

Chi ha slegato Roger Rabbit?

*Correzione di deficit VS promozione di sviluppo in
psicoterapia:
implicazioni per la valutazione e per la ricerca
clinica*

di Pietro Stampa e Massimo Grasso

Premessa

La scelta del titolo di questo contributo ha origine, oltre che da ragioni di marketing (ci sono altri 5 simposî in contemporanea al nostro), dalla considerazione che la ricerca in psicoterapia è in larga misura caratterizzata da una (pericolosa) confusione tra fantasia e realtà.

Cartoonia (Toontown in originale) è il territorio della fantasia, in cui vigono non solo regole sociali, ma principi di funzionamento fisici del tutto diversi da quelli del mondo degli umani. Quando un umano si avventura a Cartoonia può perdere la vita in uno di quegli incidenti da cui Bunny o Wilcoyote si risolleivano incolumi - mentre i cartoni sembrano convivere abbastanza bene nel mondo degli umani: basta che accettino di rimanere dei non-cittadini, o degli esseri di rango inferiore, delle curiosità...

Facile e graziosa metafora dei rischi che ognuno di noi corre quando si ritrova - volontariamente e suo malgrado - ad addentrarsi nella propria personale follia, mentre spunti marginali di follia sono continuamente presenti nella nostra vita quotidiana.

Basta farsi un giro in autostrada e osservare (forse subire, anche) il comportamento standard di un automobilista italiano "medio".

Definireste un comportamento "normale" ignorare la distanza di sicurezza o sorpassare senza prima mettere la freccia a 130-150 chilometri orari? E immettersi da una rampa senza dare la precedenza, senza nemmeno guardare se dall' autostrada sta arrivando un' altra vettura? E gli automobilisti si accorgono al-

meno che questi comportamenti, statisticamente normali, sono folli?

Era solo un esempio, non intendiamo parlare di questo. Ci chiediamo però: quali indicatori scegliamo per affermare che una persona emotivamente sofferente, interiormente disarmonica, mal integrata in una rete di relazioni interpersonali – mettiamo che sia un paziente in psicoterapia – “sta meglio” o addirittura “guarisce”? Indicatori soggettivi piuttosto che oggettivi? Se oggettivi o oggettivabili, si possono rendere ostensibili in modo semplice e chiaro senza perdere informazioni preziose di tipo qualitativo? Ammesso che sia davvero importante quantificare i “progressi” esprimendoli in numeri, questi possono essere numeri reali? O non saranno numeri immaginari, come la radice quadrata di -1? (In un famoso racconto di Asimov, il comportamento incongruo stimolo/risposta di un animale portato sulla Terra da Marte veniva finalmente spiegato dai ricercatori inserendo nell' algoritmo dei tempi di reazione un numero immaginario).

Non siamo affatto sicuri che la psicologia clinica e la psicoterapia possano tollerare (non seguire o rispettare: letteralmente tollerare) le stesse regole di funzionamento delle scienze naturali e delle prassi che a quelle corrispondono, in testa la biologia, la medicina, la chimica farmaceutica... Ma diremo qualcosa anche di economia e forse di antropologia simbolica (e reciproca: Italia/USA, un po' come nelle *Lettres persanes* di Montesquieu, o in *Papalagi* di Scheurmann), di linguistica e di politica culturale.

Ammesso poi che l' immagine di Roger Rabbit “incastrato” in un sistema di regole che non comprende e non condivide, rappresenti i pazienti piuttosto che i terapeuti; e non siano semmai questi ultimi che meritano di essere “slegati” dagli schemi troppo rigidi d' una ricerca che troppo spesso non riconosce se stessa per come è: di fantasia.

Esploriamo, a questo proposito, alcune difficili situazioni cliniche, che dobbiamo, come si dice a comunicazioni personali.

Caso 1

Un uomo di 35 anni, impiegato in una ditta di informatica, chiede una consultazione psicologica in vista di una psicoterapia. Si occupa, specificamente, di virus informatici e, come ama dire fin dall'inizio, "è quando allenti la sorveglianza che il virus ti frega ...ma io sto all'erta".

La richiesta ha luogo anche sulla base delle forti insistenze in questo senso da parte della moglie; il rapporto, lui stesso lo ammette, è difficile e problematico: la donna si dice costantemente insoddisfatta e sembra non tollerare la sua visione del mondo, della vita, delle relazioni interpersonali; è insofferente nei confronti di quella che definisce la sua superficialità, la sua mancanza di sensibilità, ma anche della sua chiusura nei confronti di tutto ciò che proviene dagli altri e, in ultimo, della sua insensata gelosia. La donna gli rimprovera che, a causa del suo modo di fare, conduce una vita priva di legami amicali significativi e quindi povera sul piano delle relazioni sociali. Anche nel lavoro, a quanto sostiene la moglie, la sua carriera avrebbe potuto recargli maggiori soddisfazioni se solo abbandonasse quello che lei chiama il suo "egocentrismo". La donna non se la sente di progettare un figlio con lui che sembra non riconoscere i problemi che questo comporta: non si sente supportata nella difficile scelta "lavoro o famiglia o entrambi" e non sopporta il suo modo di dire preferito: "vedrai che tutto si aggiusta".

Il paziente si lamenta della difficoltà, incontrata anche in passato, a stabilire rapporti affettivi soddisfacenti, ma sembra fondamentalmente attribuirne la responsabilità alle donne che ha incontrato e che, dopo qualche tempo, si sono allontanate da lui. È convinto di aver sempre agito per il meglio, nel lavoro, nei rapporti con gli altri, con le sue partner: "forse" afferma "è proprio che le donne sono capricciose e non sanno bene nemmeno loro quello che vogliono. Io a una donna do tutto quello che può desiderare: non agiatezza, ma certo tranquillità dal punto di vista economico, cose normali ... non ho grilli per la testa, io. Ho molto faticato" continua "per raggiungere la posizione che ho: possiedo una casa decente, ho un buon lavoro, sono una persona normale e guardo positivamente al futuro. Sono convinto che le cose buone che mi capitano dureranno per sempre e le ho fatte io. Le cose negative, invece, capitano per caso e sono persuaso che è difficile che possano ripetersi. Che male c'è a pensarla così? Comunque, ero persuaso di tutto questo. Queste donne così difficili, quest'ultima soprattutto, mi stanno mettendo un po' in crisi. Dottore mi dica, in tutta sincerità," conclude "non è convinto anche lei che abbia ragione io e siano loro ad avere torto? Se è così, me lo dica, magari se non è troppo disturbo me lo scriva e così potrò avere il conforto del parere di un esperto e ritrovare la tranquillità".

Al collega, cui dobbiamo il resoconto, il caso apparve fin dall'inizio come particolarmente difficile. Egli ricorda di aver dedicato molto tempo alla definizione e alla negoziazione di un possibile progetto terapeutico con il paziente. Singolarmente complessa appariva la delimitazione di una reale e convinta motivazione "intrinseca" al lavoro terapeutico, così come sembravano fin dall'inizio problematiche da gestire le, per così dire, nuance di tipo "paranoideo" che di tanto in tanto parevano affiorare. Alla fine di un tale percorso, tuttavia, il collega giunge a definire con il paziente un possibile obiettivo condiviso: le cose, come l'esperienza segnala al paziente non sempre "si aggiustano", anzi spesso si complicano. Perché non provare a capire qualcosa di più di tali "complicazioni", invece che semplicemente evitarle? "Come con i virus" suggerisce il paziente "puoi limitarti ad eliminarli, come fa la maggior parte delle persone, o puoi metterti a studiarli per capirne il meccanismo dall'interno".

Anche se una tale formulazione, e la fantasia che ne è alla base, non soddisfa completamente lo psicoterapeuta, perché, ad esempio, ancora fortemente oggettivante il disagio, tuttavia essa viene ritenuta un utile punto di partenza per provare a mettere in discussione le "certezze", per così dire assolute, del paziente e proporgli, attraverso la metafora dell' "interno dei virus" un percorso autoriflessivo: il virus, il negativo, non è solo esterno a noi, ma forse un po' ci appartiene; ma poi cosa possiamo definire come assolutamente negativo (non è forse vero che i maggiori esperti di virus informatici sono spesso, allo stesso tempo, dei formidabili hacker?); l'assunzione della semplifica-

zione come regola di vita spesso ci fa solo sopravvivere (eliminare il virus), la complessificazione può aiutarci a vivere più pienamente, anche se è più difficile, forse più faticoso ecc. ecc.

