

Caro Mario,

di Renzo Carli*

ti ringrazio moltissimo per il tuo contributo alla definizione di Psicologia della Salute, prezioso per la Rivista di Psicologia Clinica che, nella sua forma cartacea, fondammo assieme tanti anni fa.

Se si restasse nell'ambito del nominalismo che definisce i vari ambiti della psicologia, sono d'accordo con te sul fatto che molte definizioni della nostra disciplina siano ben criticabili: che vuol dire psicologia "generale"? O psicologia "del lavoro"? Che significa psicologia "dinamica"? Basterebbe scorrere i programmi di una qualsiasi facoltà di psicologia, per imbatterci in dizioni e definizioni molto opinabili della nostra disciplina. In primis, e sono d'accordo con te, le dizioni di "salute" e di "clinica". Ho lavorato per lunghi anni nel cercare di dare alla Psicologia Clinica fondamenti teorici e modelli operativi utili per una sua definizione quale *Psicologia dell'Intervento entro la relazione tra individui (in rapporto tra loro) e contesti entro i quali convivono*. A questo scopo servivano costrutti e modelli che superassero la dimensione individuale. Ove per individuo, in psicologia, s'intendono due cose; individuo come chi mette in atto comportamenti in risposta a stimoli o a piani; individuo come realtà intrapsichica individuale, di impronta psicoanalitica. Con la nozione di collusione¹ ho proposto un modello sperimentalmente fondato e sperimentalmente rilevabile che analizza la relazione sociale entro una prospettiva psicologica di orientamento psicoanalitico; emancipando così la psicoanalisi da visioni intrapsichiche o bipersonali alla Modell. Questo per dire che la psicologia clinica, quale la intendo e la pratico, ha a suo fondamento costrutti e modelli *pragmatici* che diano senso alla professione psicologica e al suo modo d'intervenire entro i sistemi sociali e alla domanda di questi ultimi. Non penso, ovviamente, che la mia proposta esaurisca ogni modo d'intendere la prassi psicologica, ma ne propone un aspetto capace di dare risposte utili alla domanda di psicologia.

Si tratta, come vedi, di uno specifico modo d'intendere la psicologia clinica. In sintesi, una psicologia clinica come intervento entro i contesti e fondata sull'analisi della domanda rivolta allo psicologo. La dizione "clinica", ma di questo ne abbiamo parlato assieme più volte, va veramente stretta a questa prospettiva dell'intervento psicologico. La parola "intervento", nella proposta di teoria della tecnica che con il mio gruppo ho elaborato, assume una precisa fondazione nei riferimenti teorici e metodologici, sperimentalmente verificabili.

Vale solo la pena ricordare brevemente la responsabilità che noi universitari ci siamo presi, e continuiamo a prenderci, laureando migliaia di psicologi: siamo arrivati a circa 75.000 psicologi nel nostro paese, e scarse, spesso inattendibili, sono le stime di quanti psicologi siano in professione, di quanti siano sottooccupati o disoccupati. Il problema prioritario, d'altro canto e come più volte ho sostenuto, non è che gli psicologi siano troppi; il problema prioritario è dato dall'univoca tendenza a professionalizzare la psicologia entro la sola area della psicoterapia, così come è stata definita dalle scuole che propugnano una tecnica specifica, non una risposta ai problemi di chi si rivolge allo psicologo. E' l'articolo 3 della legge 56/89 che ha aperto, caro Mario, una problematica pesante per la professione: problematica con la quale hanno colluso i Corsi di Laurea che hanno di fatto rimandato alle scuole post lauream la formazione professionalizzante di chi si avvia alla Facoltà di Psicologia. Per questo una formazione professionalizzante sin dai corsi di laurea, la necessità di dare a tutte le proposte formative universitarie uno sbocco professionale *reale* è di fondamentale importanza per chi lavora nell'ambito.

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

¹ Si veda al proposito: Carli R. (2006), La collusione e le sue basi sperimentali, Rivista di Psicologia Clinica, 2-3, 179 – 189. Carli R. & Paniccia R.M. (2004), L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi, FrancoAngeli, Milano.

