dalla prima infanzia o dallo stile di attaccamento tramandato transgenerazionalmente alla madre del paziente. La persona che si rivolge allo psicologo lo fa, nella maggior parte dei casi, perché vive un problema che provoca “disagio”, sentimenti di “impotenza”, di “fallimento”, di difficoltà di “adattamento”, di “intolleranza” nei confronti di specifici aspetti della propria esistenza. Le motivazioni ad andare dallo psicologo, che qui ho sintetizzato in alcune componenti specifiche,

¹³ Ricordo una vecchia allieva universitaria, scandalizzata della proposta circa la stretta connessione tra fatti e emozioni, circa la rilevanza delle emozioni nei confronti dei fatti; seduta su una poltroncina di un’aula per gli incontri di gruppo, sbattendo i pugni sui braccioli della poltrona, diceva arrabbiata: “no, non è così, i fatti sono fatti! Queste, ad esempio, non sono emozioni; sono bracirole!”

sono le più varie. Si può parlare di “disagio¹⁴” quale emozione che motiva all’andata dallo psicologo, ma dire che lo psicologo si occupa di “disagio” (psichico, s’intende) è come dire che il medico si occupa di persone che stanno male, o che il ristoratore si occupa di persone che hanno appetito. *Ça va sens dire!* Dire che lo psicologo si occupa di disagio, significa rifuggire da una definizione categoriale delle problematiche che le persone portano allo psicologo e rifuggire dalla loro categorizzazione simbolica, entro la relazione di domanda. La ricerca dei problemi, è importante sottolinearlo, non finisce con la “diagnosi del problema”; esemplari, al proposito, affermazioni del tipo “quella donna ha un problema con la figura materna” (chi è senza peccato, scagli la prima pietra) o “quell’uomo ha problemi di insicurezza” e via dicendo con le banalità. No. La categorizzazione del problema implica una ricostruzione del processo che la persona vive nella relazione con lo psicologo, e dello stretto rapporto tra questa dinamica relazionale e quanto viene narrato nel là e allora. Il problema che viene presentato allo psicologo ha due facce: quella “vissuta” da chi pone la domanda e quella presente nella “traduzione” che lo psicologo, necessariamente, fa del problema vissuto. La relazione con lo psicologo funziona da mediatore tra il problema “vissuto” e quello “tradotto”.

Mi spiego con un esempio.

Uno psicologo si rivolge allo psicoterapista perché non riesce a controllare le proprie emozioni, nelle relazioni professionali che intrattiene con i propri pazienti. In particolare non riesce a frenare le proprie fantasie ed i propri agiti quando ha a che fare con pazienti di sesso femminile che, nel lavoro psicoterapeutico, assumono atteggiamenti e mettono in atto comportamenti seduttivi. Lo psicologo pensa che, se va avanti così, fallirà nella propria professione e si caccerà nei guai. Ma sente anche che la propensione ad agire è “più forte di lui”. Questo paziente/psicologo tenterà in tutti i modi di trascinare il suo psicoterapeuta entro dinamiche agite: solo così potrà convincersi che “tutto il mondo è paese”, che anche chi si ammanta di competenza e scienza, alla fine è debole e fragile come lo è lui. Anzi, potendo ergersi a giudice della debolezza altrui, ne emergerà più forte dell’altro. Con questo progetto perverso il paziente/psicologo si avvicina alla relazione psicoterapeutica, nell’ipotesi di trovare fatti che ne avvalorino le attese. Ed i fatti si trovano: è sufficiente confondere fatti e fantasie per convincersi che le cose vadano come lui s’attende. Un episodio? Il paziente/psicologo parla della relazione con la moglie e ricorda che partirà con lei in vacanza per un “ponte” di lì a un mese. Quando si arriva alla settimana prima del “ponte”, lo psicoterapista gli chiede se pensa di recarsi in seduta, il venerdì del ponte, dicendo chiaramente che la scelta è lasciata al paziente. Questi lo guarda esterrefatto e dice: “ma c’è il ponte!”. Il terapeuta risponde: “il ponte è una scelta delle persone, non è un evento consensuale come un giorno di festa”. Il paziente/psicologo s’arrabbia, e furibondo accusa il terapeuta di fregarsene di lui e delle cose che lui dice: ricorda aggressivamente di aver annunciato il “suo ponte” e pensa che il terapeuta sia peggio di lui: quando lui insidia le pazienti lo fa per amore, mentre il terapeuta dimostra solo indifferenza e fastidio nei suoi confronti. E’ preso da emozioni che ritiene giustificate e legittime, perché s’appoggiano su fatti specifici. Così come è un fatto che, quando una paziente carina accavalla le gambe, questo è un chiaro segno di provocazione sessuale. Solo un difficile lavoro di distinzione tra fatti ed emozioni, per vedere poi come il fatto avesse evocato emozioni confusamente identificate con i fatti, consentì al paziente di cogliere, almeno in parte, la dimensione perversa del suo progetto terapeutico.