Nel corso della terapia, con estrema difficoltà e con la necessità di dover costantemente riproporre il contratto terapeutico, il paziente sembra progressivamente sviluppare aspetti riflessivi. Il conflitto con la partner si precisa in termini di maggiore assunzione delle reciproche responsabilità, al punto che il paziente arriva a contestare alla donna il suo atteggiamento "lamentoso", negativista e distruttivo e la invita a fare qualcosa anche lei per modificare la situazione se è vero, come lei sostiene, che crede nella loro relazione e desidera che vada avanti. Il fragile equilibrio su cui si basa il rapporto sembra vacillare e ciò fa soffrire in modo particolare il paziente: se verrà meno anche questa relazione che accadrà? Sarà in grado di stabilire un nuovo rapporto, magari fondato su basi più solide?

È a questo punto che accade il fatto che vogliamo segnalare.

Il nostro, si è detto, è un informatico che ha dimestichezza con la rete e che la terapia ha forse contribuito a rendere più curioso, più esplorativo: ed è così che un bel giorno si imbatte in una vulgata di Seligman, il profeta del "pensare positivo" [autore, lo ricordiamo noi, di volumi dai titoli come "Learned Optimism" (1991) o, addirittura, "Authentic Happiness" (2002) fino a giungere al recente "Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification" (2004)] e scopre che la sua condizione ante-terapia, non solo non era contrassegnata da alcuna "anomalia", ma era addirittura, secondo i parametri di Seligman, da ritenersi auspicabile.

A commento di questo caso, possiamo dire che (il nostro paziente forse ne era ignaro, e probabilmente anche il collega) le opinioni di Seligman non sono da considerarsi come poco rilevanti e marginali rispetto alle riflessioni sulla salute mentale se trovano ospitalità sull'autorevole *American Journal of Psychiatry* in una rassegna curata da G. E. Vaillant (2003) come esito di un finanziamento del *National Institute of Mental Health*. L'autore considera infatti la "psicologia positiva" come uno dei sei diversi approcci empirici alla salute mentale particolarmente meritevoli di attenzione. Come scrive Vaillant¹:

Seligman si è dato da fare perché la psicologia positiva seguisse le regole di Meyer di studio coscienzioso ed imparziale e di sperimentazione costruttiva. Il concetto di Seligman di ottimismo appreso comprende in sé l'evoluzione empirica che si è sviluppata in psicologia cognitiva negli ultimi trent'anni.

...

¹ Per la traduzione italiana facciamo riferimento a quella di Carlo Fornesi, apparsa su *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 2004, pp. 465-490

La psicologia positiva è l'unico modello di salute mentale che lascia supporre la possibilità di innalzare un punteggio di 75 alla VGF² fino a 90.

Secondo il modello della psicologia positiva, la salute mentale si fonda, tra l'altro, sulla possibilità di implementare alcuni "punti di forza" che sono identificati nell'amore, nella temperanza, nella saggezza e conoscenza, nel coraggio, nella giustizia, nella trascendenza. In particolare viene data importanza all'ottimismo. Come scrive ancora Vaillant, e sembra di udire le parole del nostro paziente:

L'importanza dell'ottimismo per una buona salute mentale dipende da uno stile esplicativo di questo tipo: "Le cose buone che accadono a me dureranno per sempre. Sono pervasive e le ho fatte io. Le cose brutte che mi accadono capitano per caso, sono limitate ed è difficile che accadano di nuovo".

"Nihil tam absurde dici potest, quod non dicitur ab aliquo philosophorum" diceva Cicerone.

Caso 2

Una religiosa di 59 anni, chiede un intervento psicoterapeutico a causa a causa di alcuni fastidiosi disturbi somatici (difficoltà di digestione, coliche ricorrenti accompagnate da astenia e insonnia, ecc.) che, anche se da sempre in qualche modo presenti, si sono negli ultimi anni fortemente accentuati limitando notevolmente la sua vita. Le indagini mediche prescritte dal suo curante, numerose e approfondite, hanno dato esiti negativi. Per questo motivo il medico, che ha diagnosticato i malesseri della suora come "disturbi psicosomatici", le ha consigliato una psicoterapia.

La donna, che ha preso i voti all'età di 31 anni, definisce la sua fede come "salda e incrollabile", anche se sembra tollerare con qualche fatica le rigide regole e l'assetto fortemente gerarchico che caratterizzano la convivenza all'interno della casa religiosa in cui attualmente risiede. Laureata in Lettere, si è dedicata per qualche tempo all'insegnamento che ha lasciato, anche a causa dei suoi disturbi, circa un anno fa. Parla con calore e passione della sua scelta religiosa, si descrive come una persona "complicata", in eterno contrasto tra un'interpretazione della sua vocazione come ritiro dal mondo e preghiera da un lato (da giovane aveva addirittura pensato alla clausura "per riuscire a vivere in silenziosa letizia") e impegno nel sociale, con le sue contraddizioni, i suoi problemi, le sue difficoltà, dall'altro: adesso i suoi malesseri sembrano bloccarla, immobilizzarla, "depotenziarla" suggerisce lo psicologo che si occupa del caso. Ha un rapporto che definisce "difficile", di cui con fatica parlerà nel corso della terapia, con la superiora della sua residenza, sem-

² Valutazione Globale di Funzionamento. Si tratta di un criterio di valutazione empirica della salute mentale utilizzato nel DSM.

pre comunque mantenuto, si affretta a precisare, entro i limiti della corretta osservanza della regola dell'obbedienza.

Il lavoro psicoterapeutico sembra progressivamente slatentizzare, decolpevolizzandolo, l'atteggiamento critico e l'autonomia di giudizio della donna, al punto da metterla, in un primo tempo, in un aperto quanto sterile contrasto con molte delle sue consorelle, ma progressivamente consentendole di indirizzare, resoconta lo psicologo, la sua aggressività verso mete più costruttive. Si avvicina così, con convinzione, a posizioni lontane dalla rigida ortodossia fino a stabilire dapprima un contatto epistolare, quindi una vera e propria collaborazione che sfocerà in alcune pubblicazioni, con una combattiva teologa straniera favorevole al sacerdozio femminile. I disturbi psicosomatici per i quali quattro anni prima aveva richiesto la psicoterapia, pur se non completamente debellati, rimangono sullo sfondo della sua esperienza di vita, sembrano essere sufficientemente controllati e adeguatamente tollerati nelle loro, adesso più sporadiche, manifestazioni. A questo punto, di comune accordo con lo psicoterapeuta, la terapia si conclude.

Otto anni dopo, all'età di 72 anni, la donna muore a causa di un tumore a rapida evoluzione che l'aveva colpita due anni prima. Una volta venuta a conoscenza della sua malattia, la donna aveva contattato di nuovo, telefonicamente, lo psicologo al quale aveva confidato la sua infermità. Lo psicologo riferisce di averla sentita serena, anche se stanca e rassegnata all'esito infausto che aveva di fronte, soddisfatta delle sue scelte di vita e desiderosa di impegnarsi al massimo nel suo lavoro, dato il poco tempo che aveva di fronte.

I nipoti, affezionatissimi, ma che non hanno mai completamente condiviso le scelte che hanno caratterizzato l'ultima fase della vita della donna, vengono tuttavia a conoscenza, attraverso una trasmissione tv, di una ricerca che sembra aver rilevato che proprio le suore possono vivere più a lungo se accettano serenamente e senza conflitti la loro scelta. A tutta prima la notizia, raccolta confusamente durante una cena natalizia, non sembra avere un grande fondamento e appare come una delle tante "perle" che quotidianamente offre lo sciocchezzaio televisivo, per di più condizionata dalla melensa atmosfera di cui puntualmente la televisione si ammantava nell'imminenza della festività. Tuttavia qualcuno decide di andare più a fondo e trova che, invece, la notizia ha un fondamento più che serio: la ricerca sulle suore è stata effettivamente realizzata e pubblicata nel 2001 su un'importante rivista scientifica.

Il titolo non lascia dubbi: "Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study". Uno degli autori, D.A. Snowdon (2001), ha addirittura pubblicato un libro sulla stessa tematica: "Aging with Grace".

