

Il vissuto sulla psicoterapia in un gruppo di persone che non ne hanno mai fatto esperienza

di Fiammetta Giovagnoli*, Sonia Giuliano, Rosa Maria Paniccia*****

Premessa.

Il lavoro che presentiamo fa parte di un piano di ricerca più ampio, entro il quale si esplorano i vissuti con cui si connota la psicoterapia, nell'ipotesi che l'esplorazione di tali vissuti sia al tempo stesso rilevante, ma poco presente entro l'ampio campo delle ricerche sulla psicoterapia. In un precedente contributo abbiamo esposto i risultati di una ricerca che esplorava i vissuti sulla psicoterapia di un gruppo di psicoterapisti e di un gruppo di clienti (Giovagnoli, Dolcetti & Paniccia, 2008). In quel caso sono stati presi in considerazione vissuti concernenti effettive esperienze di psicoterapia degli intervistati. In questa occasione, invece, è stato intervistato un gruppo di persone che hanno dichiarato di non aver avuto nessuna esperienza di psicoterapia; chiameremo questo gruppo di persone non-clienti. In questo caso, sottolineiamo, abbiamo esplorato fantasie sulla psicoterapia che non hanno avuto riscontri entro esperienze dirette; in questo senso, esse sono riferibili al mandato sociale della psicoterapia.

Per mandato sociale di una professione intendiamo quell'insieme di rappresentazioni condivise, entro un dato gruppo sociale, in un certo momento della sua storia, che mettono insieme un determinato problema e specifiche pratiche ritenute adeguate a trattarlo. Il mandato sociale è quindi connotato culturalmente e storicamente, ed è il prodotto dell'interazione di diverse agenzie sociali. Pensiamo alle leggi, alle azioni di pressione e ai pubblici pronunciamenti di istituzioni come un partito politico, un'organizzazione religiosa o una corporazione professionale, pensiamo alla letteratura scientifica, alle espressioni artistiche come un romanzo o un film, ai mass media. Il mandato sociale, come si può capire dalla diversità delle agenzie che lo organizzano, è caratterizzato da differenze che lo rendono tutt'altro che univoco e attraversato da confronti e conflitti.

Tornando al nostro gruppo di non clienti, quindi, possiamo supporre che esso ci parlerà del mandato sociale della psicoterapia oggi in Italia. Ovvero delle rappresentazioni condivise collusivamente da persone che sulla psicoterapia hanno solo attese derivanti da quanto si dice sui mass media, in letteratura, o dal rapporto con chi ha fatto quell'esperienza. Ricordiamo che le rappresentazioni riferibili al mandato costituiscono il contesto più ampio entro il quale si trovano gli psicoterapisti e chi poi effettivamente si rivolge a loro.

La presente ricerca adotta una metodologia che individua nel vissuto delle persone intervistate, ovvero nelle componenti simboliche e collusive¹ cui si connota la psicoterapia, il suo oggetto d'elezione. Prima abbiamo constatato che nella letteratura scientifica, rispetto ad altri temi di ricerca, sono carenti indagini concernenti i vissuti di clienti e di psicoterapisti su quanto avvenuto entro l'esperienza psicoterapeutica, come pure ricerche concernenti i vissuti sulla psicoterapia di quelli che abbiamo definito non clienti. Mancano indagini, quindi, sul modo in cui si organizza il rapporto tra domanda e offerta di psicoterapia, con particolare

*Professore a contratto, Facoltà di Psicologia1, Università di Roma "Sapienza"; **Psicologa; ***Professore associato, Facoltà di Psicologia1, Università di Roma "Sapienza".

¹ Per collusione intendiamo un modello della relazione che si fonda sulla simbolizzazione affettiva del contesto condiviso da chi a quel contesto appartiene. La convivenza all'interno dei contesti sociali è organizzata dalle simbolizzazioni affettive del contesto prodotte da chi lo condivide. L'unità di analisi è la relazione, non il singolo individuo. Il contesto è un contesto simbolico e non strutturale. Il modello della collusione è stato proposto da R. Carli e R.M. Paniccia all'inizio degli anni ottanta (Carli & Paniccia, 1981) e successivamente precisato e approfondito al fine di porre le basi per l'analisi della domanda e più in generale per proporre una teoria psicoanalitica della relazione sociale e della convivenza. Per una proposta riassuntiva del modello rimandiamo a Carli & Paniccia (2003) e Carli & Paniccia (2005).

attenzione alla configurazione simbolica di quest'ultima. La ricerca sembra concentrata su come perseguire risultati nei termini in cui essi vengono previsti dalle tecniche psicoterapeutiche adottate. La centratura su queste ultime, nel momento in cui ci si interroga sul mandato sociale della psicoterapia, porta a chiedersi quali siano le agenzie sociali interessate a far prevalere le tecniche sulla domanda. Abbiamo già tentato, insieme ad altri, di dare una risposta a tale interrogativo (Grasso, 2006; Grasso & Stampa, 2006; Grasso & Stampa, 2008; Paniccia, Giovagnoli & Giuliano, 2008; Salvatore, 2006). Qui ci interessa, interpellando i non clienti, proporre dei dati che contribuiscano a dar voce ad altre componenti del mandato. Prima di proseguire nella presentazione della ricerca, vediamo più da vicino come la letteratura scientifica contribuisce allo studio dei vissuti riguardanti la psicoterapia.

Uno sguardo alla letteratura scientifica.

Il tema dei vissuti con i quali si connota l'esperienza psicoterapeutica è rintracciabile in alcuni studi che abbiamo raggruppato in due tipologie: gli studi dimostrativi e quelli esplorativi. Nella prima abbiamo collocato quegli studi che si pongono l'obiettivo di produrre dati per dimostrare o falsificare ipotesi, nella seconda quegli studi che producono dati per costruire ipotesi interpretative.

Gli studi dimostrativi.

Una certa attenzione per le attese e i vissuti sia di pazienti che non pazienti verso la psicoterapia si ha in ambiti di ricerca interessati al rapporto tra tali attese e gli esiti della psicoterapia stessa. Ad esempio, entro gli studi sull'alleanza terapeutica, troviamo ricerche che si interessano al modo con cui i pazienti vedono gli psicoterapisti. E' il caso della ricerca di Bender, Farber, Sanislow, Dyck, Geller & Skodol (2003). Si tratta in questo caso di uno studio effettuato su pazienti in trattamento individuale, effettuata utilizzando uno strumento ideato dagli autori: il Therapist Representation Inventory. Gli autori hanno studiato i pensieri dei pazienti sui terapeuti, riscontrando differenze correlate ad alcuni fattori: diagnosi², genere sessuale, durata del trattamento. Stando ai dati della ricerca, i pazienti con Disturbo Schizotipico di Personalità manifestano un più elevato "coinvolgimento mentale" rispetto al terapeuta, sviluppando un maggiore desiderio di amicizia e avvertendo la mancanza del terapeuta. I pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline, di contro, non svilupperebbero una buona immagine dei loro terapeuti. Quale interesse clinico rivestono tali dati? Gli autori suggeriscono ai terapeuti di conoscere la rappresentazione che il paziente ha di loro, considerandola un indice dei "modelli di relazione oggettuali internalizzati", modelli di relazione che, secondo le premesse teoriche degli autori, influenzano la capacità di adattamento sociale del paziente, dunque l'esito della psicoterapia.

Altri studi coinvolgono anche persone che non hanno avuto esperienza di psicoterapia. Ci si occupa in questi casi di valutare la "reputazione" di un trattamento (Clinton, 1996; Hardy, Barkham, Shapiro, Reynolds, Rees, & Stiles, 1995; Joyce & Piper, 1998; Morrison & Shapiro, 1987; Pistrang & Barker, 1992; Reimers & Wachter, 1992; Rokke, Carter, Rehm & Veltum, 1990; Safren, Heimberg & Juster, 1997; Wanigaratne & Barker, 1995). Quale interesse riveste lo studio della reputazione? Secondo gli autori citati sussiste una relazione tra la reputazione di un trattamento, l'alleanza terapeutica che si sviluppa tra paziente e terapeuta e il risultato del trattamento. Stando a tale relazione, la ricerca sugli esiti della psicoterapia si gioverebbe dello studio delle aspettative che i pazienti e i "non pazienti" hanno nei confronti dell'intervento terapeutico.