E' su queste basi, peraltro ineludibili a mio modo di vedere, che ho scritto parole molto critiche nei confronti della psicologia della salute. Non per problemi nominalistici. Non vedo, infatti, nella nozione di salute o di benessere, una fondazione teorica e una prospettiva metodologica d'intervento per lo psicologo. Molte affermazioni sulla salute sono riconducibili ad una critica mossa alla nozione di "malattia", di "patologia". Capisco che in medicina, l'attenzione alla salute sia importante. Non ho ancora capito quale utilità possa rivestire questo costrutto in psicologia. Mi chiedo: dove sta una domanda, per lo psicologo, che faccia riferimento alla salute?

Vorrei spiegarmi con un esempio. La cultura che oggi viviamo è influenzata da una prospettiva aconflittuale² che il berlusconismo propone, e spesso impone tramite il dominio dei mass media; siamo immersi in modelli culturali che condannano ogni tipo di conflitto: sociale, sindacale, etnico, generazionale, politico, economico o di genere. Non è un caso se si è parlato, e a lungo, in tempi recentissimi, di "partito dell'amore": un partito – stato che propugna l'amore aconflittuale e condanna ogni dissenso o ogni proposta alternativa a quel potere che, come i media ci ricordano ad ogni istante, "viene direttamente dal popolo italiano". Ebbene, in questa cultura aconflittuale si pongono, per molti gruppi sociali, problemi di grande rilievo. Chi propone un dissenso e quindi un conflitto, anche all'interno del partito dell'amore, viene criticato e tendenzialmente espulso. Ogni dissenso, anche se motivato e sostenuto da buone ragioni, viene ignorato o marginalizzato. Questo succede nelle aziende, nella scuola, nel sindacato, nelle istituzioni culturali, nella vita civile, nella famiglia e, sempre più accentuatamente, nei sistemi di convivenza. Anche nell'opposizione, che sembra a volte contagiata da questo modello culturale. La domanda rivolta agli psicologi, sempre più frequentemente, concerne le più differenti reazioni a questa cultura diffusa dell'aconflittualità³. Senza conflitti non c'è convivenza. Il conflitto si fonda sull'alterità e sta alla base dello scambio e della reciprocità⁴. E' interessante rilevare come molti fautori dell'aconflittualità berlusconiana sostengano che soltanto per questa via si persegue il benessere individuale e sociale. Benessere, in altri termini, è una parola dai mille significati, non fondata su precisi costrutti psicologici, utili per orientare una prassi d'intervento.

Tu citi, a difesa della diffusione della nozione di salute e di benessere, gli economisti: è vero che entro i modelli economici si parla di etica, di felicità (forse più che di benessere), e a volte di frugalità. Ma vediamo, per sommi capi, il senso di questi riferimenti. L'etica è invocata dagli economisti quale deterrente nei confronti di un sistema economico fondato, nei loro modelli, sull'egoismo e sulla sopraffazione dell'uno sull'altro. Il superamento del modello keynesiano, che utilizzava il costrutto psicologico di incertezza quale fattore di controllo dell'inflazione, ha portato al tentativo di modellizzare il rischio (misurabile) alla nozione di incertezza. Le conseguenze, dovute all'applicazione del principio di dispersione del rischio, hanno portato alla crisi recente dell'economia mondiale; una crisi dalla quale non si è ancora usciti e della quale non si conoscono i confini. La felicità è diventata un problema, per gli economisti, quando si sono accorti che non c'era una correlazione positiva tra Prodotto Interno Lordo (PIL) degli stati e "felicità" degli abitanti di quegli stessi stati. Così come la frugalità viene utilizzata dagli stessi economisti come un deterrente nei confronti dell'ipotesi che le relazioni economiche siano basate sull'avidità. Quindi etica, felicità o frugalità sono valori che la scienza economica prende in considerazione, ma in alternativa a dimensioni residuali che la teoria economica non sa considerare, vista la sua rigidità. La teoria economica, d'altro canto, vede sistematicamente in discussione i suoi presupposti concettuali: si pensi, ad esempio, ai modelli macroeconomici che assumono come assioma la convinzione "*markets capital work perfectly*", ignorando così l'economia

² Si può vedere, al proposito, il mio editoriale su questo stesso numero 1/2010 della Rivista.