La ricerca rivela come a 180 suore ventenni sia stato chiesto di scrivere un'autobiografia di un paio di pagine. Tra quelle che avevano espresso in maggioranza emozioni positive, soltanto il 24% morì entro gli 80 anni, mentre tra quelle che avevano espresso emozioni meno positive il 54% morì entro gli 80 anni.

Alla cara zia, divenuta aggressiva e oppositiva, in una parola "negativa", erano dunque stati sottratti preziosi anni di vita: e tutto per una disinformata psicoterapia non scientificamente supportata.

L'ordine religioso cui apparteneva la donna viene informato e il giornalino dell'ordine (qualche milione di copie di tiratura in 12 lingue) pubblica un articolo di fuoco contro gli psicologi e la psicoterapia. Un legale si dice incuriosito dal caso e pensa ci possa essere materia per richiedere un risarcimento.

Del terapeuta non abbiamo più notizie.

Si parla, ma di questo non abbiamo alcuna certezza (si tratta forse solo di un gossip inconsistente), di una sua conversione al buddismo e addirittura di un ritiro, a causa di questa scelta religiosa, in un monastero buddista in terre lontane.

Forse perché, aggiungiamo maliziosamente e scherzosamente noi, grazie alla lontananza e al voto di povertà si potrà evitare il temuto risarcimento danni?

Anche a commento di questo caso, ci viene in soccorso l'ineffabile G. E. Vaillant (2003) cui più sopra abbiamo fatto riferimento che, nello stesso lavoro di review sulle concezioni più autorevoli e documentate di salute mentale, individua nella concettualizzazione della "salute mentale come benessere soggettivo" uno dei sei modelli cui prestare particolare attenzione per l'influenza che hanno avuto, che tuttora hanno e per le prospettive che aprono in tema di ricerca scientifica. Anche se l'autore si rammarica che storicamente gli europei siano stati

scettici rispetto all'interesse americano per la *felicità*³

sottolinea come il termine (*felicità*) presenti un'ambiguità di significato che ha prodotto non poche confusioni nel passato e che gli fa preferire il termine *benessere soggettivo*. Ma le cose sono fortunatamente cambiate. Egli, infatti, annota:

Fino a non molto tempo fa, i parametri scientifici del benessere soggettivo erano vaghi come quelli relativi alla salute mentale. Una definizione del 1967 suggeriva che una persona felice dovesse essere "giovane, sana, ben educata, ben pagata, estroversa, ottimista, senza preoccupazioni, religiosa, sposata, con un'autostima elevata, un buon lavoro, senso morale e ambizioni modeste" (Wilson, 1967).

Tuttavia negli ultimi trenta anni, puntualizza ancora il nostro, la ricerca ha mostrato che una generalizzazione così vaga è corretta solo parzialmente. C'è voluto, ad esempio, il già ricordato Seligman (2002), tra gli altri, per definire quali delle precedenti aggettivazioni debbano ritenersi corrette.

Così finalmente adesso sappiamo che "giovane, sana, ben educata, ben pagata, senza preoccupazioni e con ambizioni modeste" non possano più essere ritenute delle qualificazioni corrette della persona felice. La ricerca, seria

³ Corsivo nostro

e documentata, svolta in questi anni ha dimostrato che solo "religiosa, sposata, con un'autostima elevata e un buon lavoro" possono essere mantenute.

La comunità scientifica ringrazia, la più vasta comunità sociale si sente rassicurata.

È in questo quadro che, anche se con un discutibile salto di piano logico (ma si sa gli europei sono scettici!), troviamo le suore di cui al caso precedente. Felici e longeve, a certe condizioni (ma non era necessario essere anche sposati?).

Vaillant infatti sostiene che proprio quello studio, condotto su un campione di suore,

mette in luce probabilmente il legame più convincente tra felicità soggettiva e salute

Ma, ed è qui che il salto di piano logico diventa evidente, la felicità o benessere soggettivo che dir si voglia non ce lo possiamo tanto guadagnare: o lo possiedi o te ne fai una ragione. Annota infatti Vaillant:

In effetti il benessere soggettivo è ampiamente ereditario e relativamente indipendente dalle variabili demografiche.

Lo sapevate che il "benessere soggettivo di due gemelli omozigoti cresciuti separatamente è più simile di quello di due gemelli eterozigoti cresciuti insieme (Tellegen et al., 1988)"? O che "tra i fattori parzialmente ereditari che contribuiscono in modo significativo ad un livello elevato di benessere soggettivo vi è un basso livello del tratto di nevroticismo ed un alto livello del tratto di estroversione, l'assenza di alcoolismo e l'assenza di depressione maggiore (Diener et al., 1999)"?

Confessiamo che noi, prima di leggere il contributo di Vaillant, non lo sapevamo.

Anche se, come europei, ci assumiamo la responsabilità del nostro essere comunque scettici aprioristicamente (ereditariamente?), a questo punto, tuttavia, non riusciamo a non sentirci anche un po' confusi.

Fortunatamente, però, in quanto europei siamo anche religiosi e quindi, per rimediare al nostro "remare contro", invochiamo il perdono dell'Altissimo.

Parziale gratificazione si dirà: forse otterremo qualche credito in più per la felicità eterna, ma quanto a quella terrena, se manteniamo questo atteggiamento scettico potremo scordarci (ricordate l'importanza di avere un buon lavoro?) di essere pubblicati su una prestigiosa rivista internazionale e di essere recensiti su uno studio così autorevole come quello citato: con tanti saluti all'*impact factor* e alla nostra credibilità scientifica nazionale e internazionale.

E sì che spazio ci sarebbe per dire qualcosa, in positivo, intorno alla salute mentale. Scrive ancora Vaillant:

Si può dire che i recenti principali manuali di psichiatria non riportino alcuna seria trattazione della salute mentale concepita in positivo, cioè non solo come assenza di sintomi. Una ricerca computerizzata negli *Psychological Abstract* a partire dal 1987 ha selezionato 57.800 articoli sull'ansia e 70.856 sulla depressione, ma solo 5.701 citavano la soddisfazione della propria vita e solo 851 menzionavano la gioia⁴ (Diener et al. 1999)

Ma ci sentiamo in difficoltà a condividere, ad esempio, la prospettiva che individua il processo di selezione all'interno del programma Mercury, quello che negli anni 60 consentì di scegliere i primi 7 astronauti americani, come il prototipo delle ricerche volte alla definizione scientifica della salute mentale. Scrive ancora Vaillant:

Questo studio ha sottolineato sia l'importanza della salute mentale che i suoi legami con il senso comune. I sette astronauti effettivi non avevano solo *curricula* lavorativi esemplari, ma erano anche capaci di amare. Tutti provenivano da famiglie *intatte e felici*⁵ di piccole cittadine. Intorno ai trent'anni, tutti si erano sposati e avevano avuto figli. Sebbene fossero avventurosi piloti collaudatori, avevano subito insolitamente pochi incidenti nei loro anni di attività come piloti, e anche nel periodo precedente. Potevano tollerare con facilità sia la stretta collaborazione interdipendente che l'estremo isolamento. Si fidavano degli altri e non si lamentavano in situazioni di di-

⁴ Corsivo nostro.

⁵ Corsivo nostro.

saggio. Tolleravano bene sia le emozioni positive che quelle negative. Non essendo particolarmente introspettivi, gli astronauti indugiavano di rado sulle proprie emozioni interiori, ma erano capaci di descriverle se richiesto. Erano consapevoli dei sentimenti degli altri, ed evitavano le difficoltà interpersonali.

Ma soprattutto, "il punteggio del gruppo nella scala del nevroticismo del *Maudsley Personality Inventory* è stato descritto come il più basso di tutti i gruppi riportati in letteratura", come rilevò uno dei loro selezionatori, il capitano Perry (1965).

Se una tale descrizione deve ritenersi un valido esempio di ciò che può scientificamente intendersi per salute mentale, quale modificazione o innovazione può essere apprezzata rispetto ai modelli pre-scientifici che concepivano la salute mentale come un ideale utopico o la vedevano come strettamente connessa con la moralità, modelli dai quali Vaillant pure sostiene sia necessario prendere le distanze?