Altri studi non mettono in relazione così diretta attese ed esiti, ma sono interessati a che ci sia una "corretta" rappresentazione della psicoterapia presso quella che spesso viene definita "l'opinione pubblica". Spesso in questi casi il riferimento è la reputazione della psicoterapia. Pensiamo ad esempio ad alcuni studi condotti su campioni di pazienti e di non

² Effettuata a partire dal DSM IV: Disturbo Schizotipico di Personalità; Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Evitante di Personalità e Disturbo Depressivo Maggiore.

pazienti, spesso studenti universitari (Hardy, Barkham, Shapiro, Reynolds, Rees, & Stiles, 1995; Pistrang & Barker, 1992; Rokke, Carter, Rehmn & veltum, 1990; Wanigaratne & Barker, 1995). Tali studi rilevano come la credibilità di un trattamento, la sua reputazione, come per altro confermano tutti gli studi sulla reputazione, si costruiscano indipendentemente dall'esperienza. In questa direzione troviamo la ricerca di Bragesjö, Clinton, e Sandell (2004). Gli autori rilevano come poco si sappia della credibilità della psicoterapia presso il grande pubblico ed auspicano lo sviluppo di un maggior numero di ricerche che si occupino della percezione delle diverse forme di trattamento presso l'opinione pubblica. A tale scopo gli autori si interessano di studiare la reputazione presso il pubblico di tre diverse forme di terapia: quella cognitivista, quella comportamentista e quella psicodinamica. Tra i risultati ottenuti dalla ricerca riscontriamo che la terapia cognitivista è stimata come la più "rispondente" presso chi non ha avuto esperienza di terapia, mentre quella psicodinamica lo è tra chi ne ha avuto esperienza.

Nello stesso filone di ricerca troviamo gli studi che si occupano di "rappresentazioni pregiudizievole". E' il caso della ricerca di Gutstadt (2002) sulla rappresentazione della psicoterapia di gruppo. Secondo l'autore si riscontra un'opinione diffusa circa la minore efficacia della psicoterapia di gruppo rispetto a quella individuale. Anche in questo caso, confrontando la percezione dell'efficacia della psicoterapia di gruppo in persone che ne hanno fatto esperienza con persone che non ne hanno avuta, si è riscontrata una opinione più sfavorevole presso le persone che non hanno fatto esperienza di psicoterapia di gruppo. Ricordiamo che tale differenza si presenta sistematicamente in tutte le ricerche sulla reputazione, dove spesso l'oggetto indagato, se generalmente inteso, presenta indici di reputazione minori dello stesso oggetto quando esso è esperito in particolari situazioni dagli intervistati.

Nella stessa direzione ritroviamo lo studio di Richardson & Handal (1995) sulla percezione dell'efficacia del counselling presso il pubblico. Anche in questo caso si registra una percezione di minore efficacia del counselling rispetto alla psicoterapia. Gli autori interpretano questa percezione con un supposto vissuto relativo al fattore temporale: a loro avviso è opinione diffusa, non sostenuta da riscontri oggettivi, che l'efficacia di un trattamento aumenti con l'aumentare del tempo.

Infine, all'interno di questa prima tipologia di studi collochiamo alcune ricerche sulla rappresentazione della psicoterapia offerta dai mezzi di comunicazione di massa (Faberman, 1997; Gabbard & Gabbard, 1999; Jorm, 2000; Signorelli, 1993; Wolff, Pathare, Craig & Jaff, 1996). Gli autori citati condividono l'idea che la rappresentazione della psicoterapia che si riscontra nel grande pubblico si costruisca attraverso i più diffusi, stereotipati ritratti degli psicologi offerti dalla televisione e dal cinema. Per gli autori citati la questione dell'influenza dei mass media sulla rappresentazione della professione psicologica rivela la sua importanza se si considera che dagli studi condotti si riscontra una cattiva informazione presso il grande pubblico circa la salute mentale e i trattamenti psicoterapeutici, peggiore dell'informazione relativa alla malattia fisica e ai relativi trattamenti. Attraverso alcuni focus groups e interviste telecondotte dall'American Psychological Association (Faberman, 1997) si evince che, malgrado la maggior parte delle persone intervistate riconosca l'importanza del prendersi cura della malattia mentale, le stesse non sono informate su come e quando accedere ai servizi che se ne occupano. Lo studio di Wolff, Pathare, Craig e Jaff (1996) effettuato su un campione della popolazione adulta del Regno Unito, dimostra che il 32% degli intervistati cita i mass media quale fonte principale di informazioni sulla psicoterapia. Gabbard e Gabbard (1999) sostengono che prima di scegliere se chiedere un trattamento psicologico i probabili futuri pazienti hanno "socializzato" per lungo tempo con la versione che i media danno della psicoterapia. Gli autori arrivano a sostenere che negli Stati Uniti la psicoterapia (proveniente dall'Europa) e l'industria cinematografica sono nate nello stesso periodo e insieme cresciute. I due autori propongono uno studio dell'immagine dello psichiatra³ offerta dal cinema dal suo esordio al

³ Nel loro lavoro il termine "psichiatra" viene utilizzato in generale per designare tutti i professionisti nell'ambito della salute mentale, dal momento che i film statunitensi non sono mai riusciti del tutto a distinguere tra psichiatri, psicanalisti, psicologi, ma anche assistenti sociali e altri terapeuti.

1987, attraverso un'analisi di 450 pellicole, tutte di autori americani. Si evince un'età definita dell'oro, a cavallo tra i '50 e i '60, in cui gli psichiatri sono stati quasi costantemente idealizzati. Di contro, negli anni precedenti e successivi, sono prevalsi stereotipi negativi. In ogni caso, nei diversi periodi storici, l'immagine dello psichiatra appare sempre coincidere con degli stereotipi che esprimono la cultura predominante in un certo periodo storico negli Stati Uniti.

Diverse ricerche, quindi, mettono in evidenza l'esistenza di una rappresentazione della psicoterapia che non si ancora all'esperienza. Come trattare questo dato? Gli studi che abbiamo definito "dimostrativi" si pongono quale obiettivo quello di correggere le "rappresentazioni pregiudiziali" dei pazienti attraverso la diffusione di informazioni utili a modificarle. Sembrerebbe che ci si incontri con la dimensione simbolica delle rappresentazioni di un oggetto, in questo caso la psicoterapia, senza che ci sia, il più delle volte, una concettualizzazione di tale processo. Si suppone che l'informazione sia cognitiva: gli errori derivano da una scarsa o distorta informazione e sarebbe opportuno correggerli; l'informazione è vista come prevalentemente a una via. Passiamo ora al secondo tipo di studi.

Studi esplorativi

Collochiamo in questo secondo raggruppamento gli studi interessati alle dimensioni simboliche con cui l'oggetto psicoterapia viene organizzato. Si tratta di studi volti a conoscere le rappresentazioni, le attese, i vissuti che lo concernono, proponendo una interpretazione della loro genesi e della loro funzione.

Per quanto concerne l'ambito italiano, e allargando il campo alla psicoterapia vista come parte dell'intervento psicologico considerato più in generale, troviamo un gruppo di ricercatori interessato a capire come venga vissuta la professione psicologica. Pensiamo a Carli & Salvatore, (2001), Carli, Paniccia & Salvatore, (2004), Carli, Paniccia, Bucci, Dolcetti & Giovagnoli, (2009). Tali ricerche si pongono esplicitamente l'intento di contribuire a colmare un vuoto, partendo dalla considerazione che, a differenza di altre professioni, quella psicologica, almeno nell'ambito italiano, si dimostra poco interessata a conoscere come gli specifici contesti sociali nei quali è inserita la rappresentano. L'intervento psicologico sembra costituirsi a prescindere da una conoscenza della domanda sociale nei suoi confronti, come se la competenza a rispondere a tale domanda non fosse il criterio della legittimazione della professione psicologica.

Nella stessa direzione troviamo, tra le ricerche più recenti, il lavoro di Montesarchio e Margherita (2001). Gli autori si occupano di studiare la rappresentazione della professione psicologica presso un gruppo di pubblicitari, partendo dalla premessa che la pubblicità racconti in maniera efficace i simboli prodotti dalla società, creando condivisione. Dalla ricerca emerge un'immagine dello psicologo come colui che indaga gli aspetti profondi della psiche individuale. Si è lontani dal vederlo come esperto di relazioni e di contesti; l'oggetto di studio e di intervento dello psicologo è la realtà psicologica individuale, come entità a sé stante e decontestualizzata.