Un altro esempio può essere tratto dalla complessa interpretazione di un sogno.

Si tratta di un uomo sulla quarantina, sposato ma senza figli, affermato professionista in una cittadina del Lazio. Questa persona viene in analisi per via di una vita affettiva vissuta come problematica: pur innamoratissimo della moglie, con la quale condivide la vita familiare come quella professionale, da qualche anno non ha più relazioni sessuali con lei. Per lui tutto questo non ha importanza, in quanto l’affetto e l’innamoramento non sono venuti meno con l’assenza della sessualità; anzi, a suo dire si sono rafforzati. La moglie, di contro, mostra segni di intolleranza; sembra si sia innamorata di un altro uomo, vuole separarsi da lui, pur continuando il sodalizio professionale. L’uomo è spaventato all’idea della separazione, anche se ne sente per certi versi l’ineluttabilità. Viene in analisi per affrontare questa situazione confusa e penosa al contempo.

Dopo qualche mese di analisi porta il seguente sogno:

¹⁴ Il termine “disagio” deriva dal latino *dis iaceo*, che vale: sentirsi lontano; implica un’emozione di distacco, di lontananza, è quindi un’emozione che ha a che fare esplicitamente con la relazione.

“sono per strada, vedo una donna bellissima e ne sono attratto sessualmente; la donna è indefinita, senza volto. Mentre mi rendo conto della mia attrazione, vedo passare vicino a me mia moglie, con lo sguardo perso nel vuoto; spero che mi guardi, ma mia moglie mi passa accanto senza dar cenno di riconoscermi e si perde in lontananza.”

Matte Blanco parla del modo di essere inconscio della mente come di una modalità “omogenea e indivisibile”: modalità che consegue coerentemente al principio di *generalizzazione* e a quello di *simmetria* con i quali la mente inconscia tratta gli elementi di realtà. Parla, di contro, di una modalità “dividente ed eterogena”¹⁵ a proposito della mente che genera il pensiero scientifico, ove la funzione della mente è principalmente quella di stabilire relazioni tra aspetti della realtà. Guardiamo al sogno. Pensando, però, che la *stesura* del sogno da parte dello psicoanalista, così come il *racconto* del sogno da parte del paziente, avvengono con la mediazione del linguaggio. Un linguaggio espresso narrativamente, quindi entro una modalità dividente ed eterogena. Ecco un primo problema, dal punto di vista clinico. Non dal punto di vista modellistico, teorico. E’ infatti assodato ed accettato che, per parlare della teoria dell’inconscio, si utilizzi il pensiero scientifico, che fonda relazioni e stabilisce legami dividenti tra i vari aspetti della teoria. Così, si accetta di parlare dell’inconscio entro un universo simbolico che non appartiene all’inconscio, un livello epistemologico ove si utilizza un “pensiero su” quanto avviene entro la dinamica inconscia. Si accetta, quindi, di stabilire una relazione tra quanto avviene nel sistema inconscio e quanto noi diciamo “sull’inconscio” a partire dal pensiero dividente ed eterogenico. Ma torniamo alla clinica: alla clinica dell’inconscio. Certo, non è possibile parlare del sogno, quindi interpretarlo ed utilizzare l’interpretazione entro la prassi psicoanalitica, senza l’uso del linguaggio. Ecco un problema paradossale, almeno apparentemente: si può utilizzare il materiale clinico “inconscio”, addomesticandolo entro un linguaggio fatto per stabilire relazioni ed entro una prassi interpretativa, fondata sulla relazione tra paziente e psicoanalista. Questo è possibile se si seguono, comunque, alcune indicazioni tratte dalla teoria sull’inconscio. Un primo accorgimento può essere quello di non trattare il sogno come un “racconto”, vale a dire come una narrazione articolata e dotata di un senso conseguente alla sua inserzione nel tempo e nello spazio. Si può, di contro, guardare al sogno utilizzando le parole dense¹⁶ che lo attraversano. Abbiamo così una sequenza del tipo:

¹⁵ Più volte è stato notato come le due espressioni utilizzate da Matte Blanco per definire il modo d’essere inconscio e quello “cosciente” siano intrinsecamente diverse: nel caso della modalità “dividente ed eterogena” si indica un’azione ed un divenire modulato entro il tempo: c’è un atto di divisione che dà origine a eterogenicità tra elementi della realtà che, successivamente, verranno posti in relazione tra loro. Nel caso della modalità “omogenea e indivisibile”, di contro, si indica uno stato senza divenire; questa modalità, come le sabbie mobili, sembra attrarre ed inghiottire quanto viene a contatto con lei.

¹⁶ Si veda al proposito: Carli, R. & Paniccia, R.M. (2002), *Analisi Emozionale del Testo*, FrancoAngeli, Milano. Per parole dense s’intendono le componenti di un testo (scritto o parlato) a massima polisemia ed a minima ambiguità. Sappiamo che le parole si dividono in due grandi categorie, se viste sotto il profilo psicologico clinico: parole dense (*alta polisemia e bassa ambiguità*) e parole non-dense (*bassa polisemia e alta ambiguità*). Le seconde acquisiscono significato entro il contesto linguistico; quindi evocano una bassa “simbolizzazione emozionale”. Un esempio è dato dalla parola “andare”: vado a casa, vado bene, vado a spasso, vado e non torno più. La parola acquisisce significati simbolicamente differenti, se iscritta entro contesti linguistici diversi. Si tratta di una parola ambigua, che trae senso solo dal contesto linguistico in cui è iscritta; quindi di una parola che, se presa a se stante, denota bassa polisemia: l’evocazione emozionale è strettamente connessa al contesto linguistico. Se invece considero le parole: “vado-via”, quale specifica e unica espressione linguistica, allora l’emozionalità evocata diviene intensa e ampia. Questo, in coerenza con la “densità” dell’espressione “vado-via”, che può essere evocata e vissuta in modo coinvolgente, indipendentemente dal contesto linguistico in cui s’incontra l’espressione. Pensiamo alla parola “bomba”: la dinamica emozionale evocata è, ancora, molto forte e tendenzialmente univoca nel suo senso affettivo (evocante distruzione, scoppio improvviso, desertificazione di un luogo, disastro, morte, un dilaniarsi di cose e persone...e così all’infinito), indipendentemente, ancora una volta, dal contesto linguistico in cui essa è iscritta. Abbiamo denominato queste parole od espressioni polisemiche: parole “dense”. Dense, in riferimento alla simbolizzazione emozionale intensa, tendenzialmente infinita, che sono in grado d’evocare in chi le pronuncia, le sente o le legge in un testo. Ritornando al nostro esempio di valutazione, le parole utilizzate sono tutte parole dense: fiducia, utilità, conoscenza, desiderio. Ognuna di esse evoca associazioni di senso infinite, nella loro polisemia. Se volessimo usare queste parole dense, e le valutazioni ad esse connesse, per capire qualcosa su ciò che i valutatori pensano dello psicologo, dovremmo ricorrere alla nozione di *riduzione della polisemia* che l’incontro di parole dense comporta.

donna – strada – bellissima – indefinita – attrazione sessuale. Ed ancora: vicino – moglie – passare – sguardo perso – non riconoscimento – lontananza.

Si potrebbe pensare alla contrapposizione tra “donna di strada” che attrae e “moglie” che passa, si perde, s’allontana, forse passa a miglior vita. Ancora una contrapposizione tra donna – che - attrae come “vita”; moglie – che – s’allontana come “morte”.