³ Sottolineo che per riconoscere l'"aconflittualità" perseguita con la politica berlusconiana, servono *modelli psicologici* di lettura della proposta politica fatta dal partito che fa capo a Berlusconi. E' con l'analisi della cultura, diffusa con l'esaltazione dell'aconflittualità quale modello di convivenza, che si può cogliere una parte rilevante della domanda rivolta agli psicologi in questi anni.

⁴ Alterità, scambio e reciprocità sono termini tratti dal linguaggio comune, ma vengono utilizzati quali costrutti fondanti una specifica e precisa base teorica. Si veda al proposito: Carli R. & Paniccia R.M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.

finanziaria. Nell'ultima crisi finanziaria, del 2007 – 2010 e oltre, Wall Street operò “come se” i prezzi delle case americane potessero crescere all'infinito, trasformando la teoria economica in una sorta di tragico *wishful thinking*. Il premio Nobel per l'economia del 2008, Paul Krugman, ha recentemente affermato che le teorie macroeconomiche degli ultimi trent'anni sono state “spettacolarmente inutili” nel loro aspetto migliore, “positivamente dannose” nel loro aspetto peggiore. Un nuovo importante ambito degli studi economici, l'economia comportamentale, concentra le sue riflessioni sulle conseguenze delle “azioni irrazionali”⁵. La trasformazione delle simbolizzazioni emozionali collusive in azioni irrazionali, d'altro canto, assume come linea guida la razionalità e vede la dinamica collusiva quale scarto dal modello della razionalità individuale. E' questo il limite profondo della teorizzazione economica. Una teorizzazione che ha interpretato il benessere come incentivo a consumi non coerenti con il reddito, per milioni di americani, sulla base di prestiti fondati, come si diceva, sulla previsione di una crescita infinita del valore degli immobili negli USA. Prestiti trasformati in una serie infinita di scatole cinesi, i derivati, rivenduti quale speranza di investimento redditizio, ma ben presto senza alcun valore, in tutto il mondo. L'ipotesi era quella di un benessere inteso quale arricchimento facile, quale consumismo sfrenato e quale incremento artefatto del tenore di vita; ipotesi che si è poi trasformata in maggiore povertà, in perdita drammatica del lavoro, della casa, dei risparmi di una vita, della sicurezza sociale, in una sorta di fallimento esteso a molteplici strati del sistema sociale americano e, più estesamente, mondiale. E' questa la felicità, è questo il benessere degli economisti? Non credo che l'adozione della nozione di benessere da parte degli economisti sia un motivo di vanto per chi sostiene, nell'ambito psicologico, questo costrutto.

Caro Mario, quando tu parli di salute quale “benessere fisico, psichico e sociale”, citando una datata definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, utilizzi un costrutto che ha senso quale indicazione generale che l'OMS ha dato a governi e nazioni in un particolare momento storico, il 1948. Il mondo era appena uscito dalla seconda guerra mondiale e le dittature precedenti, come quelle che si sarebbero susseguite negli anni del dopoguerra, avevano perseguito spesso una “salute fisica” (chi non ricorda le parate ginniche del fascismo?) cui corrispondeva una costrizione psicologica entro l'assenso forzato ai vari regimi e una pressione sociale all'unanimità accettante le iniziative dei differenti regimi. Anche la pulizia etnica fu giustificata con i principi della salute fisica, biologica della razza. Molti non sanno che l'ospedale Sant'Eugenio era stato costruito dal fascismo come un luogo, denominato Eughenos, per lo studio genetico della razza. Il cosiddetto “modello bio psico sociale” di fatto non sembra affatto un modello, quanto un auspicio dell'OMS affinché si persegua e si attui una nozione di salute che tenga conto dei fattori implicati. Affermazione importante e storicamente valida; affermazione che andrebbe riconsiderata nella sua attualità anche entro i regimi dell'aconfittualità. Ma entro questo auspicio, la psicologia e la sociologia mantengono la loro autonomia di modelli e di prassi d'intervento. Le connessioni tra modelli *bio*, modelli *psico* e modelli *sociali* si possono porre e approfondire solo a partire dall'autonomia e dalla specifica fondazione scientifica dei modelli stessi.