Rintracciamo le radici di questo tipo di studi sulla psicoterapia nella ricerca sulle rappresentazioni sociali della psicoanalisi condotta Serge Moscovici nel 1961, anche se la centratura di questo autore è più sulla cultura francese e la dinamica dell'organizzarsi delle culture, che sulla psicoanalisi in quanto tale. La sua ricerca studia i processi che consolidano il radicarsi della psicoanalisi nella cultura francese degli anni '60, e l'interesse per la psicoanalisi è riferibile al fatto che all'epoca rappresentava un modello culturale predominante. Moscovici ha condotto una doppia indagine. Ha interpellato un gruppo di 2265 persone appartenenti a diverse classi di età e di professioni (professionisti, professori, studenti, artigiani, commercianti...) chiedendo loro di rispondere dapprima ad un questionario costruito ad hoc e, successivamente, ad una intervista concernente la psicoanalisi. Parallelamente l'autore ha condotto un ricerca su come la stampa riesca a veicolare e a creare delle rappresentazioni sociali. La ricerca si basa sull'analisi di 1640 articoli di 230 giornali e riviste. Attraverso l'analisi del contenuto, Moscovici ha osservato come il tema oggetto della sua ricerca veniva presentato e valutato all'interno di ciascun articolo. L'analisi delle inchieste e della stampa porta alla conclusione che la rappresentazione sociale della

psicoanalisi è prodotta da una complessa interazione tra conoscenze scientifiche e senso comune. Nonostante le differenze, la conoscenza scientifica e il senso comune non sono indipendenti: la teoria scientifica diviene conoscenza collettiva attraverso un processo di rielaborazione e ricostruzione che si compie entro i gruppi sociali, non nell'individuo. Le rappresentazioni sociali generate da questo processo svolgono la fondamentale funzione di attribuzione di senso a ciò che è ignoto. Come le simbolizzazioni affettive collusivamente condivise, le rappresentazioni sociali non riproducono la realtà e i suoi oggetti, ma la trasformano all'interno di codici simbolici propri di un dato contesto.

Nel caso delle ricerche esplorative lo studio della rappresentazione della professione psicologica intende sollecitare una riflessione all'interno della comunità scientifica. Non si tratta di correggere le rappresentazioni che diverse agenzie di informazione forniscono, quanto di sollecitare un pensiero sulla produzione di rappresentazioni della professione, rappresentazioni che partecipano delle dimensioni collusive dei contesti sociali che le producono. Anche il nostro studio si colloca in questo ambito. Passiamo ora a presentare la nostra ricerca a partire dalla metodologia utilizzata.

La metodologia di ricerca.

Abbiamo intervistato un gruppo di 78 non clienti ai quali abbiamo posto la seguente domanda: "Secondo lei, per quali problemi le persone si rivolgono ad uno psicoterapeuta?". Le interviste realizzate si collocano nell'area della cosiddetta intervista libera. Proposta una domanda-stimolo, si lascia all'intervistato la possibilità di associare, alle parole chiave della domanda, tutto quello che viene alla mente. La funzione dell'intervistatore è quella di sostenere il processo associativo dell'intervistato, riprendendo, se necessario, le fila del suo discorso, senza interromperlo o indirizzarlo.

Sul testo delle interviste è stata condotta l'Analisi Emozionale del Testo (AET). Per una conoscenza approfondita di questa metodologia di ricerca, rimandiamo a R. Carli e R.M. Paniccia (2002). In questa sede ci proponiamo di fornire alcune informazioni di base, utili a comprendere le ragioni della scelta di questa specifica metodologia, in rapporto all'oggetto di studio della nostra ricerca e ai suoi obiettivi. L'AET consente di conoscere le simbolizzazioni affettive di un contesto, condivise da chi a quel contesto appartiene. Definiamo come cultura locale l'insieme delle simbolizzazioni affettive che caratterizza un contesto e organizza le relazioni al suo interno. La cultura locale di una specifica realtà contestuale può essere comunicata, e dunque conosciuta, attraverso testi parlati o scritti, prodotti da chi condivide quella realtà. L'ipotesi che fonda l'AET è che la cultura locale può essere rintracciata nella co-occorrenza di alcune parole, che con Carli e Paniccia definiamo parole dense, all'interno di specifiche unità di testo, prodotte dalla suddivisione del testo da parte di un programma informatico per l'analisi del testo. Le parole dense sono parole caratterizzate da un massimo di polisemia e da un minimo di ambiguità. Per polisemia si intende il potere evocativo di infiniti significati che una parola assume, se astratta dallo specifico contesto linguistico in cui è inserita. Le ipotesi interpretative sulla cultura locale si costruiscono attraverso l'utilizzo di modelli psicologico clinici della relazione sociale, con i quali viene letta la co-occorrenza delle parole dense. La costruzione di ipotesi interpretative della cultura locale ha come obiettivo l'individuazione, a partire dalle potenzialità espresse dalle dinamiche collusive, di specifici indicatori di sviluppo del contesto studiato.

Per effettuare i passaggi statistici abbiamo utilizzato il programma informatico Alceste (Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte) di Max Reinert. Ci limiteremo ad evidenziare tre fasi dell'analisi. La prima, la più rilevante da un punto di vista del metodo, consiste nell'individuazione, da parte del ricercatore, delle parole dense all'interno dell'intero vocabolario del testo in esame. Solo tali parole vengono trattate nelle successive fasi dell'analisi. La seconda produce cluster di parole dense, che chiamiamo Repertori Culturali (RC). All'interno di ogni cluster, le parole dense vengono ordinate per

valore decrescente di χ^2 . La terza, attraverso l'analisi fattoriale, identifica i fattori capaci di spiegare il rapporto tra RC.

Le caratteristiche del gruppo intervistato.

Del gruppo dei non-clienti sono state prese in considerazione due variabili: sesso ed età. Le due variabili sono state codificate, nell'analisi, quali variabili illustrative. Nelle tabelle che seguono è riportata la distribuzione del gruppo di non-clienti per ciascuna variabile.

Sesso	
Maschi	39
Femmine	39
Totale	78

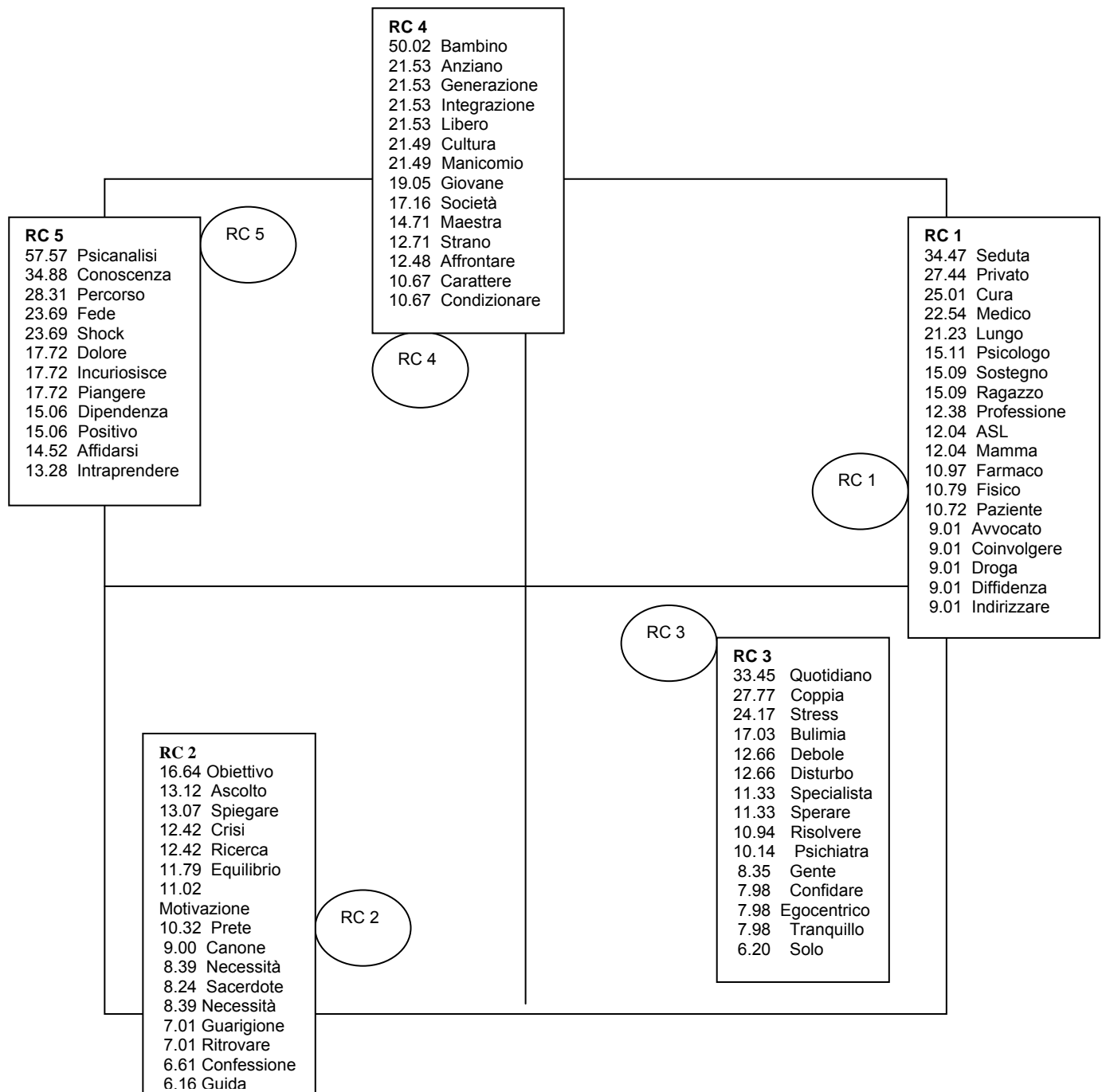
Età	
Inferiore a 30 anni	26
Tra 30 e 50 anni	26
Superiore ai 50 anni	26
Totale	78