Guardiamo alla parola “indefinita”, che connota la donna attraente: *finis* è il confine, il limite, con il rafforzativo *de*; la negazione di ciò che è definito, di ciò che ha un limite, un confine, comporta l’assenza di una figura precisa, di un viso con un contorno riconoscibile. Ciò rimanda ad una impossibilità di definire, di dare una fisionomia alla donna che attrae. Quindi di poter essere attratti da una donna precisa, dotata di un’identità che consenta un rapporto d’attrazione, o se si vuole un rapporto sessuale. Ma vale anche il reciproco: per il principio di simmetria l’uomo che è attratto da una donna indefinita, è anche la donna indefinita che è attratta dall’uomo che sogna. Se attrazione vale “essere portato verso” dal latino *ad trahere*; l’indefinito impedisce la direzione dell’essere portato: l’indefinitezza fa fallire l’attrazione, la rende impossibile. La donna di strada, d’altro canto, è indefinita e rende impossibile l’attrazione: si pensi all’illusione della relazione con una prostituta, donna che non si può possedere, che non si concede se non entro un ambito prostituito, senza partecipazione, senza reciprocità, senza ricambiare l’attrazione. Nel simmetrico, la donna è attratta dall’uomo, ma in questo caso è l’uomo stesso che non si concede, che non può reciprocare l’attrazione, che non sa vivere la relazione sessuale fondata sulla reciprocità. L’uomo, nelle due condizioni della donna impossibile o di se stesso impossibile, non può vivere una relazione al di fuori della relazione con la moglie, vale a dire al di fuori, “per strada”. Può, di contro, sperare in uno sguardo reciproco della moglie “che passa”, e se ne va in lontananza. Vale a dire di una moglie che è passata a “miglior vita” per quanto concerne la vita sessuale. Può reciprocare lo sguardo di chi non s’avvicina, ma al contempo è già vicina a lui in quanto legata a lui dal vincolo del matrimonio. Guardiamo al termine “senza riconoscermi”: il mancato riconoscimento. *Ri* – conoscere (dal latino *re* – cognosco) vale conoscere una seconda volta, ed implica una meta – conoscenza; se si vuole, una reciprocità, quale esito della conoscenza di secondo ordine entro una relazione. La donna morta, quindi, è morta perché manca della possibilità di riconoscere, quindi di reciprocare le emozioni e gli affetti dell’uomo. Ma, per il principio di simmetria, vale anche l’inverso: è l’uomo che non riconosce la moglie e non la fa vivere sessualmente, emozionalmente.

In sintesi, l’uomo sembra scisso entro le *due figure femminili dell’impotenza*: impotenza verso la donna attraente perché indefinita, verso la moglie perché morta alla relazione affettiva, entro relazioni ove non è possibile la reciprocità. Al contempo comunica che in lui si è risvegliato il desiderio sessuale, sia pur direzionato verso la donna di strada, la donna indefinita e quindi impossibile.

Si può notare che il sogno ha infiniti significati, se per significato intendiamo la traduzione entro un senso comune, comunicabile, del messaggio emozionale onirico. Sta allo psicoterapista utilizzare i significati onirici più utili, per il paziente, alla comprensione della propria dinamica emozionale attuale. Questo apre al terzo punto di questa rassegna.

Le strategie di intervento

Si tratta, infine, di individuare le *strategie di intervento* più adatte alla situazione relazionale. E’ questa una tematica tra le meno trattate entro la formazione e il confronto scientifico nell’ambito della psicologia clinica. Il motivo risiede nel fatto che le modalità di intervento sono “immerse” entro l’emozionalità della relazione. In tal senso irripetibili. Ricordo, ed è un esempio banale, una plenaria di un seminario di gruppo della durata di 9 giorni, condotto da trainer francesi, con l’assistenza di conduttori italiani. Era una plenaria iniziata con un silenzio che si protraeva per lunghi minuti, e l’emozionalità delle persone presenti, una trentina, si faceva sempre più intensa. Uno dei trainer disse, rompendo il silenzio: «On est en train de veiller un mort». Quell’intervento

Interessante notare come Freud abbia trattato un tema analogo nel suo lavoro sul perturbante [Freud S (1919), Il perturbante, *OSF*, 9, 77-118]. Si veda l’analisi condotta, nel lavoro, a proposito della parola *Unheimlich* e del termine “opposto” *Heimlich*: l’ambiguità dei termini fanno sì che il secondo possa coincidere con il primo, pur essendone, appunto, il suo opposto.

ebbe un effetto catartico immediato: molti piangevano, altri iniziarono a parlare del momento emozionale del gruppo, altri esprimevano con il viso e lo sguardo una forte apprensione. Finalmente un partecipante disse che si sentiva vivo grazie al gruppo, e questa frase dette lo spunto per una elaborazione del lutto che la fusionalità, del piccolo gruppo e dei gruppi in plenaria, aveva evocato; una sensazione di precipitare in uno stato di non esistenza. La cosa curiosa si ebbe quando, in altri seminari, qualcuno tentò di ripetere l'intervento durante il silenzio delle plenarie, letteralmente facendosi ridere dietro.