Se psichico fa riferimento allo stato di benessere mentale, così come il termine viene utilizzato nel senso comune, passi. Ma se “benessere psichico” fa riferimento alla psicologia, allora i problemi divengono seri. Credo che il benessere psicologico si possa definire in negativo: c'è benessere, ad esempio in una famiglia, quando non c'è violenza nelle relazioni, quando si riesce a superare la dinamica del possesso incrementando quella dello scambio, quando alle proibizioni si sostituisce la motivazione alla realizzazione. Questo può andar bene in generale, senza alcuna informazione sulla realtà di una specifica famiglia. Siamo ancora all'ambito degli auspici, all'ambito dell'*ut erat in votis*. Qui, credo, sta la differenza tra noi. Se si utilizza l'ottica di una psicologia volta all'intervento e all'analisi della domanda, il costrutto di benessere psichico serve a poco o a nulla; se si descrive il benessere quale esigenza per orientare politiche economiche o sociali, questa linea guida

⁵ Leaders (2009), *What went wrong with economics*, *The Economist*, July, 11-12

può essere utile, anche se marginale. Vorrei essere chiaro al proposito. Le scienze economiche o sociologiche dell'organizzazione, ma egualmente alcuni approcci antropologici e psicologici, studiano sotto varie angolature gli individui, le strutture o le dinamiche organizzative, con l'obiettivo di *descrivere* l'oggetto di studio e di *approfondirne la conoscenza*. L'intervento sulla realtà delle persone o delle organizzazioni, è poi delegato al potere istituzionale, economico, bancario, produttivo, consulenziale, etico; questi poteri, sulla base delle conoscenze sviluppate, possono stabilire nuove norme per i sistemi di convivenza o per le organizzazioni, nuovi assetti strutturali, nuove regole del gioco o possono auspicare nuovi comportamenti, funzionalmente o eticamente orientati. L'ottica che il mio gruppo ha proposto è molto diversa. Si tratta infatti di una prospettiva che coniuga i modelli di conoscenza e di analisi delle persone, delle relazioni, dei processi organizzativi con quelli dell'intervento e del cambiamento entro le stesse dimensioni. Un cambiamento coerente con la domanda che singole persone, sistemi di relazione o organizzazioni pongono allo psicologo. Come altri psicologi, dunque, penso che la psicologia si differenzi profondamente dalla sociologia, dall'economia o dall'antropologia perché non delega l'intervento sulla realtà a poteri forti in grado di farlo utilizzando le conoscenze raggiunte dalle scienze citate; no, la psicologia pensa di poter coniugare conoscenza e intervento entro un'unica professionalità. In questo fonda il suo intervento sulla diagnosi o sull'analisi della domanda. Credo che diagnosi e analisi della domanda siano il bivio con il quale si confronta ogni psicologo in professione. La prospettiva che sostengo, comporta lo stabilirsi di una relazione tra chi interviene e chi pone la domanda d'intervento. Una relazione emozionalmente fondata, capace di utilizzare le simbolizzazioni emozionali, evocate entro la relazione, quali elementi di analisi sui quali istituire una comprensione delle dinamiche affettive che caratterizzano la relazione d'intervento e le problematiche che in essa vengono riprodotte. Si tratta di una prospettiva che istituisce l'intervento psicologico (clinico) quale luogo ove far emergere la dinamica emozionale collusiva che fonda la struttura dei rapporti di convivenza e ne consente il cambiamento. La storia di questa pratica di intervento è molto articolata: si va, per fare qualche esempio, dalla ricerca – azione di marca lewiniana alla teoria e alla pratica di Wilfred R. Bion sui gruppi, dalla *psicosociologie* francese attiva dagli anni sessanta alla lunga esperienza del *Tavistock Institute* o di Elliott Jaques sin dal suo intervento alla *Glacier Metal Company* di Londra negli anni sessanta. Ad eccezione di Lewin, le altre citazioni concernono autori di formazione psicoanalitica, che hanno esteso la loro pratica e la teoria della tecnica che fonda la psicoanalisi anche all'intervento entro i sistemi sociali. La formazione psicoanalitica consente questa stretta connessione tra conoscenza e intervento volto al cambiamento. Anche il nostro contributo, dagli anni settanta, si è proposto di definire psicoanaliticamente la relazione sociale, quindi la relazione che organizza l'intervento psicologico. Per noi è stato importante il lavoro di Ignacio Matte Blanco e il suo approfondimento del sistema inconscio⁶, a partire dalla prima topica freudiana. La proposta del costrutto di *collusione*, quale simbolizzazione emozionale del contesto da parte di chi condivide il contesto stesso, definisce la relazione sociale quale dinamica inconscia capace di ridurre la variabilità individuale della simbolizzazione emozionale e di organizzare un comune e condiviso processo simbolico. Tale processo simbolico, condiviso emozionalmente, consente la costruzione di dispositivi categoriali che contribuiscono al formarsi dei sistemi sociali, organizzativi, di convivenza entro i quali si origina la domanda d'intervento rivolta allo psicologo.