L'analisi dei dati non ha mostrato relazioni significative tra variabili illustrative e RC. Come vedremo, ciò significa che siamo in presenza di culture che attraversano l'intero gruppo intervistato.

I risultati dell'analisi. La cultura locale dei non-clienti.

Rappresentiamo attraverso un grafico i risultati dell'analisi. La linea orizzontale rappresenta il primo fattore, la verticale il secondo. I RC 5, 1 e 2 vengono rappresentati in relazione con i poli dei fattori con cui sono in rapporto statistico. I RC 3 e 4 dobbiamo immaginarli su una terza dimensione, essendo in rapporto con il terzo e il quarto fattore, non rappresentabili graficamente.

Grafico 1



	F1	F2	F3	F4
RC 1	.825	.125	.097	.411
RC 2	-.436	-.767	.022	.183
RC 3	.318	-.065	.175	-1.047
RC 4	-.301	.500	-1.353	-.040
RC 5	-.763	.838	.654	.124

Repertorio Culturale 1

Il RC 1 è in relazione con il polo positivo del primo fattore. Analizzando gli incontri di parole dense entro il cluster, rintracceremo il significato emozionale del RC. Il primo incontro di parole dense è tra **seduta** e **privato**. Seduta proviene dal latino *sedere*, stare, riposare, essere collocato. Sedere, metaforicamente, vuol dire svolgere un ufficio, una funzione. Una seduta è anche una riunione, un consesso, un incontro tra persone. Qualcuno si ferma, interrompe lo spostarsi nello spazio e con esso il mutare delle relazioni alle quali partecipa. Prende posizione entro un rapporto. La seduta è lo spazio-tempo, definito, della relazione psicoterapica. Il fermarsi di una coppia, dove le parti assumono reciproche funzioni. Privato, dal latino *privatus*, che come contrario di *publicus* vuol dire non pubblico, separato dalla collettività, proprio di una sola persona. *Privus* è la singola persona mancante di un pubblico ufficio, di un incarico che gli dia responsabilità sulla collettività. Una coppia stabilisce una relazione, impone una sosta alle altre attività, si riunisce entro uno spazio privato, separato da ogni funzione pubblica destinata ad altri che non sia la coppia stessa. Si tratta di una relazione riservata, privata, ma al tempo stesso libera da funzioni che abbiano altri per oggetto. Segue la parola densa **cura**, con la quale comincia a delinearsi la finalità che caratterizza questo spazio riservato. La cura è la vigilanza premurosa e assidua, l'interessamento sollecito che arriva fino all'inquietudine, alla preoccupazione. Al tempo stesso è l'insieme dei rimedi adottati per trattare, guarire una malattia. Si sta parlando di una relazione privata, separata dall'ambito pubblico, nella quale ci si incontra in una sospensione delle solite attività, per occuparsi sollecitamente di qualcosa. La parola successiva è **medico**. Dal greco *medeor*, curare le malattie in base a un sapere. La relazione che si è instaurata, ha un duplice scopo: prendersi cura di qualcosa, di qualcuno in uno spazio riservato, ed eliminare un male. Questo male non si può curare entro le normali attività, entro la collettività: richiede un luogo e una relazione dedicata. La parola successiva è **lungo**, che si estende nel tempo, che richiede molto, forse anche troppo tempo. La cura richiede un tempo lungo. Si prosegue con **psicologo**, che, dopo il medico, rappresenta la seconda figura professionale chiamata in causa. Il riferimento alla psicologia, (da *psiche*, anima e *logos*, discorso) ci porta su un piano diverso dalle patologie organiche; siamo nel campo della mente, dei pensieri, delle fantasie. Ci si prende cura, entro uno spazio riservato e un lungo processo, di qualcosa che ha a che fare con un male, ma anche con la mente. Seguono, con lo stesso valore di χ^2 , **sostegno** e **ragazzo**. Entrambe sembrano far riferimento a qualcuno che deve crescere in autonomia, in importanza. La prima (dal latino *subs*, in alto e *tenere*, tenere, tenere fermo) vuol dire reggere, proteggere, nutrire, mantenere. La seconda, sia che derivi dal greco *rake*, veste lacera, o dal dialettale *ragar*, tosare, fa riferimento ai giovani servi dai capelli rasati e dalla veste lacera. Questo Repertorio Culturale sembra rappresentare la psicoterapia come relazione speciale, protetta, che conforta, che sostiene, che fa crescere. A lungo. Una relazione dove la fantasia di dipendenza da una figura forte e competente, esperta del corpo e della mente, rassicura. Segue la parola **professione**, da *profiteri*, dichiarare pubblicamente, insegnare. Esercitare un'arte nobile, di quelle che si insegnano dalla cattedra. Si ribadisce che la relazione deve essere tutelata da una competenza certificata: colui che deve crescere, essere sostenuto, deve affidarsi a qualcuno che sia adeguatamente autorevole. Segue **ASL**, Azienda Sanitaria Locale, che in Italia rappresenta la sanità pubblica distribuita sul territorio, volta a garantire assistenza e cura al cittadino. Alla relazione privata, con cui il cluster esordisce, si affianca la funzione pubblica; chi deve essere sostenuto e assistito ha

bisogno di uno spazio dedicato, ma chiama in causa anche l'assistenza pubblica. Segue **mamma**. La prima assistenza ricevuta da ciascuno, e nella nostra cultura la figura familiare dedicata all'assistenza e alla cura ben oltre l'età in cui se ne avrebbe bisogno, fino ad arrivare all'epiteto *mammone*, per chi dalla mamma non si distacca in età adulta. Seguono **farmaco, fisico, paziente**, che di nuovo portano il cluster verso significati connessi alla cura del corpo e dei suoi mali, e verso la terapia medica. Segue **avvocato**, che invece evoca conflitti entro le relazioni, come pure la relazione è evocata da **coinvolgere**, ovvero implicare in situazioni che comportano rischi o responsabilità. Segue **droga**, una sostanza contenente uno o più principi attivi con azione terapeutica, ma nell'uso comune associata a proprietà stupefacenti, eccitanti, allucinogene e, in sintesi, distruttive della persona. Il farmaco può anche fare del male. Segue **diffidenza**, mancanza di fiducia negli altri per paura o sospetto di venire ingannato. Segue **indirizzare**, dirigere, far andare in un luogo o in una direzione; che può essere evocato come consiglio amico, ma anche come manipolazione. La relazione, nella zona centrale del cluster si presenta come rassicurante e dedicata al paziente, in un'area privata e di sospensione della routine quotidiana. Nella periferica, dopo la comparsa della famiglia e del contesto pubblico attraverso la mamma e l'ASL, compaiono conflitti e pericolosità delle relazioni. Sarebbe che questa cultura si rappresenti la psicoterapia come un'area franca dai conflitti e dalle implicazioni della vita quotidiana e anche per questo curativa, e tuttavia in qualche modo assediata da essa.