Ci sembra invece che queste affermazioni abbiano come riferimento principale più obiettivi di controllo sociale che non obiettivi "puramente" scientifici come si pretenderebbe di far credere. Tanto da rischiare di giungere ad un risultato paradossale: se la salute mentale è dovuta, ad esempio, al fatto di appartenere a "famiglie intatte e felici", tutti possono sentirsi in diritto di pretenderne una. Quali sono infatti le domande che Vaillant, di tanto in tanto, nel suo scritto si pone? Ad esempio, domande come queste:

Il concetto di salute mentale come "utopia" mette in crisi i politici che si occupano di salute pubblica. Essi temono, pur senza esprimerlo in modo diretto che questa prospettiva ... possa costituirsi come un pesante fardello per le assicurazioni sanitarie. È lecito aspettarsi che i programmi di assicurazione sanitaria debbano coprire i costi necessari ad aiutare le persone ad essere più felici e soddisfatte di se stesse? Nel tempo la società sarà costretta a decidere chi dovrà pagare per una buona salute mentale: gli individui, il sistema educativo, le assicurazioni, le organizzazioni sociali o tutti quanti insieme.

Ma, nessuna paura. La risposta, rassicurante per i politici, come accennavamo sopra c'è e, con ineffabile grazia, al momento opportuno

Vaillant, la cava dal suo cappello a cilindro da prestigiatore:

La risposta è che il benessere soggettivo esercita sull'ambiente un effetto più marcato di quanto non faccia l'ambiente sul benessere.

...

In altre parole, il benessere soggettivo è dovuto più a processi "dall'alto verso il basso" (*top-down*) cioè a fattori del temperamento che governano il benessere soggettivo - piuttosto che a processi "dal basso verso l'alto" (*bottom-up*) - come ad esempio la soddisfazione dei bisogni primari universali.

La risposta c'è, si diceva. E il cerchio si chiude. E, ancora una volta la fascinazione di Cortoonia, torna a farsi sentire: questa chiusura del cerchio non ricorda forse la *Little Orphan Annie*, creata negli anni venti da Harold Gray, l'indomita piccola orfana senza pupille che nulla riusciva ad abbattere?

Il cerchio comunque si chiude. Ma, è opportuno registrarlo, sempre con maggiore difficoltà.

A proposito di benessere soggettivo come prevalente sull'ambiente, quale scienziato gliela va a raccontare oggi nel settembre del 2005, questa scoperta, ai cittadini di New Orleans?

Probabilmente non Vaillant, che, *nomen omen* ammonivano gli antichi, proprio come il suo omonimo Michel Vaillant (ma qui la pronuncia è francese) personaggio dei fumetti (siamo di nuovo a Cartoonia), formidabile pilota di formula 1, creato nel 1957 da Jean Graton, da cinquant'anni continua a sfrecciare a trecento chilometri all'ora, sui circuiti di tutto il mondo, senza chiedersi dove sta andando: l'importante è prendersela con i "cattivi".

Se la definizione di salute mentale naviga in acque agitate, anche quella, complementare, di disturbo mentale non sembra avere miglior sorte. Prendiamo a riferimento, ad esempio, quanto scritto recentemente da J.C. Wakefield (2004), stimato ricercatore della New York University, il quale, pur polemizzando (2005) con Vaillant "a causa di alcune confusioni concettuali" e del fatto che "purtroppo il

suo articolo non contiene un'analisi concettuale né dei sei modelli presi individualmente né del concetto di salute in generale" (si diceva di Vaillant, il fumetto, di corsa, di corsa ... forse troppo di corsa); nonostante questo, dunque, non trova di meglio che attaccare quell'

improbabile amalgama di antipsichiatri, comportamentisti, postmodernisti e sociocostruzionisti [per i quali] non esiste nulla di simile ad un disturbo mentale inteso nel senso letterale di "disturbo", e cioè nel modo in cui il concetto viene utilizzato in medicina. Essi affermano piuttosto che le diagnosi di disturbo mentale sono semplicemente giudizi di valore relativi a categorie socialmente costruite di un comportamento disapprovato, giudizi che consentono di esercitare il potere medico, con scopi di controllo sociale, su condizioni che in realtà non consistono in disturbi.

Ma il rimedio individuato non sembra molto migliore del male.

L'assunzione da parte dell'autore di un modello che lui stesso definisce "ibrido", che nella formulazione di base cerca di mettere d'accordo prospettive bio-mediche e socio-politiche, rapidamente si arena nelle secche di una visione che non può che declinare il comportamento umano e i processi mentali se non come un'invariante avulsa dalla processualità storica e sociale.

Il concetto, che ne deriva, di disturbo come "disfunzione dannosa" scontenta necessariamente l'una e l'altra prospettiva. Scrive infatti l'autore:

In questo modello "dannosa" consiste in un termine valoriale che si riferisce a condizioni giudicate negativamente secondo gli standard socioculturali, e "disfunzione" in un termine scientifico fattuale basato sulla biologia evolutivista che si riferisce al fallimento di un *meccanismo interno*⁶ nell'esecuzione di una delle sue funzioni *naturali*⁷.

Ma, dovendo spiegare cosa viene inteso per "meccanismo interno" e "funzione naturale" inevitabilmente annota:

⁶ Corsivo nostro

⁷ Corsivo nostro

Userò l'espressione "meccanismo interno" come termine generale per riferirmi alle strutture fisiche e agli organi così come alle strutture mentali e alle disposizioni, quali ad esempio i meccanismi motivazionali, cognitivi, affettivi, e percettivi. Alcuni autori distinguono tra "disturbo" (*disorder*), "malattia" (*disease*) e "vissuto di malattia" (*illness*); io mi focalizzerò sul termine "disturbo" ovvero sul termine più ampio entro il quale rientrano sia le ferite traumatiche che la malattia, e che, di conseguenza, è vicino al concetto medico globale di patologia.

...

È necessaria una componente fattuale aggiuntiva per distinguere i disturbi dalle molte altre condizioni mentali negative che non vengono considerate come disturbi, quali l'ignoranza, la mancanza di abilità, la mancanza di talento, la poca intelligenza, l'analfabetismo, la criminalità, la maleducazione, la stupidità e la debolezza morale.

Non sappiamo se siete d'accordo, ma a noi sembra di tornare a sentire il rombo dell'auto di Vaillant (il fumetto): se si va troppo di corsa tutte le cose si appiattiscono e perdono le loro connotazioni e le loro differenze.

È vero che obiettivo di Wakefield non è solo quello di "difendere la psichiatria dagli antipsichiatri", i quali pretendono che il disturbo mentale non esista, ma anche quello di permettere "una critica dall'interno degli assunti impliciti della psichiatria criticando i criteri diagnostici del DSM perché spesso patologizzano condizioni normali": tuttavia le argomentazioni addotte, che meriterebbero ben altro spazio di analisi di quanto in questa sede ci sia concesso, ci sembrano particolarmente deboli e intrinsecamente contraddittorie.

Ne riportiamo, a titolo di esempio, due stralci:

È evidente, dalla documentazione storica ed antropologica, che i valori, le norme e le ideologie influenzano pesantemente ciò che le persone ritengono essere funzioni naturali, specialmente quando vi è un'insufficiente comprensione scientifica della "funzione" e della "disfunzione" (come avviene attualmente nel caso di molte caratteristiche mentali). Ma nulla di tutto ciò implica che il contenuto semantico del concetto di "funzione naturale" sia valoriale. Allo stesso modo, se i valori religiosi di una persona la conducono a rifiutare che la Terra ruoti intorno al Sole e ad affermare che la Terra ha meno di 7.000 anni, ciò non significa che i concetti "ruota attorno al

Sole" o "meno di 7.000 anni" siano concetti carichi di valori, essi sono concetti puramente fattuali, descrittivi, veri o falsi che siano, riguardanti la Terra, indipendentemente dai valori di ciascuno, anche se le credenze di ognuno circa la loro applicabilità alla Terra sono ampiamente influenzate, o addirittura interamente determinate, da valori.

Ma, il porre la questione in termini di "verità-falsità" delle affermazioni suddette non implica già, di per sé, il porsi entro una prospettiva valoriale? E non implica quindi, a seconda dei contesti, trarre le necessarie conseguenze da quelle stesse affermazioni? Wakefield dovrebbe provare a chiedere a Galileo che dovrebbe saperne qualcosa.

E ancora, se

noi pensiamo che i medici sudisti anteguerra fossero ampiamente in errore nel classificare gli schiavi fuggiaschi come affetti da "disturbo di fuga degli schiavi" (*drapetomania*)

il problema non è tanto, crediamo, stabilire l'accuratezza o meno di una tale diagnosi, ma chiedersi quali condizioni contestuali la abbiano resa possibile e, ancora una volta, quali conseguenze sul contesto una tale diagnosi abbia avuto.

