

EDITORIALE

di Renzo Carli*

Tecnicalità economica

Il 24 gennaio del 2008 il governo italiano del Primo Ministro Prodi cade per aver perso il voto sulla fiducia, richiesto in Senato.

Il governo Prodi, nell'arco dei 20 mesi di governo del Paese, ha collezionato molte antipatie. Questo è successo nonostante i risultati economici lusinghieri, lodati dalla Commissione Europea. Forse, proprio per l'impostazione strettamente "economistica" data alla sua azione di governo.

Sembra che il governare "da economisti", caratterizzante il governo Prodi, abbia implicato una sottovalutazione o spesso il completo ignoramento delle valenze simbolico emozionali associate, dai cittadini, agli atti di governo ed alla loro comunicazione. Un esempio: in un manifesto affisso in tutta Italia durante le prime settimane di governo, un partito appartenente alla compagine governativa dichiarava: "Anche i ricchi devono piangere". Forse era meglio dire che anche i poveri, con il governo in corso, avrebbero potuto sorridere. Quel messaggio appariva inutilmente e indiscriminatamente minaccioso. Chi sono i ricchi che devono piangere? Molti si sono chiesti, pur "di sinistra", se quel messaggio non fosse rivolto anche a loro, visto che il tenore di vita in Italia è notevolmente cresciuto dal dopoguerra in poi. La dizione "i ricchi" è vecchia, superata e simbolicamente ambigua. La soluzione dell'ambiguità non è univoca, e il messaggio veicola sospetto e paura. Una vera e propria azione masochista, per chi ha pensato di diffondere quel messaggio. Peggio, qualche mese dopo, è riuscito a fare il Ministro dell'Economia e Finanze Padoa Schioppa chiamando "bamboccioni" i giovani che vivono, sino ad un'età avanzata, nella casa dei genitori. Ecco un economista senza cultura simbolica, ma anche senza cultura politica, *tout court*. Un'espressione che può concernere il 10%, forse il 15% dei "giovani" che vivono con i genitori sino a tarda età per propria scelta. Il Ministro sembra ignorare, colpevolmente, la situazione di precarietà "giovanile"¹: una situazione dove il permanere nella casa dei genitori non è una scelta, per chi è costretto in una situazione lavorativa ed economica senza speranza di sviluppo, senza valorizzazione della competenza, entro lavori ripetitivi, sostitutivi di qualcun altro, senza sicurezza per il futuro. Una sciocchezza del Ministro, dunque, che indica però un fenomeno ben più grave e "profondo": l'idea che la gestione economica di un paese possa essere giustificata "solamente" in termini economicistici; con la speranza che tutti "capiscano" il senso del sacrificio che si chiede loro, sulla base di obiettivi quali i conti "a posto", in una valutazione unicamente economicistica degli eventi e degli atti di governo. Manca qualsiasi attenzione ad una motivazione emozionale rivolta a chi "subisce" l'azione economica. L'economista che governa *in modo autoriferito* sviluppa un'azione di governo "economicistica", e spera che i governati partecipino, chissà per quale motivo, alla sua stessa dinamica emozionale associata al "mettere i conti a posto": senza spiegare, motivare, dare obiettivi che facciano leva su dinamiche emozionali diverse da quelle proprie dell'economia. Se, all'interno di questo atteggiamento autoriferito, si fanno poi errori di valutazione emozionale come quello commesso da Padoa Schioppa, non c'è da stupirsi che l'immagine del governo viri decisamente verso il rifiuto, l'antipatia; un rifiuto che non viene solo da parte dell'opposizione, ma anche da chi ha votato a sinistra ed ha reso possibile il governo stesso. Un rifiuto che riflette il vuoto simbolico emozionale di una situazione politica dove, tutti, si fatica a individuare ideali, speranze, progetti nei quali identificarsi, valori da perseguire e difendere.

* Professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma, presidente del corso di laurea "intervento clinico per la persona, il gruppo e le istituzioni", membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

¹ Il precariato è falsamente definito quale fenomeno giovanile. Ormai da molti anni sono diffusi, nel paese, contratti di lavoro provvisorio che creano "flessibilità" (definizione economica del fenomeno, utilizzata dall'impresa), o "precariato" (nel vissuto di chi trova lavoro solo con questa tipologia di contratto). Questo precariato concerne persone che erano giovani all'inizio della loro esperienza precaria, ma che ormai si trovano, sempre nelle stesse condizioni precarie, nel pieno della "mezza età".