In sintesi: in questa cultura si propone la psicoterapia come una relazione tutelata dalla competenza qualificata dello psicoterapista, e dedicata a un cliente che può essere sviluppato e curato entro un ambito protetto dalle implicazioni rischiose e dai conflitti della vita pubblica e familiare. La psicoterapia è una sorta di sosta periodica entro le traversie della vita quotidiana. Una sosta che può punteggiare la vita quotidiana anche molto a lungo, come una parentesi restauratrice che periodicamente ci si concede, entro la quale si può finalmente essere bisognosi di supporto, perché qualcuno te lo darà. La psicoterapia di questo RC non risolve problemi, ma offre un'alternativa confortante, un'occasione di sviluppo e crescita, rispetto a relazioni vissute come imprescindibili ma al tempo stesso problematiche e pericolose. Le figure professionali presenti in questo cluster e associate allo psicoterapista sono in primo luogo lo psicologo e il medico. Psicologo e medico sono così congiunti tra loro e connessi a funzioni di supporto all'individuo nell'aiutarlo a tollerare problemi di relazione non risolvibili, ma dai quali ci si può prendere una pausa. Vedremo che invece lo psichiatra, separato dal medico, sarà associato al circoscrivere, isolare ed espellere problemi di relazione. Nel cluster compare poi l'avvocato, colui che prende parte nei conflitti e difende la causa del proprio cliente. Lo psicoterapista è chiamato a prendersi cura del suo paziente in un contesto protetto, ma anche a difenderlo dai conflitti che altrove gli altri gli pongono. Lo psicoterapista, associato a psicologo, medico e avvocato si prende cura di un individuo circondato da un contesto di relazioni ostili.

Repertorio Culturale 5

Il RC 5 è in rapporto con il polo positivo del secondo fattore, poi con il polo negativo del primo, e infine con il polo positivo del terzo. La prima coppia di parole dense è **psicoanalisi** e **conoscenza**. Il termine *psicoanalisi* deriva dal greco *psiche*, anima e *analyo*, scompongo. Evoca una questione complessa, da capire scomponendola nei suoi elementi semplici. La *psicoanalisi* è connessa con l'inconscio, simbolizzato come la parte dell'anima più nascosta e misteriosa. La parola **conoscenza** rimanda all'avere cognizione di qualcosa, essere in grado di praticare qualcosa, conoscere qualcuno. Conoscere è un verbo che esprime la relazione con la realtà, con le persone. La psicoterapia sembra essere simbolizzata come

un processo introspettivo di scomposizione dell'anima, funzionale a gettare luce sulla sua complessità, e insieme come l'apprendimento ad avere una relazione con la realtà, con gli altri. Segue la parola **percorso**, dal latino *per* e *correre*, correre attraverso. È una parola che porta ad una centratura sull'itinerario, piuttosto che sulla meta da raggiungere. Come a dire che è più importante il cammino che il punto di arrivo. Le prime parole del cluster evocano un percorso contrassegnato da intenti di conoscenza della realtà, di analisi della mente, dove ciò che conta è attivare tale processo, più che l'ottenere un risultato finale. Seguono, con lo stesso valore di χ^2 , **fede** e **shock**. La fede è una credenza basata su un'autorità altrui o su una convinzione personale più che su dei riscontri, delle prove. La fede, è ben diversa dall'analisi e dalla conoscenza. La fede, si sa, viene messa in discussione dall'analisi e dalla conoscenza. Quanto allo shock (dall'inglese *to shock*, percuotere) è una reazione organica violenta, indotta da un forte stimolo fisico o psichico. Per estensione, è un violento e improvviso turbamento psichico. Il percorso di conoscenza comporta dei riscontri violenti, traumatici. Le credenze basate sull'altrui autorità o sulle convinzioni senza riscontri, subiscono una crisi. Successivamente troviamo, con lo stesso valore di χ^2 , **dolore**, **piangere** e **incuriosire**. Dolore: *doleo*, sento male; sensazione spiacevole, che affligge. Piangere: *plangere*, percuotere con rumore, dall'atto di battersi in preda a un dolore. Versare lacrime per commozione, per dolore. Lamentarsi per una sofferenza. Incuriosire, da curiosità, a sua volta da *cura*, sollecitudine. Chi è curioso è desideroso di sapere, di conoscere. Anche oltre il lecito: curioso è chi vuole sapere, vedere ogni cosa, violando i limiti. Sembra si parli di una psicoterapia simbolizzata come un viaggio di scoperta e di confronto con parti di sé e con la relazione con lo psicoterapista; un viaggio che comporta sconferte, dolore e tuttavia è sostenuto dalla curiosità. Questo cluster associa la psicoterapia a un'esplorazione dolorosa e al contempo curiosa, che mette in crisi le credenze fideistiche. Segue **dipendenza**: *de pendere*, essere appeso. Dipendere è prendere origine, discendere come conseguenza, essere subalterno, essere in una necessaria relazione. Nel viaggio di scoperta di sé e della realtà, denso di emozioni di sconferta, dolore, curiosità, la relazione tra coloro che viaggiano è intensa, necessaria, connotata anche dalla sofferenza del sentirsi vincolati ad essa. Segue **positivo**, da *ponere*, piantare, porre. Positivo è ciò che è lì, su cui si può far conto. Positivo, quindi, acquista il senso di buono, utile. Segue **affidarsi**, consegnare qualcosa, o se stessi, all'altrui fede. Fidarsi di qualcuno. Sempre di più il viaggio di esplorazione è connesso a un rapporto intenso, fatto di dipendenza, di affidamento, di far conto su qualcuno. Segue **intraprendere**: dare inizio a un lavoro, a un'impresa specie se impegnativa, lunga, rischiosa. Questo rapporto esplorativo, conoscitivo, su cui ci si fonda, a cui ci si affida, è un'impresa in sé e nel contempo permette di intraprendere, di impegnarsi in attività importanti e difficili. In questo repertorio sembra sopravvivere il mito psicoanalitico del viaggio iniziatico all'interno della mente, tramite una sofferenza che premia e rende maturi. Questo, in una sorta di implosione entro di sé, mentre si è affidati a qualcuno da cui si dipende affidabilmente.

In sintesi: in questa cultura si propone la psicoterapia come conoscenza. Non ci sono relazioni problematiche dalle quali porsi al riparo, o da ricondurre all'ortodossia, o dalle quali liberarsi come da un vincolo, o da integrare nelle loro differenze, come vedremo in tutti gli altri RC di questa cultura locale. In questo cluster non appare il contesto di relazioni in cui il cliente della psicoterapia vive, quanto il suo modo interno, entro il quale egli fa un percorso di conoscenza, caratterizzato dal fatto di mettere in discussione, dolorosamente, vecchie fedi e credenze per accedere a nuove, produttive conoscenze. Tutto questo entro una relazione di dipendenza da uno psicoterapista affidabile, su cui si può far conto, che faccia da punto di riferimento in tale percorso. La figura professionale associata a tale cultura è lo psicoanalista, che in tal senso si pone come il promotore della conoscenza di sé, vista come diversa da tutti gli altri interventi psicoterapeutici.

Repertorio Culturale 2

Il Repertorio Culturale 2 si colloca sulla polarità negativa del secondo fattore. Le parole dense centrali nel cluster sono **obiettivo** e **ascoltare**. Obiettivo è ciò che attiene all'oggetto, e non al soggetto; ciò che si basa sui fatti. Esprime una posizione imparziale, è un sistema