E poi, c'è davvero tanta differenza tra uno schiavo "affetto" dal "disturbo di fuga degli schiavi" e il già ricordato cittadino di New Orleans giustamente, crediamo noi, disperato per quello che gli è successo e quello che continua a succedergli, ma quindi evidentemente non felice, e in base a ciò identificato non sano mentalmente in base al modello "salute mentale come benessere soggettivo", dove, lo ricordiamo ancora, il "benessere soggettivo" dipende da un fattore temperamentale in larga parte ereditario e sostanzialmente indipendente dall'ambiente?

A conclusione di questa prima parte, un'altra domanda vorremmo porre, riflettendo sul contributo di Vaillant come su quello di Wakefield.

Una domanda, ancora una volta, scherzosa e magari un po' provocatoria.

Di nuovo ci soccorre il *presagio* legato al nome come per Vaillant, anche per Wakefield.

Chi non ricorda il mirabile personaggio creato da Nathaniel Hawthorne, Wakefield, appunto?

Quel tale che una mattina qualunque del 1837 esce di casa, attraversa la strada, sale in un appartamento di fronte, si siede. E rimane lì, per venti anni, a guardare dalla finestra la propria assenza.

Che anche nel nostro caso si voglia guardare un'assenza per vedere (scusateci, siamo irrecuperabili e non possiamo non mescolare il sacro con il profano) per vedere, si diceva ... di nascosto l'effetto che fa?

La ricerca clinica indirizzata all'efficacia della psicoterapia intende registrare e misurare i "progressi" del paziente? In questo caso, dobbiamo chiederci verso quali modelli di "normalità psicologica" o di "salute mentale" sono orientati tali "progressi". I contributi cui abbiamo fatto cenno hanno cercato di fare il punto su cosa sia accettabile oggi intendere con espressioni come "normalità psicologica" o "salute mentale".

Ne abbiamo tratto qualche (non auspicabile, ma non impossibile) èsito paradossale, riportato in apertura di questo intervento. Come si arriva al paradosso? Semplicemente declinando le estreme conseguenze di una visione intrinsecamente ideologica del problema, non riconosciuta dagli autori.

In alcuni casi questa visione ideologica potrebbe essere espressa come una equivalenza del tipo

conformismo = normalità = salute

nella quale il sentimento di benessere soggettivo, psicologico e/o fisico, corrispondente all'adesione a valori e stili di vita correnti, o al riconoscimento dell'appartenenza a un settore della società, è assunto acriticamente e in modo lineare quale parametro fondante il giudizio clinico.

Non si tratta qui, evidentemente, di contrapporre a una visione ideologica basata sulla valorizzazione del conformismo, una visione

alternativa basata su altri valori (banalizziamo?, ma non tanto, poi: la creatività che nasce dalla differenza, la spiritualità che si alimenta di privazioni, il "comfortante peso della responsabilità" di cui scrive Musil...). Si tratta di comprendere che questi modelli sono già paradossali in sé, sotto il puro profilo del metodo.

La radice ultima del problema sta nell' uso in psicologia dei paradigmi scientifici su cui poggia la medicina.

(1)

Questo uso è altrettanto comune quanto improprio.

Alcuni anni fa, entro un gruppo di studio più allargato che si denominava "Circolo del Cedro", avevamo dedicato al tema un certo spazio di riflessione. L' idea di partenza (anche qui banalizziamo? non tanto...) è di enunciazione relativamente semplice.

In medicina la distinzione tra "normalità" in senso statistico e in senso clinico è oggetto di una letteratura ormai consolidata e chiara nella sua struttura concettuale (a cominciare, per citare solo un nome, da G. Canguilhem (1966)). La maggior parte delle persone ha certi disturbi, prodotti dalla stessa capacità adattiva dell' organismo umano a condizioni ambientali e a stili di vita individuali e collettivi in continuo divenire: ciò non toglie che tali disturbi vadano diagnosticati, curati, "gestiti", che se ne eserciti una adeguata prevenzione ove possibile, etc.

Questo atteggiamento della medicina è consentito della catena logica delle conoscenze che si snoda come una vera e propria gerarchia di saperi: fisica -> chimica -> biologia -> fisiologia -> patologia generale -> patologie speciali -> semeiotica... ognuna di queste aree disciplinari è "sostenuta" metodologicamente da quella che la precede nell' elenco.

Ora, grazie a questa "piramide" concettuale, si può stabilire quale sia il funzionamento "ideale" - e di qui "normale" in un certo soggetto e in condizioni date - di un organo interno; e quale sia il range di variabilità che probabilisticamente definisce la sua pos-

sibilità di continuare a svolgere la propria funzione nell' organismo; e (se possibile) come intervenire per far sì che la funzionalità stia dentro questo range. Se e quando ne supera i limiti inferiore o superiore, si definisce una patologia come difetto o eccesso: deficit anche in questo secondo caso, perché il punto è che la funzionalità "normale" è compromessa.

Impossibile applicare alla psicologia lo stesso quadro epistemologico. Non c'è nulla, nella vita mentale, che si presti a essere gerarchizzato, ordinato, studiato e meno che mai modificato secondo un procedimento logico lineare come quello sopra schematizzato.

Scriviamo appunto con il Circolo del Cedro (1991: pp. 5-6):

In assenza di una elaborazione teorico-tecnica che, già a partire dalla formazione universitaria, ancori la loro identità a una competenza intesa come "specifica" modalità di trattare i problemi posti dalla domanda sociale, gli psicologi clinici tendono a condividere una rappresentazione della loro professione come identificata-con o derivata-da "una" pratica: la psicoterapia.

Questa riduzione a un solo tipo di operatività porta a definire la professione attraverso parametri di *performance* piuttosto che di *competence*, ovvero come una modalità applicativa di tecniche che mima la relazione domanda/offerta tipica di altre professioni. In particolare, l' identificazione con la psicoterapia è, allo stesso tempo, espressione e fattore costitutivo del *modello medico dell' operatività psicologico-clinica*.

In esso vengono agite *fantasie collusive con la committenza* che tendono a strutturare un rapporto professionale caratterizzato dai seguenti aspetti:

- i problemi su cui si interviene vengono trattati come se fossero largamente indipendenti dalla contestualizzazione socio-culturale del rapporto domanda/offerta;
- l' efficacia della prestazione è fondata su una concezione del cambiamento di tipo lineare, ovvero come intervento sui "disturbi" al fine di realizzare o ripristinare uno statomodello di "salute"; così che
- viene praticata una modalità relazionale che presuppone la dipendenza "integrale" del committente-utente (il "profano", cui non è riconosciuto un "sapere") dal "tecnico";
- la relazione tra problemi e prestazioni, in quanto si suppone fondata su leggi scientifiche e su "regole del gioco" consolidate dalla

tradizione, si esprime attraverso una *logica della prescrizione*.

L'ottica di questo modello trova una traduzione paradigmatica nella serie degli *ICD* e dei *DSM*, i quali prevedono:

- una nosografia dettagliata centrata sui "disturbi"
- una diagnostica differenziale che riconduce e riduce la domanda a quella nosografia;
- strategie terapeutiche centrate sull'eliminazione dei sintomi previsti dalla nosografia.

[...] Nella pratica privata gli psicologi-psicoterapeuti tendono a restare legati alle "Scuole" di provenienza, riproducendone così, con il discorso, anche il mercato; i Servizi si prestano, così come sono designati nell'ordinamento sanitario del nostro Paese, a trattare i "casi" secondo *schemi pre-definiti, nei quali vengono assunte quelle porzioni della domanda che corrispondono ai modelli di intervento in cui gli operatori si riconoscono*. La dipendenza dell'operatività psicologico-clinica dal modello medico è inoltre rafforzata dalla disposizione gerarchica dei profili professionali, che è funzione della tradizionale predominanza nel settore sanitario della cultura medica, cui stenta ad affiancarsi una cultura psicologica autonoma.

Forse per quanto riguarda l'identità degli psicologi clinici e la loro formazione universitaria, le cose non stanno più proprio come quattordici anni fa. Ma possiamo ancora sottoscrivere le considerazioni di allora sui presupposti epistemologici della psicoterapia e sulle distorsioni che vi determinano.

