

L'azione anti-psicologica del senso comune.

di Gaetano Iannella*

Introduzione

In questo lavoro affronteremo il rapporto tra psicologia clinica e senso comune. Questo ambito disciplinare, infatti, viene spesso confuso con il senso comune, pur avendo, come vedremo, obiettivi e azioni diametralmente opposte.

Uno dei fattori che produce questa confusione può essere individuato nel linguaggio utilizzato dalla psicologia clinica: la psicologia clinica, infatti, non si serve soltanto di termini tecnici ma, spesso, utilizza anche vocaboli diffusi nel linguaggio comune. Tali vocaboli, tuttavia, se utilizzati entro la cornice di riferimento teorica della psicologia clinica, assumono un significato più articolato e complesso. Altre volte, però, questa condivisione di termini con il linguaggio comune porta a una semplificazione dei costrutti psicologici e ad un loro conseguente svuotamento di senso: in questi casi l'intervento psicologico clinico finisce col coincidere con il senso comune.

Salvatore (2006), a tal proposito, parla di una condizione generale di debole fondamento teorico del linguaggio psicologico e individua alcuni elementi di contiguità tra il discorso disciplinare ed il senso comune. In primo luogo, l'Autore sottolinea "la scarsa capacità della ricerca psicologica di pervenire a risultati controintuitivi, o comunque non scontati" (p. 121), rispetto ad altri settori disciplinari quali la fisica, la chimica, ma anche la linguistica. Heider (1958), allo stesso modo, afferma che "la conoscenza «intuitiva» può essere considerevolmente penetrante e andare molto a fondo nella comprensione del comportamento umano, mentre nelle scienze fisiche questa conoscenza improntata al buon senso è piuttosto primitiva" (p. 8). Inoltre, Heider (1958), prosegue dicendo che:

se noi abolissimo, per ipotesi, tutte le conoscenze scientifiche sul nostro mondo fisico, non solo non avremmo automobili, teleschermi e bombe atomiche, ma troveremo persino che una persona normale non sarebbe più in grado di affrontare i problemi meccanici elementari della ruota e della leva. Se invece abolissimo tutte le conoscenze della psicologia scientifica i problemi dei rapporti interpersonali potrebbero essere facilmente affrontati e risolti in larga misura così come avveniva prima che esistesse una tale disciplina scientifica (p. 8).

Anche se i due Autori, dunque, sembrano partire da punti di vista molto simili, arrivano a conclusioni diverse: mentre per Heider lo psicologo deve tradurre le intuizioni del senso comune in un linguaggio più utile all'indagine scientifica, visto che la psicologia ingenua contiene molte verità che, peraltro, non sono inserite entro un chiaro sistema generale (1958); per Salvatore, invece, il problema attiene proprio alla debolezza del linguaggio disciplinare. Tale linguaggio, infatti, sembrerebbe caratterizzato da due aspetti particolari: il primo riguarda la tendenza ad utilizzare le categorie psicologiche in maniera reificata, a trattare, cioè, "i concetti psicologici non come costrutti che, appunto, costruiscono in termini modellistici gli oggetti disciplinari, ma come pezzi/stati/qualità del mondo" (p. 122); il secondo aspetto riguarda, invece, la definizione degli oggetti della psicologia. Secondo Salvatore, infatti:

In modo complementare rispetto alla tendenza ad utilizzare le categorie psicologiche in termini reificati, la psicologia è portata a selezionare come oggetti di interesse disciplinare (sia in termini teorici che di pratica professionale) fenomeni assunti direttamente dalla realtà. Questa tendenza è in ultima istanza un derivato di una impostazione epistemologica di matrice neopositivista, che

* Psicologo, Roma

concepisce le categorie del linguaggio scientifico come il precipitato di un processo controllato di organizzazione sistematica dei dati dell'esperienza (2006, p. 123).

In definitiva, secondo Salvatore, anche gli psicologi, così come i profani, hanno contribuito alla deriva del linguaggio scientifico psicologico al punto che molti concetti psicologici vengono trattati come se fossero descrittivi di pezzi di realtà, al limite nascosta, ma comunque dotati di sostanza ontologica.

Questa particolare situazione ci spinge a sottolineare l'importanza di una esplorazione del linguaggio psicologico e del suo rapporto con il senso comune. L'utilizzo reificato delle categorie psicologico cliniche, ad esempio, sembrerebbe riferibile allo svuotamento di senso dei costrutti psicologici e, quindi, alla separazione tra ciò che ci sembra essere fortemente legato: i costrutti teorici ed i processi in atto. I costrutti teorici, infatti, possono essere compresi solo all'interno di processi esploratori volti a cogliere le dimensioni culturali, relazionali e contestuali di tali costrutti. Inoltre, seguendo Carli e Paniccia (2005) possiamo affermare che la psicologia clinica, per essere appresa, necessita di setting formativi nei quali sia possibile analizzare le condizioni istituenti di tali setting. In questo senso possiamo affermare che l'utilizzo dei costrutti teorici, all'interno della prassi professionale, non può che concretizzarsi entro processi clinici che tengano conto dei processi istituenti e delle dimensioni culturali, relazionali e contestuali che fondano l'intervento psicologico. In alternativa, i costrutti teorici vengono svuotati di "senso psicologico" e riempiti di senso comune.

Per quanto riguarda la problematica della scelta degli oggetti psicologici come fenomeni assunti direttamente dalla realtà, inoltre, possiamo fare riferimento a ciò che, lo stesso Salvatore (2006), utilizza come esempio: la settorializzazione della disciplina in termini di ambienti (si parla, infatti, di psicologia delle organizzazioni, di psicologia scolastica, di psicologia dello sport, di psicologia del turismo). Secondo l'Autore, questa settorializzazione non viene utilizzata al fine di identificare professionisti che condividono uno stesso contesto professionale; viene, di contro, proposta con l'intento di concepire i diversi settori come aree specifiche ed autonome del discorso psicologico, caratterizzate da oggetti e metodi di indagine peculiari. L'individuazione di aree specifiche, con propri metodi di indagine e propri oggetti suggerisce, secondo Salvatore, che la disciplina psicologica non viene ancorata ai costrutti teorici "ma ai fenomeni della realtà, così come essi si configurano sul piano storico; se si vuole: così come si danno pre-scientificamente – in ragione della contingenza delle dinamiche culturali - all'esperienza del senso comune" (2006, p. 123).

Queste due caratteristiche del linguaggio psicologico individuate da Salvatore (la reificazione dei costrutti psicologici e l'utilizzo di fenomeni della realtà come oggetti psicologici) risultano, dunque, un limite per l'intervento psicologico perché, come abbiamo cercato di argomentare, vincolano l'agire psicologico alle modalità di funzionamento e di categorizzazione del senso comune; ciò produce, secondo l'Autore, il venir meno di quella "possibilità di revisione radicale delle premesse istituite che è al contempo il valore ultimo della funzione psicologica e l'esigenza fondamentale di chi si rivolge allo psicologo" (p. 124); inoltre, "nel momento in cui lo psicologo adotta le categorie della committenza per definire il fenomeno di cui si occupa, [...], si trova esposto al contagio dell'impotenza della committenza" (Salvatore, 2006, p. 2004).

Il rischio di ancorare la propria azione professionale al senso comune è, dunque, molto elevato: cercheremo, però, nel corso di questo lavoro, di approfondire cosa rende il senso comune problematico rispetto all'esplorazione di questioni di interesse psicologico. Per far ciò potrebbe essere utile specificare, ancora meglio, quali sono le caratteristiche su cui si basa il senso comune.