Una situazione analoga, di vuoto o di misconoscimento del senso simbolico di quanto si vive e si fa, nel proprio lavoro e nella teorizzazione del proprio lavoro, sta avvenendo entro la psicologia clinica.

Mala tempora currunt.

Correnti di pensiero sempre più diffuse fanno riferimento alla diagnosi ed alla rilevazione “oggettiva” dei disturbi di personalità quali prassi centrali, che dovrebbero precedere ed accompagnare ogni attività di tipo psicoterapeutico. In alternativa al resocontare, visto quale dimensione poco precisa e poco valida “scientificamente”, un indulgere ai raccontini ottocenteschi. C’è la tendenza a confondere i sintomi con i problemi che le persone o le organizzazioni portano allo psicologo clinico. I *sintomi*, che caratterizzano il paziente, si diagnosticano con criteri che fanno riferimento, sostanzialmente, al DSM IV. I *problemi*, di contro, li comunica la persona o l’organizzazione, entro la relazione con lo psicologo clinico o con lo psicoterapista. Confondere sintomi e problemi, confondere diagnosi da un lato, vissuto entro una relazione dall’altro, è una cosa grave; si tratta, d’altro canto, di una prassi difesa sempre più a gran voce da parte di chi pretende di ridurre la pratica psicologico clinica al binomio diagnosi-terapia², propria della classica azione medica. Si sentono o si leggono sempre più spesso affermazioni del tipo: se un *paziente* presenta un *disturbo* depressivo maggiore, un *disturbo* ossessivo-compulsivo ed ipocondria, il clinico può dare priorità al trattamento farmacologico della depressione. Se, dopo il trattamento farmacologico, persiste il *disturbo* ossessivo-compulsivo e quello ipocondriaco, si dovrebbe diagnosticare quale *problema* è iniziato prima. Allo psicologo clinico spetta la decisione di trattare un disturbo prima di un altro, tenendo in considerazione e sapendo interpretare il giudizio di urgenza dato dal paziente nel voler affrontare un certo *problema*; il clinico deve infine saper indirizzare il paziente verso l’approccio terapeutico più idoneo³. Gli autori, che sostengono in altra sede la necessità di fondare una *Clinica Psicologica* al posto della Psicologia Clinica, sembrano orientare la loro visione “clinica” al paziente, ai suoi disturbi, alla sua sintomatologia, secondo una *vision* che tende a confondere psichiatria e psicologia clinica, nell’ipotesi di percorrere le strade della diagnosi basata sull’evidenza, le strade dell’oggettività empirica, con l’obiettivo di perseguire una auspicata confrontabilità dei “dati”.

Strade analoghe sono percorse da altri colleghi, nell’ambito della tematica concernente la verifica in psicoterapia.

Si tratta di tentativi legittimi ed interessanti, evidentemente. Sembra peraltro che non si tenga conto di quanto si perde seguendo queste strade. Perdita, a mio avviso, di grande rilievo. Negli approcci ora delineati, si perde completamente il senso della relazione; coerentemente a questo, si perde ogni possibile lettura simbolico emozionale della relazione. Tutto questo sembra sostituito da un’altra dimensione simbolica, peraltro agita e non pensata: la simbolizzazione di chi pretende di definire la “malattia” del paziente, di individuare la cura appropriata per quel disturbo – malattia, di valutare l’efficienza dell’intervento e di dimostrarne la validità alla comunità scientifica. Ebbi a proporre recentemente, ad alcuni colleghi interessati alla verifica in psicoterapia, un interrogativo che rimase, in quell’occasione, senza risposta: *quali sono le ragioni che hanno fatto della psicoterapia un’attività seguita e ricercata da moltissime persone, in gran parte del mondo, sia pur in assenza di una ricerca valida e definitivamente capace di dimostrare l’efficacia della psicoterapia, nei suoi esiti o nel suo processo?*

Credo che la Psicologia Clinica possa assumere due atteggiamenti molto diversi nei confronti di questo interrogativo. Da una parte c’è chi cerca di operativizzare la prassi psicologico clinica, al fine di farne un’azione diagnostica e terapeutica con suoi standard e suoi protocolli, con la legittima pretesa di rientrare entro l’alveo della medicina occidentale, organizzata entro l’epistemologia deduttiva ed induttiva. Ignorando completamente, d’altro canto, la logica abduittiva: quel paradigma

² Manca la prognosi, ovviamente. Ma come è possibile formulare una prognosi, senza una diagnosi eziopatogenetica? Come è possibile enunciare una prognosi sulla base della sola individuazione del quadro sintomatologico?