Non si possono ripetere gli "interventi": nei gruppi come nella psicoterapia.

Ciò che si comunica nel lavoro psicologico clinico è, necessariamente, in rapporto con quanto si comprende nella relazione, con quanto si ritiene che possa facilitare un pensiero emozionato entro la relazione stessa. Di qui lo stile personale, la forte correlazione tra ciò che si comunica e la dinamica emozionale entro cui la comunicazione avviene, la capacità di comprensione dell'altro o degli altri, il sentimento che ciò che si dice sarà fruito dall'altro sino al punto da dimenticare che a parlare è stato lo psicologo. Quando si fa un buon intervento, spesso l'altro assimila ciò che si è detto al punto tale che, nella memoria dell'altro, resta la convinzione di aver pensato da soli quelle cose che lo psicologo clinico ha comunicato.

Le strategie d'intervento, d'altro canto, hanno a che vedere con la dinamica della relazione e con la competenza a monitorare quanto, all'interno della relazione, sia avanzata la possibilità di pensare le emozioni sia nella persona che lavora con lo psicologo che nello psicologo stesso.

La funzione del resoconto

Come si resoconta tutto questo?

E perché si resoconta?

Dicevamo più sopra che la psicoterapia non deve dimostrare a nessuno la sua efficacia, se la "dimostrazione" serve a legittimare la sua esistenza. I lunghi anni di pratica psicoterapeutica valgono più di mille verifiche. Ma, soprattutto, la verifica non serve per rendere pubblica l'efficacia della psicoterapia. Così come nessuno va a "vedere" l'efficacia della terapia oncologica o dell'intervento economico che regola inflazione e deflazione. Qui la cosa che conta è l'attendibilità della ricerca e delle teorie che fondano la prassi. Se i risultati non sono così confortanti, ciò non toglie che si prosegua nella ricerca e nella proposta teorica che fonda la prassi. L'attività di verifica, quindi, è importante e utile; ma dovrebbe servire a comprendere, sempre più approfonditamente, quanto avviene nella relazione psicoterapeutica; non condizionare tale attività, per piegarla alle esigenze metodologiche della ricerca stessa.

Un altro elemento concerne l'obiettivo del resoconto. Ci sono resoconti che servono per approfondire la teoria dell'intervento. Ma ci sono resoconti che servono anche per analizzare ed approfondire il singolo caso, per dare senso ai singoli interventi. Questo è un rilievo importante per cogliere la differenza tra i differenti resoconti. Quindi: *resoconti volti a provare una teoria attraverso l'esperienza*, ma anche *resoconti che utilizzano le teorie per esplicitare un'esperienza, mano a mano che essa si dipana*. Resoconti che servono a se stessi, all'altro o alla comunità scientifica, come ebbero modo di dire qualche tempo fa (Carli, 2007). L'importante è che il resoconto vada oltre l'esperienza emozionale della relazione psicologico clinica, per dare senso all'esperienza stessa. Il resoconto, in altri termini, differenzia l'esperienza relazionale comune da quella che caratterizza l'intervento psicologico. Senza resoconto, le relazioni assumono una connotazione "vissuta", ove ciò che accade ed è agito nella relazione ha un fine in sé, si esaurisce entro l'esperienza. In questo senso ciò che viene chiamato "esperienziale" non ha valenza psicologico clinica; l'esperienza, senza un pensiero sull'esperienza, non porta ad una comprensione delle dinamiche esperienziali, appunto.

In questo senso, il resoconto non corrisponde pienamente a quello che siamo abituati a considerare come uno scritto che descriva e parli di un'esperienza clinica. Non corrisponde, cioè, a quella dimensione che, in inglese, traduciamo come *report*. Il resoconto, nell'accezione che sto proponendo, si inverte nel pensare le emozioni e nel comunicare questo pensiero entro la relazione; poi nel sintetizzare quanto avviene in tale processo. Resocontare è, quindi, al polo opposto dell'applicare tecniche. Non si può resocontare la "prescrizione del sintomo", in quanto la tecnica è in sé resocontata: basta indicare la tecnica che si utilizza, e tutto è chiaro. L'applicazione

di tecniche è, in tal senso, rassicurante: serve soltanto scegliere il momento giusto e seguire le corrette indicazioni tecniche, appunto. Il resocontare, di contro, implica una teoria della tecnica che non è mai ripetitiva, che comporta un processo di pensiero sulla relazione che si sta vivendo, quindi l'incertezza dell'ignoto che si può capire come anche non capire. L'applicazione delle tecniche è rapida e rassicurante, perché crea la realtà della relazione e la rende prevedibile; la resocontazione comporta l'attesa, l'avventurarsi entro dimensioni ignote, volte a capire quanto avviene entro una relazione non prevedibile.