Da dove è entrato il "modello medico" nella psicologia clinica e nella psicoterapia? Come scrivono Nesse e Williams [1994 (1999: p. 253)],

Potenti forze hanno spinto la psichiatria ad adottare questo "modello medico" per i disturbi psichici. Il cambiamento comincia negli anni Cinquanta e Sessanta, con la scoperta di trattamenti farmacologici efficaci contro la depressione, l'ansia e i sintomi della schizofrenia. Queste scoperte spinsero il governo [degli Stati Uniti] e le società farmaceutiche a stanziare fondi per la ricerca sulle correlazioni genetiche e fisiologiche dei disordini psichici. Per definire questi ultimi e poter confrontare dati provenienti da studi diversi, è stato creato un nuovo metodo di diagnosi psichiatrica che traccia un confine netto intorno a diversi gruppi di sintomi, invece di vedervi una gradualità ininterrotta di emozioni

causate da fattori psicologici, eventi del passato e momenti particolari della vita. Gli psichiatri delle università si interessano sempre di più alle cause neurofisiologiche dei disordini mentali. Le loro ipotesi sono trasmesse agli internisti nei programmi di formazione dei medici generici nei seminari. Infine, con il diffondersi delle assicurazioni sulla salute e la disponibilità di fondi federali per l'assistenza sanitaria, le associazioni degli psichiatri hanno cominciato a fare pressione perché i disturbi di cui si occupano siano considerati malattie organiche come tutte le altre, e di conseguenza godano della stessa copertura assicurativa.

Fatti della psichiatria americana, si dirà. Se certe sostanze modificano l'umore o il comportamento in un senso atteso e convergente con i desiderata del paziente, favoriscono gli stanziamenti a favore dei centri di ricerca, sono compatibili con le esigenze di controllo delle compagnie d'assicurazione, che male c'è?

Ma il "modello medico" è imperialistico, come lo è così spesso la cultura (per quieto vivere non diremo qui: la politica...) americana in altri settori della vita delle comunità. Dalla psichiatria "pratica" di impianto biologico il "modello medico" (e assicurativo) filtra nella psicoterapia: ricordate ad esempio il protocollo di intesa psicoterapeuta/paziente illustrato dal ponderoso e autorevole manuale (1986 [1989: pp. 586-87]) di Davidson & Neale? Era presentato in una forma grafica un po' scomoda da riprodurre, per cui lo riproponiamo così come era riassunto da uno di noi in un articolo di qualche anno fa (Stampa, 1990: p. 151):

Il terapeuta sottoscrive il proprio impegno a "cercare di aiutare il cliente" nel conseguimento di "obiettivi di modificazione del suo comportamento" che vengono accuratamente descritti in un apposito item; seguono: una descrizione puntuale delle tecniche da impiegare, e delle fonti nelle quali è rinvenibile l'indicazione clinica di quelle tecniche in rapporto ai disturbi del cliente; una previsione sulle date progressive alle quali è presumibile si presenteranno i miglioramenti attesi per il cliente; infine, una valutazione sulla probabilità che si presentino "effetti collaterali indesiderabili", che anche vengono descritti e di cui il terapeuta indica i metodi di monitoraggio. Il cliente, nella sua parte del documento, prende formalmente atto di tutte queste dichiarazioni, e a sua volta dichiara che fornirà al terapeuta tutte le informazioni

idonee a consentirgli il suo intervento professionale, così come sopra descritto; si impegna anche a pagare l' onorario pattuito, di cui viene precisato l' ammontare. Il documento è controfirmato anche da un testimone.

Impossibile, appunto, comprendere questa impostazione se non all' interno di un contesto che non conosce assistenza sanitaria pubblica se non per casi marginali e non certo per la psicoterapia, e nel quale le compagnie di assicurazioni private determinano il mercato, ponendo due condizioni rigide:

(a) che la diagnosi sia emessa secondo formulari standardizzati; (b) che il programma di cura sia *diagnosis related*, esattamente come in medicina e in chirurgia (*n* giorni per un' epatite virale; *n* giorni per un' ulna fratturata: quante sedute per una fobia?); (c) paziente e terapeuta concordino alla fine di ogni seduta un resoconto della seduta stessa, con una valutazione dello step raggiunto.

Come dire, una serie di richieste tagliate su misura per un approccio rigidamente medico e behaviorista.

Senonché la psicoterapia, in quanto intervento psicologico entro una relazione, non può adottare la stessa modellistica che si utilizza per un trattamento farmacologico. A meno che la psicoterapia non venga intesa come un intervento puramente anti-sintomatico... Ma qui, allora, avremmo ancora altre obiezioni.

(2)

Quale concezione utilizziamo della vita mentale, per definire "sintomi" alcune sue manifestazioni?

In apertura d' un libro uscito quest' anno, due di noi (Carli & Paniccia, 2005: pp. 23-42) hanno messo a confronto la modalità psichiatrico-psicopatologica di formulare una diagnosi e quella propria della psicologia clinica, improntata all' analisi del processo relazionale che sostiene la domanda.

Per la prima modalità è stato preso il caso "La caffettiera" tratto dal *casebook* del *DSM-IV* (Spitzer & al., 1994 [1997]). In breve. Il paziente è l' avvocato Evans, un uomo di 42 anni, inviato dal medico curante per una visita psichiatrica in relazione ai seguenti

sintomi: astenia, perdita delle motivazioni, sonnolenza, cefalea, nausea, tendenza al ritiro sociale e difficoltà di concentrazione, con prevalenza delle manifestazioni nel week-end. Evans è in buona salute, non c'è anamnesi medica significativa. Lavora circa 60 ore a settimana, con ritmi frenetici, dovuti ai numerosi e impegnativi compiti che gli affida il suo studio legale. (Notare qui un elemento del tutto "americano": Evans non è, evidentemente un libero professionista, come sono da noi quasi tutti gli avvocati che lavorano da soli o in piccoli studi, bensì un dipendente a stipendio presso uno dei tipici mega-studi che operano negli Stati Uniti, con pochi partner titolari e decine o centinaia di procuratori più giovani sottoposti a ritmi di lavoro massacranti. Qui in Italia li incrociamo solo nei libri di John Grisham o di Scott Turow, ma lì esistono veramente: e, per dirla tutta, Evans a 42 anni, dipendente e con 10-12 ore al giorno di lavoro, sembra essere un po' in ritardo nello sviluppo di carriera). Il paziente vede a stento la famiglia, trascorre il week-end in stato di inerzia, e questo è causa di qualche frizione, ma non di una vera e propria crisi coniugale. Lamenta anche difficoltà a prendere sonno. Ha precedenti di abuso di alcol, ma non beve da circa 5 anni. Sta cercando di smettere di fumare (da due mesi), e assume al lavoro 4 tazze di caffè al giorno, mentre se ne astiene, appunto per timore dell'insonnia, durante il week-end. (E qui un'altra notazione antropologica: il caffè che bevono abitualmente gli americani è preparato per infusione, consumato in tazze grandi come quelle da tè, ognuna delle quali contiene almeno il doppio di caffeina del nostro espresso. Il paziente è uno di cui diremmo, da noi, che di caffè ogni giorno ne beve 8-10).

La diagnosi è: sindrome da astinenza da caffeina. La cura è: cercare di bere meno caffè durante la settimana. Ma poiché questo non è possibile perché, ribatte il paziente, calerebbe il suo rendimento nel lavoro, in subordine bere caffè anche nel week-end, "visto che non vi erano controindicazioni mediche al suo regolare consumo di caffeina" (e la prevenzione cardiovascolare?...). Viene aggiunto che il paziente "accettò di convivere con l'ansia e la difficoltà a dormire, che origina-

riamente lo avevano spinto a sospendere il caffè nel fine settimana".

Ed ecco alcune osservazioni che si possono avanzare in proposito dal punto di vista psicologico-clinico (pp. 26-32):

È il tipico caso in cui il medico si trova confrontato con un insieme di sintomi, in parte somatici [...], in parte soggettivi, legati al vissuto della persona [...], in parte di difficile definizione (astenia, sonnolenza); sintomi ai quali il medico non riesce a dare una spiegazione (eziologica) di tipo somatico, sentendosi quindi legittimato all'invio allo psichiatra [...] Ora, che il medico si sia soffermato soltanto sui *sintomi* denunciati dal nostro procuratore quarantaduenne, si può capire.