Le caratteristiche del senso comune

Per una prima definizione del senso comune possiamo seguire Kelley (1992), il quale sostiene che “la psicologia del senso comune comprende le idee delle persone comuni sul comportamento proprio e su quello degli altri, così come sugli antecedenti e le conseguenze di questo comportamento” (p. 4). Inoltre, prosegue l’Autore, queste idee sono espresse in modi di dire e in frasi che usiamo per descrivere gli individui; sono, inoltre, usate nei detti e nelle storie familiari che ci raccontiamo l’un l’altro, sulle persone e sulla gente in generale. In breve, dunque, la psicologia del senso comune è inserita e sostenuta nel nostro linguaggio quotidiano (Kelley, 1992).

Ma come si produce il senso comune? Ancora Kelley (1992) ci suggerisce che la psicologia del senso comune è creata e trasmessa dalle persone che hanno l’opportunità di osservare ed imparare come si comportano gli individui e le condizioni per le quali avvengono specifiche variazioni nei comportamenti. Queste persone, inoltre, riflettendo e discutendo su tali questioni, sviluppano modi di dire sui comportamenti e sugli individui, e, infine, creano storie e aforismi sulle più importanti regolarità e variazioni (Kelley, 1992).

Anche secondo Geertz (1988) il senso comune è un’interpretazione delle conseguenze immediate dell’esperienza; tuttavia, quest’ultimo Autore afferma che “una caratteristica propria del pensiero basato sul senso comune è precisamente quella [...] di affermare che i suoi principi sono prodotti immediati dell’esperienza, non riflessioni deliberate su di essa” (p. 93). Geertz (1988), pertanto, suggerisce di differenziare tra il semplice apprendimento della realtà e i giudizi o le valutazioni su di essa. Ciò è importante perché se il senso comune è un’interpretazione delle conseguenze immediate dell’esperienza, allora esso è costruito storicamente ed è “soggetto a parametri di giudizio storicamente definiti” (p. 95); pertanto, il senso comune può essere considerato un sistema culturale, e come tale, “può cambiare clamorosamente da un popolo ad un altro” (p. 95).

Un’altra caratteristica individuata da Geertz (1988) è che il senso comune è totalizzante: “nessuna religione è più dogmatica, nessuna scienza più ambiziosa, nessuna filosofia più generale” (p. 106); il senso comune consiste, infatti, “in un resoconto di cose che esso pretende di cogliere nella loro interezza” (p. 105).

Lo stesso Autore, inoltre, individua alcune “semiqualità” del senso comune in generale, così come sono riscontrabili nelle diverse culture. La prima è la naturalezza: “Il senso comune rappresenta le questioni – vale a dire, certe questioni e non altre – come quello che sono nella semplice natura del caso. Sulle cose viene gettata un’aria di «è naturale», un senso di «la cosa sta in piedi» ” (p. 107). La seconda semiqualità è la praticità; tuttavia, non si tratta della praticità nel senso strettamente pragmatico dell’utilità, ma nel senso della sagacità: “dire a qualcuno di «avere buon senso» non significa dirgli di restare attaccato all’utilitaristico, quanto dirgli di mettere la testa a partito: essere prudente, tenere la testa a posto” (p. 110). La terza semiqualità è la leggerezza, che può essere definita anche semplicità o letteralità, e si concretizza nella tendenza a trattare le questioni esattamente come ciò che sembrano essere, né più né meno. Segue, poi, la mancanza di metodicità: “la saggezza basata sul senso comune è *ad hoc* in maniera sfacciata e senza scuse” (p. 113); l’utilizzo di proverbi e modi di dire non si organizza, infatti, attraverso la coerenza ma è caratterizzato dalle contraddizioni: “«guarda prima di saltare», ma «chi esita è perduto»” (p. 114). Infine, l’ultima semiqualità del senso comune è l’accessibilità. Essa è semplicemente la convinzione che chiunque possa comprendere e utilizzare le conclusioni basate sul senso comune. Proprio per questo, non ci sono specialisti del senso comune, ma “ognuno pensa di essere un esperto” (p. 115).

Un’altra caratteristica fondamentale del senso comune la possiamo ritrovare in ciò che afferma Moscovici (2005) sulle rappresentazioni sociali; possiamo, infatti, considerare le rappresentazioni sociali come gli elementi di base che formano il senso comune. Moscovici, dunque, afferma che il motivo più importante per il quale creiamo le rappresentazioni è “quello di rendere qualcosa di inconsueto, o l’ignoto stesso, familiare” (p. 38). Il non familiare, sostiene l’Autore, attrae ed affascina gli individui e le comunità; ma, allo stesso

tempo, li allarma e li costringe a rifiutare l'ignoto perché minaccia l'ordine prestabilito. La possibile alternativa al rifiuto di elementi di realtà, perché estranei, sembrerebbe soltanto quella di rendere l'ignoto familiare; ciò, secondo Moscovici, è possibile attraverso due meccanismi: l'ancoraggio e l'oggettivazione.

L'ancoraggio fa sì che qualcosa di estraneo e di disturbante sia confrontato con le categorie che già ci sono note; in questo modo, pertanto, viene individuata la categoria che risulta più adatta ad inglobare la nuova situazione. In questo modo, le qualità proprie della categoria utilizzata per dare un nome agli elementi ignoti, saranno acquisite anche da quegli stessi elementi che, prima, risultavano sconosciuti. "Ancorare è, quindi, classificare e dare un nome a qualcosa" (Moscovici, 2005, p. 47). Questo meccanismo è particolarmente interessante, perché ci aiuta a giustificare quanto abbiamo affermato all'inizio di questo lavoro: il senso comune e la psicologia clinica hanno obiettivi e azioni diametralmente opposte. L'ancoraggio, infatti, appare come un meccanismo diverso, anzi contrario, rispetto ad un'importante funzione psicologica proposta da Carli (1997, ed.): la sospensione dell'agito emozionale. Tale funzione consente di esplorare i processi collusivi che caratterizzano la domanda del cliente¹ e la sua proposta relazionale, evitando di agire, a propria volta, la simbolizzazione affettiva² dell'altro, entro proprie dinamiche collusive (Carli, ed. 1997; Carli & Paniccia, 2003). Attraverso la sospensione dell'agito emozionale è possibile istituire una relazione di scambio produttivo con l'estraneo³: in questo caso, infatti, il cliente, la sua narrazione, la nostra relazione con lui e l'intero processo istituito possono, utilmente, essere considerati quali realtà estranee e da esplorare. Se invece riconduciamo il cliente, o la situazione nuova, ad una categoria precostituita o a una situazione già vissuta, attraverso l'ancoraggio, ridurremo la complessità e l'ambiguità della situazione. L'ancoraggio, dunque, porta a riconoscere un individuo; porta, cioè, ad inserire l'individuo stesso entro una categoria predefinita. Al contrario, Montesarchio, Grassi, Marzella e Venuleo (2004) sottolineano l'importanza, nella relazione clinica, del "disconoscimento". Tale concetto rimanda all'apertura al nuovo ed all'ignoto ed implica l'assenza di ipotesi e di categorie precostituite sul cliente che ci proponiamo di conoscere, "rinunciando alle tentazioni di *deja vu* ("mi ricorda tanto quell'altro paziente") che vanno comprese ma non agite" (p. 46).

Il senso comune, quindi, attraverso il meccanismo dell'ancoraggio, riconduce le situazioni ignote a condizioni già note: questo processo, evidentemente, non coinvolge soltanto le nostre funzioni cognitive, ma ha a che fare anche con le dimensioni affettive: ridurre l'estraneità dell'altro a una categoria già nota ci consente di utilizzare simbolizzazioni affettive già sperimentate, con le quali si ha una dimestichezza maggiore. Ciò risulta essere più semplice, se confrontato con la difficoltà di mantenere la complessità e l'ambiguità derivanti dalla relazione con una situazione nuova. Tale semplificazione, infatti, consente un adattamento più rapido alla situazione nuova ma con il rischio di perdere informazioni importanti riguardanti quest'ultima.

