

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

Premessa

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

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

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

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

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

¹ Cfr. Sitografia finale.

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

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

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

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

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

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

Il vertice dell'azione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il vertice della verifica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sitografia

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

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