Ciò che stupisce, di contro, è la diagnosi psichiatrica, fondata sulla rilevazione del disturbo da astinenza da caffeina. Allo psichiatra in questione non è venuto alla mente di capire qualcosa di più sul signor Evans che "lavora 60 ore a settimana, esercitando freneticamente la professione legale e che a mala pena vede la famiglia durante la settimana"? Non si è chiesto perché il signor Evans, al lavoro, "è spesso ansioso, agitato e costantemente indaffarato"? Non si è domandato i motivi per cui "frequentemente ha problemi a dormire durante la settimana, perché si preoccupa per il lavoro"? Tutta colpa del caffè? [...] Anche l'anamnesi, ove sono segnalati nel signor Evans alcuni passati "problemi" con l'alcol e con il fumo, dovrebbe far pensare. Di tutto questo, ad esempio del rapporto che il paziente intrattiene con il suo lavoro, dell'autostima, del suo livello d'aspirazione, della sua immagine professionale, del rapporto vissuto con colleghi e superiori entro l'organizzazione di cui fa parte, nemmeno una parola.

Soprattutto, nemmeno una parola del rapporto tra il paziente e lo psichiatra. O meglio: il rapporto inteso quale *dipendenza* del paziente dal medico, quella dipendenza che porterà lo psichiatra a prescrivere la sospensione dell'assunzione di caffè, è dato per scontato e non se ne fa parola in quanto implicito e culturalmente ovvio [...] A ben vedere, attribuire la perdita di motivazioni e la difficoltà di concentrazione, nel corso del fine settimana, all'assenza di caffeina è molto azzardato. È azzardato perché la diagnosi si avventura in un rapporto tra lavoro e motivazione da un lato, effetto farmacologico della caffeina dall'altro, ignorando completamente la simbolizzazione affettiva del lavoro e dell'impegno lavorativo in una persona che, palesemente, esplicitamente, parla delle proprie difficoltà in tale ambito [...] Il signor Evans - è lecito arguire tutto questo dal resoconto presentato - ha par-

lato dei suoi sintomi, prima al medico e poi allo psichiatra, per sottolineare il suo malessere nel fine settimana, ma *anche* per evidenziare il suo modo convulso di affrontare il lavoro nel corso della settimana. Parla della sua assunzione di caffè, è vero, ma parla anche del motivo per cui ne beve numerose tazzine: una sorta di stimolante, sia pur inadeguato, per poter sostenere il ritmo elevato del lavoro e l' impegno emozionale che il lavoro comporta per lui. Fermarsi all' assunzione di caffè, senza vederne le cause e senza cogliere ciò che il paziente comunica, è espressione di una miopia notevole e imbarazzante. Miopia che si rivela problematica, per l' inefficienza che comporta, nell' ambito del follow-up del caso: "Al signor Evans venne *consigliato* di ridurre il suo consumo di caffè durante la settimana, ma egli *constatò* di non poter funzionare adeguatamente senza il dosaggio abituale di caffè". Il povero signor Evans aveva fatto di tutto per comunicare il motivo del suo assumere caffè: la sua modalità frenetica di lavorare, l' ansietà e l' agitazione che il lavorare gli procurava. Nulla da fare: ciò che ne ricava, dalla consultazione psichiatrica, è il consiglio di ridurre il suo consumo di caffè. Si può capire, allora, la risposta del paziente che è del tipo: "Grazie, non importa".

Dunque: tagliando la dimensione relazionale, sia nella modalità "qui e ora" che in quella "là e allora", fuori dal processo diagnostico, si arriva con un' allegra scorciatoia alla "terapia" intesa come remissione sintomatica.

(3)

C'è poi, non ultima e non meno importante delle altre, la questione dell' autovalutazione da parte del paziente.

In un bell' articolo, anch'esso di qualche anno fa, "Sintomo" (1982 [1986]) Th. Sebeok affrontava l' argomento dal punto di vista della semiotica, mettendo in evidenza proprio lo scarto tra valutazione come impressione soggettiva "interna" o "esterna", e valutazione "esterna" come interpretazione clinica.

Provo a passarmi la lingua su un dente che mi fa male: mi sembra di sentire una cavità enorme: il dentista mi può mostrare usando i suoi specchietti che la carie è un forellino di dimensioni insignificanti. Ma più interessante: per un' architettura evolutiva del si-

stema nervoso il cuore, quando subisce un' offesa, produce dolore da un' altra parte, non in corrispondenza di dove si trova, nel torace, "un po' in alto a sinistra". Guai se a fare la diagnosi fosse un tizio che non conosce quell' architettura.

È ben vero che le cose non stanno sempre così: se mi taglio un dito affettando il pane, posso constatare da me la presenza di una lacerazione, potrei descriverla anche in modo abbastanza preciso... Ma poi, non è proprio così: se appena occorre valutare la profondità della ferita, l' eventuale interessamento di un tendine, la possibilità di un' infezione etc., mi accorgo subito che farei bene a non fidarmi delle mie osservazioni "ingenua": non solo perché incompetenti sotto il profilo della tecnicità (e tanto basterebbe), ma anche perché condizionate da fattori emozionali (terrore del sangue? trepida speranza di non essermi fatto niente di grave? spavalderia alla Danny Kaye di *Sogni proibiti* ("Capitano, cosa avete?" - "Nulla, è solo un braccio rotto!"))? preoccupazione di come dirlo alla mamma?...). La psicologia complica sempre le cose!

E perché allora ci fidiamo delle rappresentazioni soggettive della "normalità" e/o "salute mentale" che i pazienti riportano come autovalutazioni? Con l' espressione "ci fidiamo" si intenda: le utilizziamo come se fossero quello che non sono, cioè valutazioni cliniche.

Ma immediatamente legato a questo, ritroviamo il problema della quantificazione. Per quanto concepiti appunto per "obiettivare" i giudizi su di sé da parte dei soggetti di ricerca, e anche ammettendo l' indiscutibile vantaggio della facilità di somministrazione e di scoring, è opinione condivisa da molti che gli strumenti di self-report abbiano il drammatico limite di non riuscire a rappresentare né le caratteristiche implicite del funzionamento psicologico, né la discrepanza tra queste e il funzionamento psicologico esplicito; e, soprattutto, che possano cogliere le sfumature, i processi psichici più sottili, con la stessa finezza di un clinico dotato di esperienza e sensibilità. (cfr. per es. Barron, 1998 [2005: p. xi-xii]).

Scrivo a riguardo McWilliams (1998 [2005: p. 204]):

Dovrei dire esplicitamente che, secondo me, i limiti della soggettività (per esempio, distorsione al servizio dei bisogni personali dell'osservatore, i limiti imposti dalle identificazioni e dalle associazioni di quest'ultimo, l'impossibilità di costruire una scienza cumulativa affidabile e valida) non sono peggiori di quelli dell'oggettività (per esempio, il fatto che essa ignori i dati che non possono essere operazionalizzati, manipolati o studiati per mezzo di studi clinici randomizzati; la frammentazione di problematiche complesse e interrelate necessaria a renderle oggetto di ricerche empiriche). Inoltre, anche se non credo che l'intuizione sia una forma di saggezza mistica, rispetto le prove a sostegno dell'idea che tra gli esseri umani possano aver luogo processi comunicativi preverbali non riconducibili a un letto di Procuste di dati osservabili e misurabili in modo oggettivo. Per la mia esperienza, questi atteggiamenti sono comuni tra le persone che per temperamento sono portate al mestiere di psicoterapeuta, una sensibilità che inclina più alle dimensioni impressionistiche che a quelle quantitative e positiviste.

Punti di vista numerosi e diversificati, conclusioni convergenti. Si pensi alla lucida, scomoda autocritica di Hathaway (1972 [1989]), ideatore con McKinley del MMPI, che alla fine di una carriera interamente segnata dal successo del più celebre e utilizzato fra tutti i test psicodiagnostici, ammetteva di non riuscire a immaginare nulla di meglio, per una valutazione di personalità, che un colloquio clinico condotto da un professionista esperto. E ciò proprio perché, a suo avviso, i metodi di quantificazione dei fattori di personalità sono intrinsecamente inadatti a contenere la complessità del costrutto studiato. Non si possono applicare allo studio della personalità

gli stessi strumenti matematici e gli stessi disegni di ricerca che sono serviti per risolvere problemi in altri campi della scienza [...] L'analisi fattoriale, l'analisi della varianza e altri feticci sono procedure standard per l'analisi della personalità, ma ciò che non va nei test è stato causato proprio dall'applicazione di queste metodologie statistiche.