L'utilizzo di simbolizzazioni affettive note, attraverso il meccanismo dell'ancoraggio, risulta essere un punto centrale nel nostro discorso sul senso comune: il senso comune, infatti, secondo la nostra proposta, favorisce l'istituzione di processi collusivi mediante l'utilizzo di copioni relazionali già noti. Si capisce, adesso, perché abbiamo affermato che il senso comune ha obiettivi e modi di funzionare opposti alla psicologia clinica: la psicologia clinica, infatti, ha come obiettivo la costruzione di sviluppo e assume a questo scopo la funzione di esplorare i processi collusivi; il senso, di contro, comune crea o rafforza i processi collusivi.

¹ Quando parliamo di clienti non intendiamo soltanto un soggetto individuale ma anche un gruppo, un ente o un'organizzazione.

² La simbolizzazione affettiva è una delle due modalità con la quale si organizza la relazione tra individuo e contesto: se la percezione consente di organizzare il contesto dal punto di vista cognitivo, la simbolizzazione affettiva consente di organizzarlo emozionalmente (Carli & Paniccia, 2003).

³ L'estraneo "è colui del quale non si può dire di conoscere, al di fuori della comunicazione con lui, cosa pensa o come vive il rapporto con noi" (Carli & Paniccia, 2003, p. 62)

Continuando a seguire il contributo di Moscovici (2005) individuiamo altri aspetti importanti del senso comune: secondo l'Autore, infatti, la tendenza a classificare, insita nel processo di ancoraggio, non è mai una scelta puramente intellettuale, ma riflette un dato atteggiamento verso l'oggetto, un desiderio di definirlo come normale o aberrante; inoltre ogni sistema di classificazione presuppone un punto di vista basato sul consenso (Moscovici, 2005). Queste affermazioni ci conducono a ciò che Paniccia, Giovagnoli, e Giuliano (2008) definiscono come le due anime dell'intervento psicologico: la prima ha obiettivi conformistici, mentre la seconda si pone obiettivi di sviluppo. Avere obiettivi conformistici vuol dire essere interessati ai comportamenti dei singoli individui e al ripristino delle funzionalità perdute, eliminando (quando è possibile) quei problemi che non consentono l'adattamento all'ambiente dato. Questo tipo di intervento, dunque, è indirizzato principalmente ai singoli individui e considera l'ambiente come una dimensione data, che rimane peraltro in secondo piano. "Potremmo dire che questa è la psicologia che corregge deficit" (Paniccia, Giovagnoli, & Giuliano, 2008, p. 62). L'altra anima della psicologia, invece, considera l'ambiente, o meglio il contesto, in interazione continua con gli individui, i gruppi e le organizzazioni. I vissuti, oltre che i comportamenti, sono parte integrante del contesto e le dimensioni contestuali stesse non possono essere escluse dall'intervento. "In tal caso l'obiettivo dell'intervento non è la risoluzione di un deficit dell'individuo nell'adattarsi all'ambiente, ma lo sviluppo della competenza delle persone a organizzare relazioni entro i propri contesti di riferimento" (Paniccia, Giovagnoli, & Giuliano, 2008, p. 62). In quest'ultimo orientamento, inoltre, non possiamo sapere quale sarà l'evoluzione dell'intervento psicologico, visto che non c'è una dimensione normativa che orienta l'azione psicologica: esso sarà volto ad esplorare i vissuti che caratterizzano la relazione individuo-contesto e che hanno portato il cliente a rivolgersi allo psicologo.

Pensiamo, ad esempio, ai processi di classificazione, molto diffusi anche all'interno della psicologia clinica; essi possono essere considerati come un tentativo di ridurre l'ambiguità propria della relazione con l'estraneo: ciò, inoltre, seguendo l'intuizione di Moscovici, ci porta a pensare ad un desiderio di definire l'altro come normale o aberrante (patologico), e di fare ciò sulla base di un consenso sociale. In tal caso, quindi, ciò che appare centrale è il perseguimento di obiettivi conformistici, di parametri, cioè, ai quali ancorare l'altro per considerarlo normale o per farlo diventare tale. Questo procedimento, inoltre, favorisce l'istituzione di processi collusivi asimmetrici, basati su rapporti di potere nei quali chi viene definito aberrante dipende da chi lo definisce tale.

Il senso comune, dunque, si fonda essenzialmente sul consenso sociale e quindi "è espressione della cultura dominante. Questo è un punto importante, che non va dimenticato. Quando lo assumiamo come parametro, assumiamo con esso la prevalenza di una cultura, quella con cui siamo maggiormente identificati, su altre possibili" (Paniccia, Giovagnoli, & Giuliano, 2008, p. 65).

Il secondo meccanismo, attraverso il quale le rappresentazioni sociali rendono l'ignoto familiare, proposto da Moscovici (2005) è l'oggettivazione. Tale meccanismo consente "di trasformare qualcosa di astratto in qualcosa di concreto, di tradurre ciò che è nella mente in qualcosa che esiste nel mondo" (p. 46). L'oggettivazione, pertanto, riproduce ciò che è astratto, sfuggente, sconosciuto, in qualcosa di concreto che può essere visto e toccato e, perciò, in qualcosa che può essere meglio controllato. Ritorniamo alla classificazione propria dell'intervento psicologico che persegue obiettivi conformistici: l'oggettivazione può essere rappresentata, ad esempio, dalla costruzione di scale e test che misurano il grado di normalità dell'individuo. In questo caso, i risultati dei test rendono concreto il concetto astratto di normalità. È evidente, inoltre, che questo tipo di intervento non si pone, quale obiettivo esplicito, la misurazione del grado di "normalità" della popolazione, che pure abbiamo utilizzato per sinteticità, ma altre caratteristiche individuali che sono, comunque, assimilabili al binomio normale-aberrante (puntuale/ritardatario, ansia fisiologica/ansia disfunzionale e altro ancora).

La riduzione della complessità della realtà in coppie di categorie opposte e che si escludono reciprocamente è un'ultima caratteristica propria del senso comune. Questo meccanismo ricorda molto la religione manichea. Il Manicheismo, fondato da Mani nel III secolo dopo Cristo, concepiva, infatti, l'esistenza di due regni: il regno del bene e quello del male. Secondo tale religione, inoltre, il regno del male ha invaso quello del bene ed ora, questi due regni, sono in lotta tra di loro; il mondo, così come ci appare oggi, è, dunque, il risultato della guerra tra queste due forze. Anche se il manicheismo non esiste più come religione, risulta, comunque, un serbatoio prezioso per tutte quelle dottrine che vedono il mondo in bianco e nero e che distinguono tra noi, figli della luce, e loro figli demoniaci delle tenebre. Buruma e Margalit (2004), a tal proposito, propongono una lettura interessante del rapporto tra Occidente ed Oriente. Gli Autori parlano di "occidentalismo" riferendosi, con tale termine, al quadro disumanizzato dell'Occidente, così come è tratteggiato da coloro che si oppongono all'idea stessa di Occidente. Uno degli aspetti che caratterizza questo rapporto, è proprio il considerare l'Occidente e l'Oriente come due mondi diametralmente opposti: agli occhi degli orientali ma, come sottolineano gli stessi Autori, anche agli occhi degli occidentali che si oppongono alla cultura occidentale, l'Occidente adora il denaro, il commercio e i piaceri corporei, in una parola adora la materia; l'Oriente, invece, è visto come il regno di una profonda spiritualità. Tra l'altro la contrapposizione tra spirito e materia è alla base del manicheismo; anzi, la materia stessa, in questa religione, rappresenta il male e le tentazioni corporee che allontanano dal rapporto con Dio. In questo senso "i nemici dell'Occidente" vedono l'Occidente come corrotto e materiale, e considerano l'Oriente come altamente spirituale. Allo stesso modo, gli Autori sottolineano che anche gli occidentali si sono serviti di semplificazioni simili: "Ronald Reagan, quando diceva che l'Unione sovietica era l'«impero del male»; Gorge W. Bush, quando considerava la Corea del Nord, l'Iran e l'Iraq come l'«asse del male»" (p. 93). La tesi proposta da Buruma e Margalit per spiegare il rapporto tra Occidente ed Oriente, invece, si basa sul rispetto della complessità insita in una problematica rilevante come la convivenza di culture diverse. Gli Autori, dunque, utilizzando il paradigma indiziario⁴, trovano che un elemento fondamentale per risalire alle possibili cause della situazione attuale sia rintracciabile nella dimensione storica. Questa, infatti, è caratterizzata, prevalentemente, da contaminazioni culturali incrociate; rifiutano, quindi, la spiegazione semplicistica dello scontro manicheo tra civiltà.