ottico che fornisce un'immagine reale di un oggetto. Ma è anche una meta da raggiungere, un bersaglio da colpire. Ascoltare è porgere attentamente l'orecchio, sentire con attenzione. Ma anche prestare ascolto nel senso di dare retta, seguire un indirizzo, un consiglio. Qualcuno persegue un obiettivo, ha una meta. E insieme c'è bisogno di ascoltare qualcuno che parla. Si parla in modo obiettivo, senza la soggettività dei sentimenti e delle emozioni, si parla perché si persegua un obiettivo, si parla perché si ascolti. La parola successiva è **spiegare**. Svolgere, allargare distendendo, rendere chiaro illustrando. Spiegare richiama l'idea di un sapere preconstituito, da manifestare. L'ascolto viene indirizzato, orientato; qualcuno illustra, spiega. Ascoltare e spiegare, insieme, rimandano a una relazione che sembra organizzarsi intorno ad una capacità di parlare e ascoltare obiettivamente, senza emozioni, e a una conoscenza preconstituita, detenuta da qualcuno che la elargisce a un altro. Le due parole successive, con lo stesso valore di χ^2 , sono **crisi** e **ricerca**. La parola crisi rimanda ad un punto di rottura, di separazione. Crisi deriva dal greco *krino*, separo; figurativamente, decido. La crisi è il momento che separa una serie di fenomeni da un'altra, differente. È il cambiamento decisivo, in bene o in male, nel corso di una malattia. La crisi è la sospensione di una regolarità, il presentarsi di un subitaneo mutamento. Quanto al ricercare, è il cercare da capo, di nuovo. Fa riferimento a qualcosa che si è perso, di cui ci si sente mancanti, e che si desidera ottenere. Segue la parola **equilibrio** (dal latino *aequilibrium*, di peso uguale), che specifica lo stadio terminale che ci si aspetta da questo lavoro di ricerca: il ripristino di un'armonia senza oscillazioni e deviazioni da un centro ideale, pacificante. Una crisi determina la ricerca dell'equilibrio perduto; ciò può essere perseguito tramite l'ascolto di qualcuno che spiega obiettivamente ciò che va fatto, in che modo vanno intese le cose. Un equilibrio si è rotto e si desidera ripristinarlo. L'equilibrio interrotto riguarda la perdita dell'obiettivo e dell'obiettività, l'invasione di una soggettività deviante. Segue la parola **motivazione**, da motivo, ciò che induce a muoversi. Si può superare la crisi, recuperare l'equilibrio. L'ascolto induce a muoversi verso l'obiettivo ritrovato. Segue **prete**. Da *presbyter*, il più vecchio. In senso di autorevole, provetto. Quindi gli anziani in grado di guidare la comunità cristiana nei primi secoli dopo Cristo. Successivamente, ministro del culto cattolico. Segue **canone**, dal greco *kanon*, bastone dritto: quindi, figurativamente, regola, modello. Regola religiosa, oppure regola esemplare cui ci si riferisce in relazione a un'arte. Segue **sacerdote**, colui che offre sacrifici al dio, entro una religione politeista come pure ebraica o cristiana. Il RC sembra organizzarsi intorno a una fantasia di psicoterapia rappresentata come un rito che riconduce, al canone e alla regola, una crisi dell'ortodossia. Che reinserisce la persona in crisi entro una comunità guidata da anziani provetti, esemplari, organizzata come una chiesa, un insieme di persone che condividono lo stesso credo, gli stessi principi. Seguono **necessità**, ciò di cui non si può fare senza, bisogno che costringe; **guarigione**, il far tornare sano chi è malato; **ritrovare**, trovare ciò che si era perso; **confessione**, dichiarare apertamente errori e dubbi, mostrando di disapprovarli; **guida**, colui che mostra la via. Se il RC 5 promuove l'esplorazione iniziatica entro di sé, il RC 2 raccomanda che venga ripresa la retta via, nota, ortodossa e sicura, che era stata smarrita.

In sintesi: in questa cultura la psicoterapia è concepita come la riconduzione di un cliente in crisi all'ortodossia, al conformismo, al comportamento canonico controllato dall'autorità. La crisi è lo smarrimento di un senso obiettivo delle cose, senso che non va cercato e pensato, ma recuperato ascoltando e seguendo chi lo conosce, chi sa. La crisi non è una risorsa, ma una deviazione dalla norma. Lo psicoterapista assume la veste di chi ascolta la confessione dell'errore e corregge, consiglia, guida, indirizza. La psicoterapia riconduce il cliente a un contesto conformista di rapporti, organizzato da un'autorità che controlla e regola le relazioni. Lo psicoterapista è una vestale, a sua volta conforme a questa autorità e alle sue indicazioni, di cui si fa portavoce devoto. La figura associata allo psicoterapista è il prete, il sacerdote.

Repertorio Culturale 4

Il RC 4 è in rapporto con la polarità positiva del terzo fattore. Le prime due parole sono **bambino** e **anziano**. Bambino è l'essere umano tra la nascita e l'inizio dell'adolescenza, e

per estensione chi può essere definito immaturo, non sviluppato, ingenuo. Anziano è l'essere umano in età avanzata, all'altro polo della vita. Viene rappresentato l'arco della vita con le sue due polarità di esordio e di conclusione. Al tempo stesso, vengono proposte le due età non produttive, meno autonome. La psicoterapia, sembra esprimere questo Repertorio Culturale, si occupa dei problemi delle persone che sperimentano una posizione di dipendenza, di debolezza, che hanno bisogno di accudimento da parte di qualcuno. Evocando l'intero arco della vita, lo sviluppo umano che va dalla nascita alla morte, si indica una psicoterapia che appoggia un ingresso e accompagna un'uscita. Segue **generazione**. Generare è produrre un proprio simile. La generazione è l'insieme di persone che condividono la stessa età, che appartengono e si riconoscono in una decade (gli anni '60, gli anni '70), a volte in conflitto con altre generazioni. La generazione è pure il periodo di tempo, circa 25 anni, che trascorre mediamente prima che un individuo ne generi altri. Viene evocato l'arco della vita umana, l'ingresso e l'uscita degli individui dai sistemi di convivenza, l'organizzarsi delle generazioni nel loro riprodursi, nel confronto tra loro, nello scorrere del tempo. Segue **integrazione**, dal latino *in tangere*, non toccato, intero. L'integrazione è un'aggiunta che colma una mancanza, un'incompletezza o un'imperfezione. Ma anche un rapporto di stretta collaborazione, di assistenza reciproca. Gli individui uniti e al tempo stesso separati dalle generazioni, dalle età, vanno integrati entro le situazioni di convivenza, aiutati nell'ingresso come nell'uscita entro la vita, entro i processi produttivi. La parola successiva è **libero**. Libero è chi non ha padroni, che può fare a suo senno e a suo piacere. Ci si integra nelle relazioni, ponendo così riparo ai propri limiti di individuo isolato; ma bisogna anche conservare la libertà, non patire la dipendenza. Il RC declina la questione delle relazioni sociali, dei modi in cui essa viene rappresentata come risorsa e come vincolo, e chiama in causa la psicoterapia come intervento sui problemi che essa pone. Seguono le parole **cultura** e **manicomio**, con lo stesso valore di χ^2 . Si può lavorare sulla convivenza per integrare, per mettere insieme, per scambiare. Oppure si può lavorare per portare via il diverso, per isolarlo, perché non sia più una minaccia. Seguono **giovane**, **società**, **maestra**. Maestro è chi conosce approfonditamente una disciplina; la strada maestra è quella a cui fanno capo tutte le vie minori. Si torna sull'inserimento sociale dei giovani, sul loro essere una risorsa per la società, sulla necessità di formarsi, imparare, trovare maestri. Segue **strano** da *extraneus*, che è di un altro peso; quindi inusitato, insolito. Segue **affrontare**, mettersi di fronte, assalire, iniziare a trattare qualcosa di impegnativo. L'estraneità, la diversità, propria e altrui, possono essere combattute come trattate, avvicinate in un confronto impegnativo. Seguono **carattere**, qualità distintiva di qualcosa o qualcuno, tratto particolare, e **condizionare**, influenzare determinando il comportamento. L'individuo può essere condizionato dal contesto di relazioni in cui vive, o avere carattere, difendere e sviluppare propri tratti particolari e distintivi. Il cluster sembra continuare a elaborare il tema dell'adattamento, dell'inserimento dell'individuo entro contesti di convivenza, attraverso l'elaborazione e l'integrazione delle estraneità, delle differenze.

In sintesi: questa cultura si propone come vicina ai RC 2 e 1, e come vedremo anche al 3, sotto il profilo dell'assumere le relazioni come oggetto dell'intervento psicoterapeutico. Ma al tempo stesso è profondamente differente dai RC 3, 2, 1 in quanto si tratta dell'unica cultura che, posta la relazione al centro dell'interesse, non la vede come fonte di conflitto tra individuo e società, come contrastante con gli interessi e con la libertà dell'individuo. Non bisogna liberarsi dalle relazioni o allontanarsi da esse periodicamente, né costringerle entro un violento conformismo che le controlli. Le differenze che attraversano la relazione sono la vita stessa, e come tali non vanno eluse; piuttosto vanno integrate. La psicoterapia è vista come un aiuto ad elaborare i problemi che la relazione pone, soprattutto sotto il profilo dell'integrazione dell'estraneo, di ciò che è diverso. Nei RC 2, 1 e 3 il protagonista è un individuo in conflitto con il suo contesto di relazioni; nel RC 4 protagonista è la relazione stessa. La relazione è il contesto dal quale l'individuo non può scindersi, e il lavoro richiesto alla psicoterapia è di integrazione tra individuo e il suo contesto. In questa cultura non si propone nessuna figura professionale, diversa dallo psicoterapista, alla quale associare quest'ultimo. Né il sacerdote che autorevolmente controlla i rapporti per ricondurli

all'ortodossia, né il medico o lo psicologo che si prendono cura di qualcuno in periodica pausa dai problemi della vita quotidiana, né l'avvocato che lo difende dall'aggressività degli altri, né lo psichiatra che, come vedremo nel prossimo cluster, libera dalle relazioni problematiche. Notiamo che negli altri cluster tutte le figure cui lo psicoterapista viene accostato nell'immaginarne funzione e identità, tranne lo psicologo e lo psichiatra, sono recuperate tra le professioni più antiche. Qui invece insieme all'assenza di queste figure tradizionali compaiono problemi nuovi, inediti, almeno per ciò che concerne l'attesa che una professione si occupi di essi.