Né ci sembrano sfuggire a questa vera e propria trappola epistemologica i tentativi più

sofisticati di impostare in senso quantitativo la valutazione clinica, segnatamente entro i progetti di ricerca sull'efficacia delle psicoterapie. Così uno di noi (Grasso, 2005) ha sintetizzato i termini del problema:

Ricordate senz'altro la felice espressione proposta da Luborsky (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975) a proposito di uno dei più "inattesi" risultati iniziali di tale ricerca: il cosiddetto *paradosso dell'equivalenza* tra i vari modelli di psicoterapia.

Recuperando un bizzarro personaggio dell'*Alice* di Carroll, l'uccello Dodo, Luborsky fa proprio il suo famoso verdetto: "Hanno vinto tutti, e tutti debbono ricevere un premio". Ciò per affermare, con riferimento ai disegni di ricerca del tipo così detto *horse race*, l'impossibilità di stabilire un primato di uno o più modelli rispetto ad altri. Tutti alla pari dunque, anzi per meglio dire tutti in grado di conseguire un successo e quindi tutti degni di stima ed apprezzamento.

Va tuttavia notato che in *Alice* non si parla di *horse race*, bensì di *caucus race*. E la differenza è fondamentale. L'espressione in italiano è stata tradotta come *corsa elettorale*, e fa effettivamente pensare agli equilibrismi dialettici di cui danno prova i portavoce dei vari partiti politici all'indomani di una competizione elettorale: proprio come nel verdetto di Dodo, tutti hanno vinto.

È fin troppo palese dove risieda il "trucco": ognuno confronta il proprio risultato con il termine di paragone che più gli torna comodo. Proprio come nella *caucus race*, dove come si ricorderà il Dodo propone ai vari animali che si sono inzuppati delle lacrime di Alice la singolare sfida: traccia una pista vagamente circolare (la forma esatta non è importante), li distribuisce un po' qua un po' là, non dà nessun segnale di partenza (ognuno parte quando vuole e si ferma quando vuole). E in conclusione, dopo il grido "Fine della corsa!" e dopo lunga meditazione, il verdetto: "Hanno vinto tutti, e tutti debbono ricevere un premio".

Il verdetto di Dodo non solo descrive in maniera icastica la paradossale conseguenza di un'incredibile mole di ricerche diverse, ma soprattutto segnala il pressappochismo procedurale e la povertà di contenuti teorici che ha caratterizzato soprattutto la prima fase della ricerca sull'efficacia della psicoterapia, la fase dell'*outcome research*: la mancanza cioè di principi metodologici condivisi (*ognuno parte quando vuole e si ferma quando vuole*), all'interno di contenitori teorici approssimativi (*una pista vagamente circolare, la forma esatta non è importante*). La recentissima analisi cri-

tica di Drew Western & coll. (2004) Mi sembra ponga in risalto proprio le difficoltà metodologiche insite in gran parte degli studi clinici effettuati e la pericolosità di un' estensione generalizzata delle conclusioni raggiunte in tali studi alla pratica clinica "reale". E metto tra virgolette "reale".

Appunto, chi è che vive nel mondo "reale", e chi (stabilmente? da pendolare? senza saperlo?...) a Cartoonia?

Riferimenti bibliografici

- Barron, J.W. (ed., 1998), *Making Diagnosis Meaningful. Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*, Washington D.C., American psychological Association – Trad it. (2005), *Dare un senso alla diagnosi*, Milano, Cortina
- Canguilhem, G. (1966), *Le normale et le pathologique* – Trad. It. (1975), *Il normale e il patologico*, Rimini, Guaraldi
- Carli, R. (1997), I porcospini rivisitati, in *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2: pp. 89-98
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2005), *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*, Bologna, Il Mulino
- Circolo del Cedro (1991), *La formazione alla competenza in psicologia clinica*, fascicolo stampato in proprio e distribuito in occasione del seminario a inviti del 19 novembre, Roma, sede del Ministero dei Beni Culturali; poi in *Rivista di Psicologia Clinica* (1991), 3: pp. 249-259
- Danner D.D., Snowdon D.A., Friesen W.V (2001), Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study, in *J. Pers. Soc. Psychol.*, 80: pp. 804-813.
- Davidson, G.C. & Neale, J.M. (1986⁴), *Abnormal Psychology. An Experimental Clinical Approach* – Trad it. (1994), *Psicologia clinica*, Bologna, Zanichelli
- Diener E., Suh E.M., Lucas R.E., Smith H.L. (1999), Subjective well-being: three decades of progress, in *Psychol. Bull.*, 125: pp. 276-302.
- Grasso, M. (2005), *Psicologia clinica come correzione di un deficit o come promozione di sviluppo negli insegnamenti delle Facoltà di Psicologia e di Medicina*, Relazione al Convegno "Formazione e Ricerca in Psicologia Clinica", Ischia, aprile 2005
- Grasso M. Salvatore S. (1997), *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*, Milano, Angeli
- Hathaway, S.R.. (1972) Where Have We Gone Wrong? The Mystery of the Missino Progress, in Butcher, J.N. (ed.), *Objective personalità Assessment*, New York, Academic Press – Trad. It. (1989), Dove abbiamo sbagliato? Il mistero del progresso scomparso, in Del Corno, F. e Lang, M. (eds.) *La diagnosi testologica*, Milano, Angeli. (Nota - In un intervento dal titolo *Che cosa si studia oggi nelle Facoltà di Psicologia?*, in rete dal marzo 2004 sul sito www.repubblica.it, U. Galimberti, che si sofferma a lungo sulla vicenda, fa rilevare che nell' edizione del 1997 dello stesso volume è stato espunto il solo contributo di Hathaway: e senza tanti giri di parole, lancia l'ipotesi del complotto. Gustoso? Scandaloso? Irrilevante? Patetico? Certamente molto italiano...)

- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975), Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everybody Has Won And All Must Have Prizes"?, in *Archives of General Psychiatry*, 32: pp. 995-1008
- McWilliams, N. (1998 [2005]), Relazione, soggettività e inferenza nel processo diagnostico, in Barron (ed.)
- Nesse, R.M. & William, G.C. (1994), *Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine* - Trad. It. (1999), *Perché ci ammaliano?*, Torino, Einaudi
- Perry C.J.G. (1965), Psychiatric selection of candidates for space missions, in *JAMA*, 194: pp. 841-844
- Peterson C., Seligman M.E.P. (2004), *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*, Oxford, Oxford University Press
- Seligman M.E.P. (1991), *Learned Optimism*, New York, Simon & Schuster
- Seligman M.E.P. (2002), *Authentic Happiness*, New York, Free Press
- Sebeok, Th.A. (1982), Symptom, relazione letta al *III Semiotisches Kolloquium der Deutschen Gesellschaft für Semiotik*, Hamburg 4-8 ottobre - Trad. It. (1986), Sintomo, in *Giornale Italiano di Psicologia Clinica*, I, 1: pp. 45-57
- Snowdon D.A. (2001), *Aging with Grace*, New York, Bantam
- Spitzer, R.L. & al. (1994), *DSM-IV Casebook*, Washington D.C., American Psychiatric Press - Trad. It. (1997), *DSM-IV; casi clinici*, Milano, Masson
- Stampa, P. (1990), "Malpractice". Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell' errore in psicologia clinica, in Colamonic, P., Montesarchio, G. & Saraceni, C., *Psicodiagnostica e psicoterapia*, Roma, SIRP
- Tellegen A., Lykken D.T., Bouchard T.J., Wilcox K.J., Segal N.L., Rich S. (1988), Personality similarity in twins reared apart and together, in *J. Pers. Soc. Psychol.*, 54: pp. 1031-1039
- Vaillant G.E. (2003), Mental Health, *American Journal of Psychiatry*, 160: pp.1272-1284
- Wakefield J.C. (2004), Realtà e valori nel concetto di salute mentale: il disturbo come disfunzione dannosa, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4: pp. 439-464
- Wakefield J.C. (2005), Il concetto di salute mentale: una critica a Vaillant, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1: pp. 91-96
- Western, D., Morrison, K. & Thompson-Brenner, H. (2004), The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials, in *Psychological Bulletin*, 130: pp. 631-633
- Wilson W. (1967), Correlates of avowed happiness, in *Psychol. Bull.*, 67: pp. 294-306.