

Politica della psicologia clinica e/o psicologia clinica della politica

di Franco Di Maria*, Giorgio Falgares**

Premessa

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

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

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

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

Quali strumenti per la psicologia clinica?

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

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

* Prof. Ordinario di psicologia dinamica – università di Palermo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minacce alla convivenza e psicologia clinica

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

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