Questo meccanismo che porta a contrapporre tra loro idee stereotipali, è spesso presente nei ragionamenti di senso comune; tutto questo può essere particolarmente problematico, tanto da portare agli eventi dell'11 settembre e a ciò che ad esso ha fatto seguito. Tuttavia lo stesso meccanismo è riscontrabile in molte altre situazioni: basta pensare alla distinzione tra i sessi. Il senso comune, infatti, considera soltanto l'esistenza di due sessi: maschile e femminile; in questo modo pensa di includere tutte le realtà possibili e, allo stesso tempo, è anche prescrittivo nel senso che indica cosa è considerato normale e cosa è, invece, aberrante. Questa visione semplicistica, tuttavia, si scontra con la complessità dei generi, degli orientamenti sessuali e delle scelte sessuali e, anche, con situazioni biologiche ambigue; inoltre, ciò che devia dalla norma spesso non è tollerato: mette in crisi il sistema di credenze che il senso comune ha costruito. Come poi la società reagisce alle deviazioni dalla norma dipende, ancora una volta, dalle dimensioni culturali, quindi, da come il senso comune ha deciso di trattare tali "aberrazioni". Geertz (1988), citando Robert Edgerton, ci descrive le reazioni di alcuni gruppi americani da un lato, dei Navajo e dei Pokot (una tribù keniota) dall'altro, al fenomeno dell'ermafroditismo. Per gli americani l'ermafroditismo rappresenta un orrore; la vista di organi genitali bisessuati o persino la semplice discussione

⁴ Il paradigma indiziario, proposto da Carlo Ginzburg nel saggio "Spie. Radici di un paradigma indiziario", del 1979, rappresenta un modello di interpretazione degli eventi fondato sulla ricerca sistematica di indizi significativi, sui quali è possibile basare la ricostruzione storica di un fatto. Questo procedimento ci aiuta a risalire, dai dati osservabili, a una realtà complessa e articolata non comprensibile, in un primo momento, per l'osservatore. Spesso i dati osservabili sono marginali ma rappresentano tracce molto utili per attribuire senso a ciò che risulta sconosciuto. Il paradigma indiziario si basa, dunque, su un processo inferenziale (cfr. Grasso, Cordella & Pennella, 2003 e Grasso, Lombardo & Pinkus, 1988).

su questa condizione può provocare una sensazione di nausea. “La reazione è di incoraggiare, di solito con grande passione e talvolta con qualcosa di più, i bisessuati ad adottare un ruolo sessuale preciso, maschile o femminile” (p. 102). Anche per i Navajo l'ermafroditismo è una condizione anormale, ma essa suscita stupore e timore reverenziale, invece che orrore e disgusto. Si ritiene, infatti, che il bisessuato sia stato benedetto da Dio e che trasmetta agli altri questa benedizione. I Pokot, infine, ritengono i bisessuati un errore e, anche se non nutrono molta stima per queste persone, non provano comunque alcun senso di disgusto o di orrore. Per i Pokot, dunque, la persona bisessuata è inutile perché non può estendere la discendenza come un vero uomo né può portare la dote nuziale come una vera donna. Questo esempio conferma, inoltre, ciò che avevamo già affermato seguendo Geertz (1988): il senso comune, infatti, non è ciò che la mente comprende spontaneamente ma quello che la mente, riempita di presupposti, conclude.

Possiamo provare, a questo punto, a riassumere brevemente le principali caratteristiche del senso comune; nel far ciò non vogliamo proporre un elenco di caratteristiche ma vogliamo, invece, sottolineare quanto queste stesse caratteristiche siano collegate tra di loro, in modo da comprendere meglio la complessità, e allo stesso tempo la semplicità dei ragionamenti basati sul senso comune. Innanzitutto, un aspetto fondamentale da considerare è che il senso comune è utilizzato soprattutto per rendere familiare ciò che è ignoto; inoltre, così facendo, il senso comune definisce anche cosa è ritenuto normale e cosa non lo è. Come per la dicotomia normale-aberrante, il senso comune, inoltre, servendosi di meccanismi manichei, divide la realtà attraverso l'utilizzo di coppie di categorie stereotipali e contrapposte. Queste categorie, tra l'altro, sono considerate totalizzanti e, quindi, capaci di spiegare qualunque fenomeno. Oltre a ciò, la naturalità, la praticità, la leggerezza e la mancanza di metodicità fanno sì che il senso comune sia facilmente utilizzato da chiunque; allo stesso modo, anche l'utilizzo del linguaggio quotidiano e la convinzione che i principi del senso comune siano un prodotto immediato dell'esperienza, invece che riflessioni su di essa, aumenta l'accessibilità del senso comune stesso. Possiamo concludere ricordando che il senso comune è un sistema culturale e, che, come tale, può variare da una popolazione ad un'altra, esprimendone la cultura dominante.

L'insieme di queste caratteristiche ci porta a considerare il senso comune come un sistema culturale che favorisce l'istituzione di processi collusivi attraverso l'utilizzo di simbolizzazioni affettive già sperimentate. Ciò, come abbiamo visto, avviene soprattutto attraverso l'ancoraggio di situazioni nuove a categorie già note ed organizzate in coppie contrapposte e stereotipali. Il fatto, inoltre, che il senso comune esprima la cultura dominante di una data società, e che abbia una funzione opposta alla psicologia clinica ci spinge a pensare alle problematiche che possono sorgere, per l'intervento psicologico clinico, nel momento in cui non si tiene conto dell'azione del senso comune. L'azione anti-psicologica del senso comune, infatti, fa sì che i processi collusivi vengano agiti entro le relazioni, con il conseguente probabile insuccesso di qualunque tipo di intervento professionale che sia volto alla promozione dello sviluppo. Anche la diffusione di una cultura psicologica, all'interno della società, e il successivo aumento di domande sociali rivolte agli psicologi, è ostacolata dall'azione del senso comune. In questo senso, risulta essere di fondamentale importanza, per gli psicologi clinici, la conoscenza dei meccanismi sui quali si basa il senso comune, nonché la consapevolezza dell'influenza che il senso comune ha sulla stessa azione professionale degli psicologi. Per la riuscita degli interventi psicologici sarà necessario, inoltre, dedicare uno spazio di riflessione, con i clienti dell'intervento, sui meccanismi fondanti il senso comune e su quanto tali meccanismi siano riscontrabili all'interno delle proposte relazionali rivolte agli psicologi. Allo stesso tempo, infine, l'esplorazione del senso comune risulta fondamentale anche all'interno del processo di apprendimento della psicologia clinica, visto che il senso comune risulta essere una teoria implicita che viene utilizzata entro le relazioni sociali e che entra in contrasto con l'apprendimento delle teorie fondanti la psicologia clinica; ciò, inoltre, consentirà, a chi desidera formarsi alla psicologia clinica, di sviluppare la propria competenza a trattare le modalità con le quali il senso comune organizza l'agire individuale e sociale.