Resocontare, quindi, significa far esistere la relazione, da un punto di vista psicologico clinico. Significa far esistere l'altro, implicarlo nel processo dell'intervento psicologico, aiutarlo a pensare le proprie emozioni e quindi a resocontare egli stesso. Nel resoconto si persegue una prospettiva di sviluppo dell'altro, e al contempo una politica di valorizzazione dell'altro. La resocontazione prelude ad un affrancamento dell'altro dalla dipendenza nei confronti dello psicologo. Resocontare vuol dire mettere in discussione la dinamica del potere "dell'uno sull'altro" che la simbolizzazione relazionale dello psicologo, "clinico" o "terapista", può comportare. Resocontare è sinonimo di "pensare entro le relazioni". Ad iniziare dal pensiero che segue alla domanda cardine della prassi psicologico clinica: "che sta succedendo in questo momento, in questa relazione?". Domanda che ciascuno psicologo clinico è invitato a porsi, sistematicamente, nella sua attività. Domandarsi "che sta succedendo?" significa attivare un pensiero sulle emozioni vissute. Entro la storia della relazione. Il primo resoconto è quindi un'ipotesi di senso concernente le emozioni che la relazione consente di sperimentare all'altro e a se stessi. Quando questa ipotesi di senso viene comunicata, si ha il resoconto per l'altro, che prende la forma di interpretazione, di intervento volto ad attivare, nell'altro, un pensiero produttivo di ipotesi. Al proprio resoconto segue, quindi, il resoconto dell'altro. Le forme del resoconto, entro la relazione psicologico clinica, possono essere le più diverse: dagli appunti all'interpretazione, dalla ricostruzione di una storia relazionale ad un documento di sintesi utilizzabile quale memoria del lavoro svolto. Può anche assumere la forma del rapporto rivolto alla comunità scientifica, ad esempio con il fine di descrivere il nuovo sviluppo di una teoria, la descrizione di un intervento entro uno specifico contesto, la nuova proposta di un approccio clinico a specifici problemi.

Di qui la rilevanza del resoconto nella formazione dello psicologo clinico. Il resoconto, nell'ambito formativo, assume la valenza di competenza a vedere i propri limiti, a non dare mai nulla per scontato entro le dinamiche simboliche che caratterizzano le relazioni, sia quelle di apprendimento che quelle professionali. Questo è il motivo per cui nel nuovo programma del Corso di Laurea "Intervento", quello che sta iniziando nell'Anno Accademico 2008-2009, sono stati inseriti nel piano di studi un Corso di "Teorie e Tecniche del resoconto in psicologia clinica" ed un "Laboratorio sul resoconto".

Resocontare significa interrogarsi in ogni momento del proprio operato professionale. Cercare categorie e modelli che diano senso ad eventi e ad esperienze che potrebbero risolversi nella sola implicazione emozionale entro la relazione. Questo è il motivo per cui abbiamo introdotto il resoconto nella formazione psicologica: resoconto della propria esperienza formativa, quindi acquisizione di una competenza a pensare la formazione, uscendo dalla passività o dalla reattività, dall'accettazione acritica di nozioni e modelli. Resocontare consente di confrontare l'esperienza formativa con le proprie attese, il proprio sviluppo professionalizzante, la fruibilità pragmatica del proprio percorso di acquisizione di competenza.

Il resoconto storicizza gli eventi psicologico clinici. Li iscrive entro specifici contesti. Senza una lettura del contesto non è possibile resocontare. Un tempo proposi lo slogan "conoscere per intervenire", quale definizione dell'intervento psicologico clinico. Ove la conoscenza del contesto era condizione necessaria per poter comprendere e ridefinire i problemi che le persone portano allo psicologo. Senza una conoscenza specifica dei modelli culturali che caratterizzano un contesto, è problematico intervenire nell'ambito di quel contesto. Non è possibile intervenire psicologicamente entro la scuola, la sanità, l'azienda, il terzo settore, le forze armate o le strutture religiose senza una profonda analisi dei modelli culturali o delle Culture Locali che reggono le relazioni entro queste strutture.