³ Sintesi tratta da: Rafanelli, C. & Fava, G.A. (2006), La valutazione dei fenomeni clinici tra qualità, quantità e giudizio clinimetrico, *Rivista di Psichiatria*, 41, 137-149.

indiziario che pur ebbe quali suoi fondatori e sostenitori, come ricorda Carlo Ginzburg, *medici* quali Arthur Conan Doyle (il padre di Sherlock Holmes), Giovanni Morelli (il fondatore dell'attribuzionismo in ambito pittorico) e Sigmund Freud. Dall'altra parte, c'è chi si chiede quale sia la "forza" dell'intervento psicologico clinico e della psicoterapia, quale la verifica che ne ha reso possibile lo sviluppo anche senza il contributo dell'approccio empirista. Forse, chi pratica la psicoterapia organizza una sua verifica⁴ all'interno della prassi stessa, nell'ambito della relazione e del processo simbolico che la caratterizza. Se quello è l'ambito di ricerca della verifica, allora le oggettivazioni del disturbo, la pretesa di sostituire il disturbo "oggettivo" al problema quale fenomeno eminentemente relazionale, sono dimensioni che possono allontanare dalla strada più proficua.

In questo ambito sembra interessante guardare alla differenza tra "resoconto" e "scale o test di valutazione" nella comprensione psicologico clinica.

Ma anche, ed è la stessa cosa, è importante considerare la differenza tra "diagnosi" e "relazione", entro la psicoterapia e l'intervento psicologico clinico.

La diagnosi

L'atto diagnostico si pone entro l'area della valutazione dell'"altro" e dei suoi disturbi, della sua patologia. Comporta, quindi, una relazione specifica: quella in cui una persona (il diagnosta) struttura una relazione volta, esplicitamente, a definire i disturbi dell'altro; di un altro che viene considerato, irreversibilmente, quale oggetto della valutazione diagnostica. Si può guardare a questa relazione sotto diversi punti di vista; ad esempio nell'ambito del "potere" sociale, si tratta di una relazione che configura un rapporto di *dipendenza* istituita, tra chi viene diagnosticato e chi opera la prassi diagnostica. Quello stesso potere sociale che definisce culturalmente la relazione tra "paziente" e "medico". Una dipendenza che non può essere, evidentemente, esplorata perché *agita* entro la prassi diagnostica stessa. Nella relazione si propone una forte asimmetria di potere tra chi "sa" ed ha le categorie per la diagnosi, e chi "non sa" e non può che accettare quanto gli verrà proposto o quanto verrà organizzato nella diagnosi dall'esperto, anche senza alcuna comunicazione diretta ed esplicita nei suoi confronti.

La diagnosi concerne l'altro, non la relazione. Questo deve essere ben sottolineato, se non si vuol incorrere in inutili menzogne. E le caratteristiche che si rilevano nell'altro, vengono evidenziate senza alcun riferimento alla relazione: sono stigmati che concernono, appunto, l'altro.

Un esempio?

"Per un clinico orientato psicodinamicamente, per esempio, rilevare la presenza di un cospicuo numero di caratteristiche narcisistiche può essere motivo sufficiente per ipotizzare che la persona in questione tenda a ricorrere ai meccanismi di difesa dell'idealizzazione, della svalutazione, dell'onnipotenza, della scissione, della proiezione e dell'identificazione proiettiva, abbia una struttura di personalità di tipo borderline e possa rispondere in modo soddisfacente a una psicoterapia psicoanalitica a orientamento espressivo o a una psicoanalisi vera e propria (vedi, ad esempio, Kernberg, 1984)." (Gazzillo, F. & Maggioni, D., 2003).

Qui "rilevare" fa ben vedere la pretesa "oggettività" di una rilevazione (appunto) che, se vissuta entro la relazione, necessariamente comporta un coinvolgimento di entrambi i protagonisti della relazione stessa. Considerazioni analoghe si potrebbero fare a proposito dell'affermazione "rispondere in modo soddisfacente a una psicoterapia psicoanalitica", ove la decisione del paziente scompare entro una prescrizione dettata dal rilievo empirico.