Repertorio Culturale 3

Il RC 3 è in rapporto con il polo negativo del quarto fattore. La prime parole sono **quotidiano** e **coppia**. Quotidiano viene dal latino *quotidie*, ogni giorno. Evoca la familiarità di un'esperienza caratterizzata dalla ripetitività, dalla normalità, e insieme la rilevanza della vita quotidiana, di ciò che ci riguarda ogni giorno. La ripetitività quotidiana, la normalità, sono apparentemente rassicuranti, ma anche mortificanti nella mancanza di novità, di rischio. Coppia, deriva dal latino *copula* che vale legame, congiunzione. La parola viene usata per indicare due elementi della stessa specie, due carte dello stesso valore, due forze di uguale intensità, anche due persone unite tra loro da una stessa attività, un legame affettivo. La quotidianità è caratterizzata dai legami, da ciò che ci tiene insieme, uniti, stretti ad un altro. Segue la parola **stress**, ovvero spinta, pressione, costrizione. Questa parola indica la risposta adattiva dell'organismo alle sollecitazioni dell'ambiente; può essere fisiologica, come avere risvolti patologici. Il linguaggio comune la usa in questa seconda accezione. In questo caso, segnala una risposta disadattiva associata a stimoli troppo pressanti e connessa alle emozioni. Le emozioni vengono scisse dal senso che chi le prova potrebbe dar loro, e viste come risposta, magari "esagerata" e intrinsecamente connessa a reazioni fisiche, a stimoli eccessivamente pressanti. La quotidianità ripetitiva di una coppia, la sua apparente normalità sono sottoposte a stress, la ripetitività diventa costrizione. Segue **bulimia**, dal greco *boulímia*, fame da bue. Il termine esprime un'alterazione del normale senso della fame che conduce allo specifico di una terminologia psichiatrica, divenuta però di uso comune. Il mangiare, gesto quotidiano, diviene voracità spropositata. La coppia, i rapporti, stanno dentro una quotidianità ripetitiva stressante e vuota di senso, che genera una fame avida, distruttiva. Seguono le parole **debole** e **disturbo**, con lo stesso valore di χ^2 . Debole da *dehibilis*, colui che non ha, colui che manca di qualcosa, e che per ciò è di poca forza. Disturbo viene da *dis*, rafforzativo, e *turbare*, scompigliare, creare disordine. Un legame, perso il vissuto rassicurante della ripetitività, è invaso da un vuoto divorante; perde forza, è preso dal disordine, dalla mancanza di senso. Seguono, con lo stesso χ^2 , **specialista** e **speranza**. Specialista è colui che esercita in modo speciale, dedicato, una scienza o un'arte. La parola successiva è **risolvere**, da *solvere*, liberare, sciogliere. Una situazione di stretto rapporto, un legame di coppia sottoposto a stress, a disordine, a un sentimento di vuoto avido, incontra uno specialista che offre speranza e soluzione, che libera, che scioglie il legame costrittivo. Segue **psichiatra**, il medico specialista in patologie mentali. Lo specialista chiamato a risolvere, e un medico attrezzato con le risorse della medicina, farmaci e prescrizioni. Alle sue spalle la sanità pubblica, con i suoi servizi da attivare nel caso in cui la crisi del legame violi le regole della quotidianità normale. La quotidianità ripetitiva, normale, che è alle radici della crisi, è ciò che deve essere ripristinato risolvendo, medicalizzando la crisi. Segue **gente**. La gente dice, la gente pensa. Appare il conformismo che evoca l'opinione degli altri come regolatore della normalità, di ciò che va fatto, dei criteri cui è bene attenersi. Segue **confidare**, avere fiducia, ma anche dire a qualcuno sotto il segno della segretezza. La socialità si scinde. Da un lato una collettività conforme e conformista; dall'altro un legame privato, ove ci si fida e confida. Segue **egocentrico**. Colui che è centrato su di sé. Segue **tranquillo**, senza turbamento, quieto. Siamo all'opposto dello stress con cui il cluster prende inizio. Segue **solo**: non c'è più la coppia, e con essa non c'è più il legame costrittivo. Questo RC sembra configurare i problemi che portano qualcuno in psicoterapia come connessi con la costrizione dei legami, che svuota e rende avidi, che disordina una quotidianità che deve tornare in uno stato idealmente tranquillo, conforme. Sembra che l'esito debba essere risolutorio nel senso di

non cercare un significato del vuoto, dell'avidità, della costrizione, quanto piuttosto di liberarsene. La soluzione consiste nello sciogliere i legami fonte dello stress, con l'aiuto di uno specialista che riporti a una tranquilla centratura su di sé, chi era vincolato dal legame con altri.

In sintesi: in questa cultura la relazione è vissuta come vincolo intollerabile, dove ci si appropria voracemente l'uno dell'altro e al tempo stesso si vive un vuoto insanabile. Sembrerebbe di trovarsi di fronte alla relazione come possesso dell'altro e insieme annientamento di sé e dell'altro entro questa dinamica dell'impadronirsi, del divorare. La relazione è una patologia. Non appaiono né la speranza, né la prospettiva di poter riformulare il rapporto riorganizzandolo su altre premesse. Ci si deve piuttosto rifugiare in un tranquillo egocentrismo, liberandosi dai vincoli e dalla costrizione che la relazione propone. Il professionista associato allo psicoterapista, colui che risolve, scioglie i lacci delle relazioni vincolanti, il chirurgo delle relazioni è lo psichiatra.

Conclusioni. Una sintesi della cultura locale dei non clienti.

Proponiamo un secondo grafico, attraverso il quale sintetizziamo le differenti culture che organizzano lo spazio culturale dei non-clienti della psicoterapia. Ricordiamo che entro il vincolo della rappresentazione bidimensionale, i RC 5, 1 e 2 possono essere rappresentati in relazione ai poli dei fattori con cui sono in rapporto, mentre i RC 3 e 4 vanno immaginati su una terza dimensione, essendo in relazione con i poli del terzo e del quarto fattore.

Grafico 2



Il conoscere come esplorazione iniziatica del proprio mondo interno, RC 5, si contrappone a tutti i RC tranne il 4, che si colloca da solo sul terzo fattore. Se il RC 5 evoca un mondo interno senza rapporto con un contesto, i RC 1, 3 e 2 evidenziano, tutti, differenti culture della relazione; configurando quest'ultima come il problema che è alla radice dell'intervento psicoterapeutico. Una prima contrapposizione si ha, quindi, tra mondo interno, fantasie, emozioni, pensieri dell'individuo da un lato, e contesto dall'altro. Sotto un profilo interpretativo anche il RC 4, che parla di un contesto di convivenza come luogo dell'intervento, si contrappone al 5.

Posta una prima contrapposizione, entro la cultura degli intervistati, tra mondo interno e mondo esterno, vediamo come viene configurato quest'ultimo nei RC che parlano di relazioni entro contesti di convivenza. Si tratta, sempre, di relazioni problematiche, ma se ne parla in modi molto diversi.

Per il RC 1 la psicoterapia difende e protegge, entro uno spazio privato, dalle relazioni pubbliche e familiari, costrittive e vincolanti, che l'assediano. La psicoterapia è una sosta dalla vita quotidiana, protetta e dedicata alla cura di chi si rivolge ad essa; protezione e cura che altrimenti mancherebbero. Sotto questo profilo, essa può anche durare molto a lungo, avendo come scopo principale l'offrire un'alternativa alla difficile quotidianità. Per il RC 3, invece, la psicoterapia non rappresenta una pausa dopo la quale riprendere le relazioni problematiche dalle quali ci si è temporaneamente allontanati, ma deve risolutivamente liberare dalle relazioni, viste come costrizione vincolante, ostacolo all'autonomia. Qui ciò che conta non è il processo ma l'esito conclusivo, rappresentato appunto dallo sciogliersi definitivo delle relazioni costrittive. L'approdo sembrerebbe essere un tranquillo, ideale egocentrismo. Quanto al RC 2, la psicoterapia deve riportare a un corretto conformismo le relazioni disordinate e trasgressive.