Per C.L. s'intende la simbolizzazione emozionale collusiva di specifici "oggetti" della realtà, da parte delle persone che condividono uno specifico contesto; facciamo un esempio: la rappresentazione della professione psicologica e della sua funzione entro la popolazione della regione Toscana; ma anche la rappresentazione del CSM e delle sue funzioni nella popolazione

professionale che lavora entro i Centri di Salute Mentale; l'immagine della Facoltà di psicologia di Roma Sapienza entro la popolazione di San Lorenzo, il quartiere romano ove la Facoltà è inserita¹⁷. La rilevazione della Cultura Locale è possibile e utile in molte altre situazioni, là dove può dare informazioni e linee direttrici per un intervento psicologico clinico. Nella nozione di C.L. si intersecano la teoria concernente la *simbolizzazione emozionale* di specifici oggetti e quella di *contesto*; costrutti atti a definire sia gli oggetti che si intendono studiare come la loro simbolizzazione collusiva.

Nell'esempio della domanda di psicologia in Toscana¹⁸, come s'è detto, la dinamica collusiva analizzata ha quale oggetto la psicologia e la professione psicologica, così come vengono simbolizzate entro la popolazione toscana. Si tratta di studiare la domanda e le aspettative della popolazione toscana nei confronti degli psicologi e della loro professione. Si tratta, anche, di iscrivere gli elementi che caratterizzano la domanda, rivolta alla psicologia, entro dimensioni che diano senso alla domanda stessa e che ne motivino le eventuali diversità. Pensiamo alla popolazione che partecipa alla ricerca, e alle variabili illustrative che la caratterizzano: gruppi di età, sesso, provincia di appartenenza, aree lavorative. Pensiamo, anche, all'emergere di differenti atteggiamenti nei confronti della psicologia: ad esempio l'*accettazione* o il *rifiuto* di questa professione, per restare entro una dimensione radicalizzata dell'atteggiamento stesso. Ebbene, considerando le sole variabili illustrative, potremmo rilevare (è solo un esempio) che le donne giovani, casalinghe, residenti a Prato e a Lucca, accettano la professione psicologica; mentre gli uomini anziani, pensionati, residenti a Siena, rifiutano gli psicologi e la loro presenza professionale. Quali informazioni potremmo trarre da questa rilevazione? Poco, molto poco. Infatti, non avremmo alcun elemento esplicativo del fenomeno rilevato: non potremmo formulare alcuna ipotesi sulle ragioni dell'accettazione o del rifiuto da parte di specifiche componenti della popolazione toscana. Questo, per un motivo semplice quanto evidente: nelle teorie che fondano gli studi sulla professione psicologica, non esiste alcuna ipotesi circa la relazione tra accettazione -rifiuto della professione e le variabili illustrative che abbiamo ora descritto. Non ci sono ipotesi sul rapporto tra accettazione - rifiuto degli psicologi e l'essere uomini o donne, l'appartenere ad uno specifico gruppo di età, o il risiedere a Lucca piuttosto che a Siena. Certamente potremmo, una volta rilevati i dati, ipotizzare un rapporto tra l'accettazione da parte delle donne giovani e il rifiuto manifestato dagli uomini anziani; ma sarebbero *ipotesi fondate più sullo stereotipo presente nel ricercatore che su una lettura di informazioni derivanti dai dati*¹⁹. Purtroppo vengono pubblicate ricerche, sul medesimo argomento, che comportano una lettura pregiudiziale dei risultati, entro una interpretazione *post hoc* di dati cercati senza modelli di riferimento e senza una teoria su cui fondare la rilevazione.

Per la rilevazione della C.L. serve una maggiore complessificazione dello studio sugli atteggiamenti e sulle culture che ne traggono origine. Le opinioni, le valutazioni degli oggetti, la loro simbolizzazione emozionale sono dimensioni che non si riferiscono mai ad un solo aspetto della realtà; e non sono mai caratteristiche di una singola persona.

Molteplicità degli oggetti e molteplicità delle persone: ecco gli elementi qualificanti che organizzano una C.L..

Il resoconto è, quindi, una forma di ricerca in psicologia. Richiede modelli della ricerca, atti a fondare l'intervento ed a dare senso alle relazioni entro l'intervento. Senza una teoria delle relazioni e della loro storicizzazione contestuale, è difficile ricondurre alle connotazioni solamente individuali quanto succede entro le relazioni, quelle terapeutiche come quelle di intervento organizzativo.