Possiamo affermare, a questo punto, che l'esplorazione del senso comune sia un aspetto fondamentale all'interno della formazione e dell'azione professionale psicologia clinica. Come ci suggeriscono Paniccia, Giovagnoli e Giuliano (2008) possiamo chiederci, infatti, cosa accadrebbe se il senso comune organizzasse sia la domanda rivolta allo psicologo che la risposta proposta dal sistema scientifico professionale: "Se la dinamica collusiva che organizza la domanda rivolta allo psicologo coincidesse con la dinamica collusiva che organizza la risposta professionale, non ci sarebbe possibilità di pensare la relazione, quindi di progettare uno sviluppo" (p. 60), sarebbe impossibile, pertanto, l'esplorazione delle dinamiche collusive proposte dal cliente, eliminando, così, ogni possibilità di istituire una funzione psicologica e di integrare le problematiche del cliente in una cornice più ampia.

L'influenza del senso comune sulla psicologia clinica

Per esplorare l'influenza del senso comune sulla psicologia clinica ed il conseguente utilizzo della categoria normale-aberrante all'interno di questo ambito disciplinare, faremo riferimento al testo *Psicologia clinica*, del 2008, scritto da Kring, Davison, Neale e Johnson. E' interessante osservare che il titolo originale del libro è *Abnormal Psychology*: la traduzione italiana, dunque, da un lato perde il riferimento esplicito, almeno nel titolo, all'anormale, e allo stesso tempo ci propone un utilizzo del termine clinico quale sinonimo di anormale.

Introduciamo brevemente il significato legato al termine clinico. Clinico deriva dal vocabolo greco *kliné*, traducibile con la parola letto; con questo termine si indicava la relazione tra il medico e l'ammalato: relazione caratterizzata, nello specifico, dalla posizione del malato steso sul letto e dal medico che si piegava verso il paziente per visitarlo⁵. Altri significati del termine clinico rimandano, comunque, all'ottica relazionale e all'apprendimento per esperienza diretta⁶. L'aspetto relazionale, che possiamo considerare quale elemento fondamentale all'interno della psicologia clinica, sembra scomparire del tutto nel testo in esame, e far posto al concetto di anormale: di qualcosa, cioè, che devia dalla norma. Possiamo, inoltre, ricordare che la medicina ha intrapreso questa strada, dando meno importanza all'aspetto relazionale e focalizzandosi maggiormente sulle cause eziopatogenetiche delle malattie. La medicina, tuttavia, può fare riferimento ad un funzionamento normale dell'organismo e alla deviazione da tale normalità, perché ha individuato il funzionamento normale dell'organismo (la Fisiologia) e l'eziologia di molti disturbi organici (la Patologia). In questo modo il medico, attraverso la diagnosi, può tracciare un rapporto lineare tra il sintomo, la malattia e la causa della malattia stessa: individuando, così, anche una terapia adeguata. In questo senso, l'eliminazione del sintomo fisico porta alla guarigione e ripristina lo stato di salute: i concetti di salute e di guarigione sono, dunque, sinonimi all'interno del modello medico; la guarigione, quindi, è considerata l'obiettivo dell'intervento medico (Lombardo, 2005). Purtroppo, lo stesso modello medico, non ha individuato l'eziologia di tutte le malattie esistenti; ad ogni modo, la medicina è maggiormente orientata all'individuazione delle cause dei disturbi e non sembra interessata, invece, agli aspetti relazionali.

L'utilizzo del concetto di normalità, all'interno del modello medico, comporta peraltro le implicazioni che abbiamo individuato parlando del binomio normale-aberrante: il riferimento alla norma, infatti, spinge gli individui a conformarsi al funzionamento considerato normale.

⁵ Cfr. Imbasciati (2006) e Lombardo (2005).

⁶ Pensiamo, ad esempio, alla pratica che si diffuse tra la fine del Medio Evo e l'inizio del Rinascimento: in alcune scuole mediche venivano impartiti, ai medici in formazione, insegnamenti al letto dei malati. Il primo ad utilizzare un insegnamento medico basato sull'osservazione clinica fu, verso la fine del XVI secolo, a Padova, Giovanni Battista da Monte, detto anche Montanus. Nasceranno, da quel momento in poi, le prime "cliniche", affidate a docenti universitari, dove vengono raggruppati malati con patologie simili e dove è pratica istituzionalizzata l'insegnamento delle conoscenze mediche presso il letto dei malati (Lombardo, 2005).

L'obbligo a curarsi ne è un esempio, ma anche la logica della prescrizione risulta interessante: l'utente, infatti, non svolge un ruolo attivo nel processo di cura, ma si attiene a quanto dice il medico. In questo senso, come abbiamo visto, chi viene definito anormale (o, se vogliamo, malato) dipende da chi lo definisce tale. L'efficacia dell'intervento medico e la necessità di curarsi rivolgendosi al medico, tuttavia, fanno sì che l'iter terapeutico inizi "senza analizzare la richiesta «implicita» sottesa alla domanda «esplicita» di consulenza medica" (Lombardo, 2005, p. 99).

All'interno della psicologia clinica, l'utilizzo del concetto di normalità esprime in modo ancora più evidente il riferimento al consenso sociale: in quest'ambito, infatti, non è possibile stabilire una relazione di causa - effetto tra il disturbo psichico e la sua origine. La Psicopatologia, infatti, "prevede l'esistenza di una plurifattorialità nell'istaurarsi delle dinamiche psicopatologiche che non è riconducibile ad un procedimento lineare tra la causa e l'effetto, così come avviene in ambito medico" (Lombardo, 2005, p. 101). Ciò, dunque, ci porta a pensare che non esista, in quest'ambito, una normalità da utilizzare quale parametro di riferimento e che, quando il concetto di normalità viene utilizzato, esso nasconde l'influenza del senso comune e l'intenzione, quindi, di semplificare ciò che è sconosciuto riconducendolo a qualcosa di familiare. Abbiamo visto come in questa azione sia fondamentale l'utilizzo dell'ancoraggio (Moscovici, 2005) e quanto questo meccanismo contenga in sé un desiderio di definire l'altro come normale o aberrante, sulla base di un consenso sociale. In questo senso, possiamo considerare i concetti di normalità e conformismo strettamente legati tra loro.

Torniamo dunque al testo in esame: Psicologia clinica. In esso non c'è alcun riferimento esplicito alla psicologia clinica: essa non viene definita in alcun modo, per quanto gli autori si definiscono psicologi clinici; anzi, sembra che non ci sia bisogno di una tale definizione. In questo senso, possiamo parlare di una psicologia clinica data, nella quale non occorre esplicitare i presupposti dai quali si parte e, proprio per questo, l'influenza del senso comune sembra maggiormente attiva.

Proviamo a seguire le parole degli stessi Autori:

Tutti ci sforziamo di capire gli altri. Ma a volte non è facile comprendere perché le persone facciano certe cose o provino certi sentimenti. Neppure di noi stessi siamo sempre in grado di capire sentimenti e comportamenti. Comprendere perché le persone si comportano in modo atteso, normale, è già abbastanza difficile; ancora più difficile è comprendere il comportamento umano che esula dalla normalità (p. 4).

Questo è l'incipit del testo. È nota l'importanza della fase istitutiva negli interventi psicologico clinici: allo stesso modo, le prime righe di un libro possono dirci quale sia la proposta collusiva che gli autori fanno a chi legge il testo. In questo caso gli Autori partono da un'osservazione di senso comune (Tutti ci sforziamo di capire gli altri) che, come tale, è totalizzante (tutti!). Verrebbe, ad esempio, da chiedersi perché tutti ci sforziamo di capire gli altri e l'importanza che sembra avere, in questo, il desiderio di acquisire modelli di predizione del comportamento altrui. Questo desiderio, inoltre, sembra essere legato alla fantasia di possedere l'altro e di poterlo controllare. Ciò, ancora una volta, è in contrasto con la categoria di estraneità che risulta essere, al contrario, una importante risorsa per utilizzare l'ambiguità propria della relazione con il cliente; nel nostro caso sembra che l'estraneità sia negata, riducendo l'altro a modelli comportamentali preesistenti.