Caro Mario, le mie critiche alla psicologia della salute, che ti hanno motivato a scrivere alla Rivista, non concernevano che marginalmente le tue iniziative nell'ambito della psicologia della salute. Sai che ho qualche perplessità sull'utilizzazione dei costrutti di salute e di benessere a fondamento di un intervento psicologico, quindi nella professionalizzazione di questi costrutti. Ma, come ben sai, nella Facoltà dove abbiamo insegnato per anni è stato proposto e realizzato, nel 2008 e quindi all'epoca del mio intervento, un corso specialistico in "Psicologia Clinica e tutela della Salute" che ti invito a considerare nel suo programma,

⁶ E' presente in questo numero della RPC un contributo mio e di Giovagnoli sull'inconscio in Matte Blanco.

oltre che nella sua denominazione. Il termine “salute” rischia davvero di diventare una coperta con cui si cerca di proteggere l'assenza di modelli fondanti un intervento psicologico. Un qualsiasi intervento psicologico, purchè fondato su una credibile teoria della tecnica. Mi chiedo, al proposito, se la nozione di salute, che tu proponi, vada “tutelata”. Che vuol dire “tutela della salute”? Quale può essere il costrutto professionale psicologico nell'ambito di tale tutela della salute? Quali esperienze professionali consolidate e validate consentono di prevedere che la tutela della salute abbia uno sbocco professionale per gli psicologi?

Il vero problema sta, a mio modo di vedere, nell'intervento quale strumento di lavoro degli psicologi; quindi nelle proposte metodologiche che possano dare credibilità alla professione di psicologo. Tu dici che è difficile accettare il costrutto di salute come “espressione metaforica”. I modelli dicotomici malato - sano o benessere – malessere sono estranei, da sempre, alla psicologia, e tu lo sai bene. Per restare nella metafora di Antonowsky, da te citata, penso che nessuno psicologo, seriamente formato, abbia mai pensato di stare sulla riva a guardare i “malati” che stanno nuotando a fatica nel fiume. Ma il sentirci entro il fiume, con caratteristiche diverse ma tutti implicati entro le difficoltà della vita, non ci esime dall'assumere uno specifico ruolo e una specifica funzione, quando si sia chiamati a rispondere a una domanda di intervento. E difatti, nella metafora di Antonowsky si parla di medicina curativa, non di psicologia.

Bibliografia

Carli, R. (2006). La collusione e le sue basi sperimentali, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 179 – 189.

Carli, R. (2010). Editoriale 1/2010. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Carli R., & Paniccia R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia R.M. (2004). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Giovagnoli, F. (2010). L'inconscio nel pensiero di Ignacio Matte Blanco. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Leaders, (2009). What went wrong with economics. *The Economist*, July 18th, 11-12.