Vediamo ancora, dallo stesso articolo:

"L'attribuzione di una diagnosi può inoltre servire a placare l'angoscia che si prova di fronte a una persona di cui non si sa nulla e che si presenta in cerca di aiuto. Ma se da una parte sapere che quella persona presenta un certo tipo di "disturbo" con un nome e delle caratteristiche riconosciute

⁴ Ho proposto, in incontri con colleghi psicoterapisti, un "criterio" di verifica del lavoro psicoterapeutico: il fatto che il paziente ritorni dallo psicoterapista, seduta dopo seduta. Questa affermazione può sembrare ingenua o fuorviante, ad alcuni. Credo ci si debba pensare. Forse non abbiamo ancora individuato i motivi simbolici di questo "ritorno del paziente", seduta dopo seduta; d'altro canto l'evento, se visto al di fuori di obblighi o di adempimenti, ha una sua forza stupefacente, che merita una comprensione.

da una comunità di professionisti può essere un modo per assicurarsi rispetto alle proprie competenze, dall'altra può restringere l'apertura mentale necessaria a comprendere il senso delle diverse caratteristiche psicologiche di una persona, inevitabilmente unica, complessa e irriducibile." (Gazzillo, F. & Maggioni, D., op. cit.).

Consideriamo il fine dell'"essere assicurati sulle proprie competenze", che la diagnosi può facilitare. E', evidentemente, una finalità sulla quale il diagnosta potrebbe interrogarsi, guardando alla propria autostima, alla propria identità professionale ed al senso di una prassi di chiara mimesi medica, messa in atto per scopi di assicurazione personale e di recupero di un'immagine professionale credibile. Ma l'alternativa, per i nostri autori, è ancora la diagnosi: "comprendere il senso delle diverse caratteristiche psicologiche di una persona... ". Nessun accenno, anche minimo, alla relazione.

E' all'interno di questa concezione diagnostica che viene poi proposto l'uso della SWAP-200 di Westen D., Shedler J. & Lingardi V. (2003). Uno strumento interessante, che consente di diagnosticare i disturbi di personalità dell'"altro", attraverso la valutazione di 200 item con un punteggio di rilevanza, specifico per il paziente che si intende diagnosticare. Per l'applicazione della SWAP-200 bastano, si è soliti affermare, anche pochi colloqui con la persona che si intende diagnosticare e della quale "non si sa nulla", per dirla con Gazzillo e Maggioni. Questi ultimi, nel loro lavoro, presentano quale esempio gli item che servono per descrivere l'*identificazione proiettiva*:

"116: Tende a vedere i suoi sentimenti e impulsi inaccettabili negli *altri*⁵ e non in se stesso/a"

"76: Si comporta in modo da suscitare negli *altri*⁶ sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es., quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a, agisce in un modo che induce ansia negli altri)"

"154: Tende a suscitare negli *altri*⁷ reazioni estreme e sentimenti forti"

Verrebbe da chiedersi: chi sono gli "altri", sistematicamente evocati negli item in questione? Non si tratta, forse, dello psicologo o dello psichiatra che ha condotto qualche colloquio con chi deve essere diagnosticato, al fine di compilare la SWAP-200? O si tratta di dichiarazioni del "paziente"? Per quale motivo il punteggio concerne tendenze o comportamenti descritti quali caratteristiche *stabili* della persona diagnosticata? Inoltre: si riesce a cogliere quali possono essere le dinamiche relazionali evocate dalle dinamiche simbolico emozionali ricordate negli item? Si pensa, forse, che l'identificazione proiettiva sia un evento che concerne "l'altro" diagnosticato? L'altro che si caratterizza, ad esempio, con la sua tendenza a "vedere i propri sentimenti negli altri"? Con la tendenza dell'interlocutore diagnosticato a "suscitare sentimenti simili ai suoi, negli altri", a "evocare reazioni estreme e sentimenti forti negli altri"? Cosa significa provare tutto questo *nella relazione* con la persona che, poi, si vorrebbe diagnosticare? Cosa significa provare tutto questo *entro la relazione* con la persona che si accetta di avere in terapia?

Forse chi vive l'esperienza della relazione, e si prova a resocontarla, capirà la differenza tra la propria esperienza con il paziente ed il fare tre o più colloqui con la stessa persona, per poi essere in grado di dare un punteggio agli item della SWAP-200. Quanto voglio dire è che la diagnosi non è un "atto neutrale" senza significato emozionale, simbolico. *Agire la diagnosi significa accettare che specifiche dimensioni simboliche vengano agite entro la relazione terapeutica o diagnostica.* Se c'è un costo nel non formulare una diagnosi categoriale e dimensionale della personalità del paziente, c'è un costo anche nel perseguire la diagnosi stessa. Tornando all'identificazione proiettiva, stiamo parlando di emozioni che si dispiegano *entro una relazione*; non esiste l'identificazione proiettiva quale connotazione descrittiva dell'"altro"; esiste l'identificazione proiettiva quale caratteristica delle relazioni, *in primis* della relazione tra psicologo clinico e persona che si rivolge a lui con un problema. Diagnosticare sembra, in questo caso, costringere entro le strettoie della caratteristica propria di una specifica persona, quanto la stessa persona può vivere entro le simbolizzazioni emozionali che ne connotano le relazioni; relazioni definite dagli interlocutori e dal contesto. La diagnosi, quindi, tende a decontestualizzare specifiche dimensioni

⁵ Il corsivo è mio.