La categoria clinica dell'estraneità, in sintesi, sembra non interessare gli Autori; i quali, infatti, continuano il loro discorso sottolineando la difficoltà insita nel comprendere l'altro e, anche, noi stessi: sembrano, qui, utilizzare una modalità seduttiva nei confronti del lettore che è portato, così, a rimpiangere la propria difficoltà a comprendere il proprio e l'altrui comportamento, convincendosi che tali capacità sono, invece, possedute dagli Autori. Infine, si afferma chiaramente che esiste un comportamento normale, che è atteso (ritorna il desiderio di predire e controllare il comportamento altrui), e un comportamento anormale ed aberrante. Quest'ultimo sembra assolutamente non comprensibile: gli Autori ci suggeriscono la stranezza e l'irrazionalità del comportamento anormale.

La dichiarazione successiva è la seguente: “Questo libro si propone di indagare l’anormalità” (p. 4). Chiarito questo, e, quindi, definiti i presupposti dai quali partono gli Autori (che non riguardano, dunque, la psicologia clinica ma l’anormalità), affermano: “Un’altra sfida che continuamente si impone nello studio della psicologia clinica sta nel conservare l’obiettività di giudizio. L’oggetto di questo studio, il comportamento umano, ci coinvolge a livello personale e chiama in causa le nostre emozioni, rendendo difficile mantenerci obiettivi” (p. 4). Sembra quasi superfluo ricordare tutti i dibattiti e le teorie che ci hanno consentito di superare le concezioni positivistiche; anche le rappresentazioni sociali che sembrano tramontate sono costantemente vive e possono, ancora oggi, organizzare posizioni culturali e scientifiche. Inoltre, due elementi fondamentali del Positivismo sono proprio l’obiettività, con la quale si considera l’osservatore separato (diremmo scisso) da ciò che osserva; l’oggetto di studio, che è considerato esistere a prescindere da chi lo studia. L’oggetto di studio ha, dunque, caratteristiche intrinseche che non vengono influenzate da (o che non sono in relazione con) colui che osserva tale oggetto; inoltre, l’oggetto di studio deve essere misurabile.

In linea con le concezioni positivistiche, dunque, gli Autori individuano, quale oggetto di studio, il comportamento umano. Nessun riferimento, dunque, agli aspetti inconsci e alle dinamiche relazionali: sembrerebbe che questi aspetti vengano completamente eliminati. Viene, tuttavia, affermato che il comportamento umano ci coinvolge e chiama in causa le nostre emozioni: ciò, però, è visto come un limite per l’obiettività di chi vuole studiare il comportamento, invece di cogliere che, proprio questo coinvolgimento, può essere una risorsa fondamentale per la comprensione del funzionamento umano: pensiamo, ad esempio, ai processi di transfert e controtransfert, nella loro accezione più ampia. Grasso (2004), a tal proposito, propone una ridefinizione di transfert come “fantasia relazionale prevalente” suggerendoci che:

tale fantasia contiene non solo gli elementi comportamentali caratteristici con cui quella persona tende a manipolare ed a utilizzare gli altri ai propri scopi “patologici”, ma anche le aspettative più o meno realistiche che sono state attivate dalla decisione di richiedere un intervento psicologico ad un “esperto” e all’istituzione di cui questi fa parte: lo psicologo dovrà dunque considerare attentamente le proprie modalità di interazione (e i relativi aspetti controtransferali) sia nei confronti del richiedente che nei confronti dell’istituzione in cui opera, per comprendere i diversi livelli del messaggio formulato come richiesta della sua prestazione (p. 144).

Quest’ultima proposta teorica, dunque, oltre ad un’attenzione particolare al contesto nel quale si sviluppa l’intervento psicologico, sottolinea l’importanza di comprendere ed utilizzare, quale risorsa per l’intervento stesso, quel coinvolgimento dato dalla relazione con il cliente che, nell’affermazione di Kring, Davison, Neale e Johnson, sembra, invece, un ostacolo.

Tornando, a questo punto, alla differenziazione tra le due anime della psicologia che interviene, possiamo definire gli Autori quali esponenti di una psicologia che corregge deficit. La loro azione, pertanto, è rivolta a modificare i comportamenti che non consentono l’adattamento all’ambiente, considerando l’ambiente come qualcosa che fa da sfondo, ma che non entra in relazione con gli individui. L’attenzione, quindi, è rivolta ai comportamenti individuali; non c’è spazio, come dicevamo, per i vissuti e per le dinamiche relazionali. Questa componente della psicologia caratterizzata da obiettivi conformistici, visti il continuo riferimento degli Autori al comportamento anormale, sembra fortemente influenzata dall’azione del senso comune. Se, come detto, non è possibile parlare di normalità ed anormalità in psicologia, evidentemente la posizione proposta dagli Autori del testo “*Psicologia clinica*” rischia di rafforzare quelle rappresentazioni culturali, basate sul senso comune, che vedono la società divisa in individui normali ed individui anormali, con il conseguente tentativo di “normalizzare gli anormali”. Questi meccanismi che, come abbiamo visto, sono molto diffusi nel senso comune, possono portare a rilevanti problematiche di convivenza all’interno di una società: si possono così istituire processi collusivi volti al

possesso ed al controllo⁷ sociale che esitano in relazioni asimmetriche, prive di obiettivi produttivi.

Un altro aspetto interessante sottolineato dagli Autori è la nozione di paradigma proposta da Kuhn: questo può essere definito come il quadro di riferimento nell'ambito del quale opera uno scienziato; esso influenza il modo di considerare i problemi ma, anche, la scelta dei problemi da considerare. A tal proposito, dunque, gli Autori affermano che nessun paradigma, da solo, "offre una concettualizzazione "completa" della psicopatologia, piuttosto ciascuna visione porta un suo contributo" (p. 31). Descrivono, così, i paradigmi che vengono utilizzati per lo studio della psicopatologia: il paradigma genetico (che sottolinea, soprattutto, la relazione tra geni e comportamento, anche se, attualmente, si dà ampio spazio all'influenza tra geni e ambiente); il paradigma delle neuroscienze (il quale afferma che i disturbi mentali si associano a processi cerebrali aberranti); il paradigma psicoanalitico (che considera la psicopatologia quale prodotto di conflitti inconsci) e il paradigma cognitivo - comportamentale (che affonda le proprie radici nelle scienze cognitive e nella terapia comportamentale). Per quanto, dunque, i vari paradigmi siano ampiamente descritti e per quanto gli Autori sottolineino il fondamentale apporto che ogni paradigma può dare alla comprensione della psicopatologia, nell'esposizione dei disturbi psicologici, come vedremo, sembrerebbero preferire alcuni paradigmi piuttosto che altri.

Inoltre, grosse critiche vengono mosse alla classificazione dei disturbi, in quanto possono produrre un effetto stigmatizzante e possono dare luogo a perdite d'informazione sull'unicità dell'individuo (la persona viene ancorata ad una categoria diagnostica specifica e, pertanto, acquista tutte le caratteristiche di quella categoria, perdendo gli aspetti unici che la caratterizzano). Tuttavia gli Autori, utilizzando ancora una volta una forma totalizzante, affermano che esiste "una verità fondamentale: la tendenza a classificare tutto ciò a cui si applica il nostro pensiero, fa parte della natura umana. Perciò [...], visto che ci serviamo di categorie, la cosa migliore è svilupparle e organizzarle in maniera sistematica" (p. 74); come dire che, visto che siamo influenzati dal senso comune, tanto vale utilizzarlo anche nella relazione professionale con i clienti.