Nei RC 1, 3, 2, la differenza tra individui e tra individuo e contesto si rivela fonte di conflitti. Risolti, temporaneamente, con il prendersi delle pause in un luogo protetto; risolti, definitivamente, nel liberarsi dalle relazioni, o nel conformismo. Differente, in modo rilevante, la posizione del RC4. Il RC 4, se da un lato sottolinea le differenze entro la relazione come campo di intervento della psicoterapia, dall'altro pone come suo obiettivo l'integrazione tra di esse.

Abbiamo così due grandi contrapposizioni. In primo luogo tra *mondo interno* da un lato (RC 5), e le *relazioni sociali* dall'altro (RC 1, 3, 2 e 4). In secondo luogo tra *relazioni viste come fonte di problema* da un lato (RC 1, 2 e 3), e *relazioni vissute come risorsa* dall'altro (RC 4), in quanto per quest'ultimo cluster obiettivo della psicoterapia è l'integrazione delle differenze che caratterizzano lo sviluppo della vita e della convivenza.

Vediamo anche che le figure professionali associate alla psicoterapia sono lo psicoanalista, lo psicologo, il medico, il prete, lo psichiatra. Lo psicoanalista è colui che, in una posizione contrapposta a tutti gli altri, si dedica al mondo interno, agli altri, in diversi modi, alle relazioni. Lo psichiatra è colui che risolve, che elimina i problemi, dopo avere istituito una separazione tra questi ultimi e le persone che li vivono. Non a caso il RC 3, il cluster in cui compare lo psichiatra, si contrappone a RC 5, il cluster dello psicoanalista. Le emozioni, viste per altro come separate dalla relazione sociale e tutte vissute entro il rapporto psicoterapeutico, sono la risorsa centrale nel primo caso, mentre sono patologia da eliminare nel secondo caso. Quanto al medico e allo psicologo (notiamo come il medico venga associato allo psicologo e distinto dallo psichiatra) sono coloro che curano, nel senso di mettere al riparo dalle relazioni problematiche. Curare per il RC 1 non è risolvere, ma prendersi cura. Il prete, infine, è colui che spiega e corregge, riporta sulla retta via. Con uno zelo pari a quello attribuito allo psichiatra, elimina le differenze disturbanti, non le considera fonte di informazione. In questo caso c'è lo psicoterapeuta - prete armato di prediche e consigli. Medico e psichiatra sembrano gli psicoterapisti da cui si manderebbero volentieri gli altri, l'amico, il figlio, il genitore che si vorrebbe vedere risolti e corretti. Quanto al RC 3,

quello della psicoterapia come integrazione delle differenze entro i contesti di convivenza, è interessante rilevare che tale funzione non sia associata a nessuna figura professionale specifica; quindi a nessuno stereotipo. In questo caso sembrerebbe emergere in primo luogo una domanda, piuttosto che fantasie associate a stereotipi professionali e a ciò che si suppone che tali professionisti sappiano fare e offrano a chi si rivolge a loro.

Quanto alle variabili sesso ed età, esse non sono risultate in una relazione significativa con nessuno dei cluster prodotti dall'analisi. Ciò significa che siamo in presenza di culture del tutto trasversali nel gruppo intervistato.

Moscovici fa un primo passo nell'indicarci che conoscenza scientifica e senso comune non sono del tutto indipendenti, quando dice che i saperi scientifici subiscono una trasformazione logica e linguistica nel momento in cui entrano a far parte di una cultura⁴. Noi abbiamo preso in considerazione come anche le teorie scientifiche nascano dalle simbolizzazioni emozionali dei ricercatori e dalla loro appartenenza collusiva a contesti di ricerca (Paniccia & Giovagnoli, 2008). In questo senso, indichiamo la presenza di una circolarità tra senso comune, dinamiche collusive e ricerca scientifica. Circolarità che può avvalersi di misure di correzione perché la ricerca non sia solo espressione degli agiti delle dinamiche collusive che la sostengono. Entro l'ambito della psicoterapia, l'assenza di ricerche sulle attese dei clienti e dei non clienti, come sulle attese degli psicoterapisti, ci segnala che le dinamiche emozionali che caratterizzano tali gruppi sono poco esplorate. Crediamo quindi di poter fare l'inferenza che sono poco tenute presenti e poco analizzate le dinamiche collusive che organizzano la relazione tra mandato sociale e ricerca, come quelle che organizzano il rapporto tra domanda e offerta di psicoterapia.

Bibliografia

Bender, D., Farber, B., Sanislow, C., Dyck, I., Geller, J., & Skodol, A.E. (2003). Representations of Therapists by Patients with Personality Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 57 (2), 219-236.

Bragesjö, M., Clinton, D., & Sandell, R. (2004). The credibility of psychodynamic, cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77 (3), 297-307.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.

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

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

Carli, R., Paniccia, R. M., Bucci, F., Dolcetti, F., & Giovagnoli, F. (2009). La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana. *Psicologia Toscana*, 15 (2), 5-24.

Carli, R., Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (2004). *L'immagine dello psicologo in Toscana*. Ordine degli Psicologi della Toscana.

Carli, R., & Salvatore, S. (2001). *L'immagine della psicologia: Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Kappa.

4 Grasso e Salvatore (1997) riprendono e analizzano il lavoro di Moscovici entro la loro analisi dei processi di reificazione di cui sono oggetto i concetti scientifici, quando questi ultimi diventano oggetto di ciò che loro definiscono gli universi conversazionali, ovvero del senso comune che organizza le relazioni.

Clinton, D.N. (1996). Why do eating disorder patients drop-out? Evaluating the role of patient therapist frames of reference. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29-35.

Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Reynolds, S., Rees, A., & Stiles, W.B. (1995). Credibility and outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *British Journal of clinical psychology*, 34 (4), 555-569.

Farberman, R. K. (1997). Public attitudes about psychologists and mental health care: Research to guide the American Psychological Association public education. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 128-136.

Gabbard, G.O., & Gabbard, K. (1999). *Psychiatry and the cinema* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Giovagnoli, F., Dolcetti, F.R., & Paniccchia, R.M. (2008). Le attese e le valutazioni sulla psicoterapia dal punto di vista degli psicoterapeuti e dei clienti. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 334-353. Consultato il 03 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_08/Giovagnoli_Dolcetti_Paniccia.htm

Grasso, M. (2006). Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-18. Consultato il 4 marzo 2009 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Grasso.htm>

Grasso, M., & Salvatore, S. (1997) Pensiero e decisionalità: Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia. Milano: FrancoAngeli.

Grasso, M., & Stampa, P. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 102-117. Consultato il 4 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Stampa_Grasso.htm

Grasso, M., & Stampa, P. (2008). ... Siamo proprio sicuri di "non essere più in Kansas"? Metodi quantitativi ed epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 127-150. Consultato il 4 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_08/Grasso_Stampa.htm

Gutstadt, M.J. (2002). Public expectations of group psychotherapy. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 63(5-B), pp. 26-51.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.

Joyce, A.S., & Piper, W.E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 73 (3), 236-248.

Montesarchio, G., & Margherita, G. (2001). (Eds). *Pretesti di Colloquio bis*. Roma: Scione Editore.

Morrison, L.A., & Shapiro, D.A. (1987). Expectancy and outcome in prescriptive vs exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 59-60

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.

Paniccia, R.M., & Giovagnoli, F. (2008). Riflettendo sulla resocontazione: La costruzione di significati come prassi di ricerca e intervento. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 379-395.

Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Giuliano, S. (2008). Per una psicologia clinica dello sviluppo: La competenza a costruire contesti come prodotto dell'intervento. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-74. Consultato il 4 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_08/Paniccia_Giovagnoli_Giuliano.htm

Pistrang, N., & Barker, C. (1992). Clients' beliefs about psychological problems. *Counselling Psychology Quarterly*, 5, 325-335.

Reimers, T.M., & Wacher, D.P. (1992). Acceptability of behavioural treatments for children: Analog and naturalistic evaluation by parents. *School Psychology Review*, 21, 628-644.

Richardson, P., & Handal, P. (1995). The public's perception of psychotherapy and counseling: Differential views on the effectiveness of psychologists, psychiatrists, and other providers. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol 25(4), pp. 367-385.

Rokke, P.D., Carter, A.S., Rehm, L.P., & Veltum, L.G. (1990). Comparative credibility of current treatment for depression. *Psychotherapy*, 27, 235-242.

Safren, S.A., Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive behavioural group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 694-698.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultati il 5 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm

Signorielli, N. (1993). *Mass media images and impact on health*. Westport, CT: Greenwood Press.

Wanigaratne, S., & Barker, C. (1995). Clients' preferences for styles of therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 215-222.

Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Jeff, L. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.