⁶ Il corsivo è mio.

⁷ Il corsivo è mio.

psicologiche, per considerarle quali connotazioni stabili di personalità, caratterizzanti un individuo decontestualizzato.

Si comprende che questo bisogno di diagnosticare sia presente nelle impostazioni cognitiviste della psicoterapia. Lo si capisce molto meno per chi dice di seguire teorie e tecniche psicodinamiche sia nella ricerca che nella prassi psicologico clinica.

Uno sguardo più ampio

Questo editoriale, in sintesi, vuole segnalare un orientamento culturale, dalla politica alla psicoterapia, che è sempre meno attento alla dimensione simbolica delle relazioni e che sembra voler sostituire l'atteggiamento empirico a quello della lettura simbolico emozionale degli eventi. I motivi sembrano diversi, e di difficile individuazione. Ma qualche ipotesi la si può fare. All'inizio parlavamo della differenza tra sintomi e problemi. Credo che per "vedere" i problemi non bastino manuali e scale categoriali. Serve un riferimento storico e culturale, entro il quale contestualizzare il problema stesso. Amartya Sen, nel suo saggio "*L'altra India*" (2005), affronta il grave problema dell'equità nel suo paese di origine; paese che è anche l'oggetto di molti dei suoi studi d'economista. Dice che l'appartenenza a *classi* sociali svantaggiate è un problema evidente di equità. Dice anche che altri fattori di mancata equità sono riferibili al sesso, sottolineando la disegualianza delle donne in India, all'appartenenza a *caste* di basso livello, a *comunità* marginali o fortemente minoritarie. Il premio Nobel sottolinea come queste dimensioni non si possono studiare, e "trattare" con interventi economici, separatamente. Sottolinea con forza come l'interazione dei fattori di disegualianza sia più rilevante dei singoli fattori, considerati uno ad uno. Il problema, quindi, non è la diagnosi economica delle differenti situazioni, ma la loro connessione entro contesti che vanno capiti, per poter intervenire al fine di promuovere l'equità. Ma "promuovere l'equità" è un valore, storicamente definito e culturalmente orientato. Mentre la correzione dei singoli "deficit" può provocare danni; può, come dice Sen, vedere situazioni complesse soccombere sotto il "fuoco amico".

Credo che lo svuotamento progressivo di possibili *mission* per la Psicologia Clinica, in Italia soprattutto ma anche in altri paesi europei, possa motivare la prassi di correzione del deficit, trascurando così l'obiettivo volto alla promozione di sviluppo. Un po' come sta succedendo al mondo politico.

Si tratta, d'altro canto, di una crisi culturale che sta investendo l'intera Europa. A lungo si sta parlando di "crisi" della cultura e della creatività in Francia; una sdifferenziazione nei valori e nei progetti sembra il risultato dello sviluppo economico in molti paesi europei, quando tale sviluppo non è sostenuto da *vision* connotate culturalmente e definite da specifici sistemi di valori. In queste situazioni, un preteso o reale "tecnicismo empirista" può funzionare da rassicurazione di fronte al vuoto ed alla crisi di identità. E può conferire false certezze.

Bibliografia

Gazzillo F., Maggioni D. (2003), *La SWAP-200: un ponte tra ricerca e clinica, diagnosi e formulazione del caso*. Retrieved from: <http://www.psychomedia.it/asp/setting/articoli/gazzillo-maggioni-16.htm>

Ginzburg, C. (1986). *Miti Emblemi Spie. Morfologia e Storia*, Einaudi, Torino.

Rafanelli, C., & Fava, G.A. (2006). La valutazione dei fenomeni clinici tra qualità, quantità e giudizio clinimetrico, *Rivista di Psichiatria*, 41, 137-149.

Sen, A. (2005). *The Argumentative Indian*. London: Penguin Books Ltd (trad. it., *L'altra India*, Milano: Mondadori, 2005)

Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.