Non stiamo affermando l'inutilità delle classificazioni, che pure possono essere utilizzate entro il rapporto con il cliente; tuttavia, il riferimento a tale metodologia, senza una considerazione degli aspetti relazionali e senza un'attenzione ai vissuti del cliente, fa sì che la classificazione diventi una tecnica forte nei confronti di un utente debole. Si crea così la dipendenza e la delega dell'utente nei confronti dello psicologo che detiene il sapere. Inoltre, come abbiamo visto, la tendenza a classificare e a semplificare è propria del senso comune: il suo utilizzo, dunque, non consente una riflessione sulla relazione e comporta la perdita di una risorsa fondamentale per lo sviluppo del cliente. È possibile, pertanto, affermare, seguendo Di Ninni, che:

se il problema è "vedere e cogliere", per una maggiore condivisibilità all'interno di una comunità scientifica, ci si prepara ad individuare e misurare; se c'è l'interesse ad intervenire con una committenza entro un rapporto, forse può essere utile convenire su quello che sta avvenendo, compresi gli strumenti messi in campo (Di Ninni, 2004, Ed., p. 118).

Un approfondimento di tutte le problematiche psichiche esula da questo lavoro, tuttavia, può risultare interessante, a questo punto, una breve esplorazione su come Kring, Davison, Neale e Johnson trattano i disturbi d'ansia e le fobie in particolare. Proviamo, dunque, a seguire quanto dicono gli Autori rispetto ai disturbi d'ansia: "una caratteristica comune a tutti i disturbi d'ansia sono livelli di ansia abnormi per intensità o frequenza. I disturbi di panico e le fobie si distinguono per l'intensa paura, oltre che per l'ansia" (2008, p. 124). Potremmo chiederci chi decida se i livelli d'ansia siano fuori dalla norma, ammesso che esista un'ansia normale. Chi valuta se la paura è intensa oppure no? Per rispondere a queste domande

⁷ Il possesso ed il controllo rientrano in quelle che Carli e Paniccia (2002) hanno definito come neoemozioni.

seguiamo gli Autori che, facendo riferimento al DSM-IV-TR, affermano che “per ogni disturbo esistono criteri che precisano in che termini l’ansia o la paura devono interferire col funzionamento della persona, o causare disagio, perché si possa trarre la diagnosi di un particolare disturbo” (p. 124). Stabilire l’esistenza di livelli d’ansia o di paura abnormi, quindi, sembrerebbe utile soltanto al professionista che fa la diagnosi: l’interesse di chi utilizza questi sistemi di classificazione è, infatti, quello di individuare in che termini l’ansia o la paura *devono* interferire, o causare disagio, per poter fare una diagnosi. Ancora una volta, si ricerca l’obiettività del professionista⁸, piuttosto che considerare la soggettività del cliente e l’unicità del rapporto con lo psicologo. Anche il disagio, quale vissuto soggettivo, è considerato soltanto quale parametro per consentire la formulazione di una diagnosi.

È evidente, inoltre, che, se pensiamo ad un livello di ansia o di paura normale, cercheremo di ricondurre alla norma chiunque devia da questi standard. È qui riscontrabile, dunque, la ricerca di conformismo che il riferimento alla normalità propone. Ci può essere utile, a tal proposito, l’accostamento di due elementi che Buruma e Margalit (2004) individuano negli occidentalisti, nella loro visione dell’Occidente: l’Occidente, infatti, viene visto come caratterizzato dal conformismo e dal confortismo. Confortare deriva dal latino *cōnfortāre* cioè rinforzare, confortare ed è un derivato di *fortis*: forte. Il richiamo alla normalità, dunque, oltre a produrre conformismo sociale, consente anche di rinforzare la posizione di chi utilizza la normalità come parametro di riferimento: è, pertanto, confortante. In questo senso, dunque, chi propone la diagnosi, senza convenire con la committenza su quanto sta avvenendo, istituisce una relazione asimmetrica nella quale la tecnica forte prevale sull’utente debole. Questa, evidentemente, è una funzione posseduta anche dal senso comune: oltre al riferimento alla cultura dominante e, quindi, al conformismo sociale, il senso comune rafforza e dà potere a chi lo utilizza e alla stessa cultura dominante. Il potere ricevuto deriva dalla possibilità di controllare il mondo esterno, potendo ricondurre anche le situazioni nuove a categorie conosciute. Ciò, come abbiamo visto, è un potere superficiale e fine a se stesso, non potendo essere utilizzato entro la relazione con l’altro.

Per definire le fobie Kring, Davison, Neale e Johnson fanno ancora riferimento al DSM-IV-TR:

il DSM-IV-TR definisce fobia la paura marcata e persistente di un oggetto o di una situazione particolare, paura decisamente sproporzionata al pericolo che tale oggetto – o situazione – può comportare. Il soggetto riconosce che la sua paura è eccessiva, e tuttavia è disposto a fare notevoli sforzi pur di evitare ciò che la provoca (p. 124).

Innanzitutto, colpiscono gli aggettivi che vengono utilizzati per parlare della paura: marcata, persistente e (decisamente) sproporzionata. Questi aggettivi fanno pensare che ci sia anche una paura leggera, di breve durata e proporzionata allo stimolo: questo, infatti, sembra il modello di paura normale, che può essere tollerata e che viene, anche, giustificata; non c’è spazio per altre forme di paura: le altre forme vengono, infatti, classificate come psicopatologie. Anche il “soggetto”, inoltre, sembra colludere con il professionista sulla anormalità della sua paura, eppure continua a comportarsi come se essa fosse “normale”: continua, cioè, a mettere in atto sforzi per evitare l’oggetto o la situazione che suscitano la sua paura. Forse, il riferimento alla paura anormale non è ciò che ci consente di cogliere l’origine (o meglio le origini) dell’utilizzo di comportamenti fobici da parte del cliente. Marcelli (1999), ad esempio, rileva come sia “artificiale e troppo didattico distinguere <paure e fobie

⁸ Gli Autori, tuttavia, sottolineano che, per quanto i criteri diagnostici del DSM siano stati migliorati, “resta comunque ampio spazio per il disaccordo” (p. 73). Facendo, infatti, riferimento ai sintomi per la diagnosi di episodio maniacale gli Autori si chiedono: “che cosa significa affermare che l’umore è elevato in modo abnorme? Questi giudizi creano le condizioni per il verificarsi di errori sistematici, oltre che per l’insinuarsi nella valutazione delle idee soggettive del clinico, su quale sia il comportamento corretto per la persona “media” in una certa fase dell’esistenza. Poiché clinici diversi possono adottare definizioni diverse di sintomi quali “umore elevato” il conseguimento di un’alta affidabilità si presenta come un obiettivo problematico (Kring, Davidson, Neale e Johnson, 2008, p. 73).

normali> e <paure e fobie patologiche>. Soltanto la valutazione economica e dinamica può dare elementi di risposta e non un semplice riferimento semiologico” (p. 318).

Vediamo quali sono i trattamenti che gli Autori propongono per i disturbi d’ansia e le fobie in particolare: “i trattamenti efficaci contro i disturbi d’ansia condividono una tecnica cruciale: l’esposizione; il soggetto viene sollecitato ad affrontare proprio la cosa di cui ha più paura” (p. 137); giustificano questa affermazione facendo riferimento ad un antico proverbio cinese “Vai dritto al cuore del pericolo, perché lì troverai la salvezza”. È evidente quanto i proverbi siano prodotti del senso comune e quanto quelli cinesi, in particolare, rimandino ad un’idea di saggezza; tuttavia, come abbiamo visto, proprio l’accessibilità, la leggerezza e la naturalità dei principi del senso comune devono metterci in guardia contro i processi di semplificazione insiti nel senso comune stesso.

