

Rapporti tra ricerca e psicologia clinica: una proposta di lettura

di R. Carli

UNA PREMESSA NECESSARIA

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

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

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

Ma veniamo alla riflessione che fonda le ipotesi di ricerca.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[La riduzione del deficit è caratterizzata dalle seguenti connotazioni:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UN ESEMPIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDIVIDUO E RELAZIONE: PRECISAZIONI E PROPOSTE

Stiamo parlando di due sistemi di relazione diversi:

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

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

- a – l'individuo “sarebbe in grado” di perseguire la felicità, di realizzare le sue aspettative e i suoi desideri, *sapendo ciò che vuole*, se non dovesse confrontarsi con i limiti che il sistema sociale gli pone: limiti costrittivi, che vincolano e frenano la realizzazione personale;
- b – l'individuo avrebbe “la necessità” di un rapporto sociale, e sarebbe disposto a subire i limiti e la sofferenza che la relazione comporta, pur di soddisfare questo suo bisogno “primario”, ancora una volta *sapendo ciò che vuole*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