¹⁷ Carli, R. & Pagano, P. (eds), 2008, *San Lorenzo. La cultura del quartiere e i rapporti con psicologia*, Kappa, Roma.

¹⁸ Carli, R., Paniccchia, R.M., Bucci, F. & Dolcetti, F. (2008), *La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana*, Rapporto di ricerca dello Studio di Psicosociologia per l'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana, Roma.

¹⁹ Sottolineiamo con forza questo rilievo. In molte ricerche si cercano "dati", senza ipotesi circa i modelli che fondano lo strumento di rilevazione ed il loro senso. Si "spiegano" poi i dati stessi sulla base del senso comune, o degli stereotipi presenti nella cultura del ricercatore. Queste ricerche sono spesso inutili, talvolta pericolose per la loro pretesa di "dimostrare" sperimentalmente i pregiudizi dello sperimentatore. Abbiamo fatto cenno a una di queste ricerche in un paragrafo precedente di questo contributo.

Resocontare, quindi, significa anche relativizzare i processi di comprensione delle relazioni. Ecco l'importanza della visione stereoscopica del resoconto psicologico: dai modelli più basilari, la polisemia, il sistema inconscio, le simbolizzazioni primitive del mondo in relazione allo schema amico/nemico ed in rapporto al proprio corpo (dentro/fuori; alto/basso; davanti/dietro), su su, sino alle dimensioni storiche e contestuali della cultura entro cui si interviene. Senza resoconto le teorie non si integrano con la prassi; senza teorie, d'altro canto, non è possibile resocontare.

Un esempio? Si afferma da più parti che i contesti ove predomina una cultura "di destra" tendono a veder privilegiata una componente di questa cultura, vale a dire la connotazione individuale dei disturbi mentali con annesse diagnosi e terapia; nei contesti ove prevale una cultura "di sinistra", si affermano i modelli culturalisti, fondati sulla relazione tra individuo e contesto. Questo rilievo può aiutare a comprendere i termini della contrapposizione tra diagnosi e resoconto. Questo è possibile, d'altro canto, solo se si adotta un'ottica culturalista. Se, di contro, si persegue una visione scienziata, allora il dibattito si sposterà sull'affidabilità e sul rigore scientifico dei dati raccolti a dimostrazione dell'efficacia dell'intervento; la ricerca della "scientificità" abbasserà l'orizzonte critico del ricercatore, gli renderà impossibile cogliere il senso culturale e politico della sua "preoccupazione".

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (4th ed). (trad. It. DSM-IV, Masson, Milano, 1999).
- Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206
Consultato il 30 settembre 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Carli.htm
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Pagano P. (eds) (2008). *San Lorenzo. La cultura del quartiere e i rapporti con psicologia*, Roma: Kappa.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Bucci, F., & Dolcetti, F. (2008). *La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana*. Rapporto di ricerca dello Studio di Psicosociologia per l'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana. Firenze: Ordine degli Psicologi della Toscana.
- Freud, S. (1919), *Das Unheimliche* SE XVII, 219-252. [Trad. it: Il perturbante, OSF, 9, 77-118].
- Grasso, M., & Stampa, P. (2008). ... Siamo proprio sicuri di "non essere più in Kansas"? Metodi quantitativi e epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 127-150. Consultato il 30 settembre 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Krech, D., Crutchfield, R.S. & Ballachey, E.L. (1962). *Individual in Society – A textbook of Social Psychology*, NewYork: McGraw – Hill. [Trad. it. (1972) Individuo e Società. Firenze: Giunti Barbera].
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M. & Johnson, S. L. (2007). *Abnormal Psychology*, NewYork: John Wiley & Sons Inc., Tenth Edition; [trad. it. (2008), *Psicologia Clinica*, Bologna: Zanichelli].
- Miglioretti, M., & Romano, D. (2008). *La domanda di psicologia in Italia*. In Ponzio G. (ed), *La psicologia e il mercato del lavoro: una professione destinata al precariato?* Ordine degli psicologi del Lazio. Milano: FrancoAngeli.
- Rossi Monti, M. (2008). Diagnosi: una brutta parola?, *Rivista di Psicoanalisi*, 56, 3, 795-803.
- Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato il 30 settembre 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Westen, D., Shedler, J. & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la Swap-200*. (CD-ROM allegato). Milano: Cortina.