L’esposizione, all’interno della desensibilizzazione sistematica, si basa “sull’addestramento del paziente ad acquisire la capacità di rilassarsi”, per poi passare ad immaginare “una gerarchia di situazioni sempre più spaventose, che mette a punto insieme al terapeuta” (p. 143). L’esposizione dunque, viene utilizzata sia per la fobia specifica, definita come “paura intensa ed immotivata, causata dalla presenza di un particolare oggetto (o situazione)” (p. 124), sia per la fobia sociale, definita come “la paura irrazionale e persistente di situazioni che potrebbero implicare l’essere sottoposti al giudizio di persone sconosciute, o anche soltanto esposti alla loro presenza” (p. 126).

L’esposizione, in quanto trattamento, ma anche la spiegazione dell’eziologia della fobia tramite il modello bi fattoriale di Mowerer⁹, fanno riferimento al paradigma cognitivo - comportamentale. L’approccio cognitivo è presente soprattutto in quegli interventi nei quali si mettono in discussione “le credenze del paziente riguardo alla probabilità che il confronto con l’oggetto, o la situazione, che provoca la sua ansia porti sempre ad esiti negativi” (p. 137). Attraverso il paradigma delle neuroscienze, inoltre, gli Autori prendono in considerazione il “ruolo cruciale” dell’amigdala nei disturbi d’ansia e l’utilizzo dei farmaci per il trattamento di tali disturbi. Anche il paradigma genetico viene preso in considerazione: “gli studi gemellari suggeriscono un’ereditabilità del 20-40% per le fobie” (p. 135). Ciò che sembra completamente mancare, invece, è ciò che gli Autori stessi hanno definito come paradigma psicoanalitico. Possiamo collegare questa assenza con un’affermazione che gli Autori fanno nei confronti della psicoanalisi freudiana: “in quanto basate su evidenze aneddotiche raccolte durante le sedute di terapia, le teorie psicoanalitiche contemporanee sono accusate di non avere grossi fondamenti oggettivi e quindi di mancare di scientificità” (p. 48). In questa affermazione ritroviamo l’orientamento positivistic degli stessi; ma, soprattutto, è possibile affermare come queste convinzioni facciano perdere proprio quelle risorse fondamentali che la psicologia clinica, attraverso il paradigma indiziaro, può utilizzare per favorire una revisione dei processi di simbolizzazione della realtà interna ed esterna, consentendo l’utilizzo di diverse modalità relazionali.

Gli stessi Autori sottolineano che “tutti gli ansiolitici danno effetti collaterali”; “inoltre, le benzodiazepine provocano assuefazione e gravi sintomi di astinenza, per cui può risultare difficile sospenderne l’uso; si tratta cioè di sostanze che danno dipendenza”; infine, “nella maggioranza dei casi, quando il paziente cessa di assumere i farmaci, il disturbo ricidiva. I farmaci si rilevano efficaci soltanto nel periodo della loro assunzione” (p. 138). Per quanto riguarda gli approcci cognitivi “è emerso spesso che, per il trattamento delle fobie specifiche, questi metodi sono meno utili dell’esposizione” (p. 144). Infine, dell’esposizione stessa gli Autori affermano che “molti studi indicano che gli effetti della terapia durano almeno un anno, tuttavia uno studio ha trovato che molti soggetti hanno poi sperimentato una ricaduta, almeno parziale, nei 12 anni successivi al trattamento” (p. 143). Queste affermazioni ci portano a pensare che il paradigma psicoanalitico, o meglio indiziaro, che è

⁹ Tale modello ipotizza che le fobie si basino su processi di condizionamento: attraverso un processo di condizionamento classico una persona apprende a temere uno stimolo neutro (SC, stimolo condizionato), in quanto abbinato ad uno stimolo intrinsecamente minaccioso (SI, stimolo incondizionato); attraverso un processo di condizionamento operante la persona apprende a ridurre questa paura condizionata tramite l’evitamento dello SC. La risposta di evitamento si mantiene perché la paura funge da rinforzo (cfr. Kring, Davison, Neale & Johnson, 2008).

stato messo da parte nella descrizione di questi disturbi psichici, può risultare molto utile, quantomeno attraverso un'integrazione con gli altri paradigmi.

Gabbard (2007), ad esempio, ricorda che Freud considerava, nelle sue ultime elaborazioni, l'ansia come un segnale della presenza di un pericolo nell'inconscio: quando pensieri proibiti sessuali o aggressivi, che potrebbero portare ad una ritorsione punitiva, minacciano di emergere dall'inconscio viene attivato un segnale d'ansia; nei confronti di questo segnale d'ansia vengono utilizzati tre meccanismi difensivi (spostamento, proiezione ed evitamento) per impedire che i pensieri e i sentimenti inconsci giungano alla consapevolezza cosciente. Il segnale d'ansia, tuttavia, può non essere annullato completamente dai meccanismi difensivi e dà luogo a sintomi nevrotici tra i quali la nevrosi fobica. Il caso del piccolo Hans (Freud, 1909), in questo senso, è esemplare: Hans, verso i 5 anni, inizia ad aver paura di uscire di casa perché teme di essere morso da un cavallo. Il cavallo rappresenta uno spostamento¹⁰ della paura nei confronti del padre e della punizione che questo gli potrebbe infliggere a causa dei desideri teneri che prova per la madre. La paura di essere morso da un cavallo si trasforma, successivamente, in paura di vedere cadere i cavalli, e ciò rimanda anche alla aggressività contro il padre: gli impulsi aggressivi, tuttavia, vengono proiettati sui cavalli. Infine, Hans mette in atto comportamenti di evitamento nei confronti dell'oggetto della sua fobia: gli stessi cavalli; ciò, allo stesso tempo, impedisce ad Hans di uscire in strada; possiamo quindi affermare che la fobia offre anche un beneficio secondario: quello, cioè, di consentire al piccolo Hans di restare in casa con la madre che ama tanto.

Questo breve riferimento al caso del piccolo Hans ci consente di cogliere la complessità di una problematica quale è la fobia. Ci interessa sottolineare, all'interno del nostro discorso, l'aspetto relazionale della fobia che, come è possibile vedere nel caso di Hans, ha grosse influenze nel rapporto individuo-contesto del piccolo Hans. Nel lavoro di Kring, Davison, Neale e Johnson, le fobie, ma anche gli altri disturbi psichici, vengono considerati soltanto quali caratteristiche individuali; in questi casi, il riferimento al senso comune risulta essere immediato e massiccio. Ciò produce immobilità entro il sistema sociale, rafforzando i pregiudizi nei confronti degli individui che si rivolgono agli psicologi per far fronte a problematiche psichiche: l'intervento psicologico che si fonda sul senso comune, infatti, annulla ogni possibilità di creare sviluppo individuale e collettivo ed utilizza, quali parametri di riferimento, il consenso ed il controllo sociale: rinnovando, così, quegli stessi processi collusivi che hanno portato il cliente a rivolgersi al professionista.

Risulta limitante, a mio modo di vedere, il solo riferimento a criteri diagnostici ed a una presunta normalità, quando la complessità della domanda ci confronta con aspetti che vanno, invece, attentamente approfonditi con il cliente.

Conclusioni

Nel presente lavoro abbiamo approfondito l'azione del senso comune e il rapporto che intercorre tra esso e la psicologia clinica. L'aspetto rilevante che abbiamo voluto sottolineare è che il riferimento alla normalità, e al senso comune, nell'ambito della professione psicologica clinica, è controproducente e fuorviante. Il senso comune, infatti, reifica le categorie psicologiche ed esprime il punto di vista della cultura dominante; così facendo, favorisce l'instaurarsi di processi collusivi familistici¹¹ che non consentono l'individuazione di

¹⁰ È interessante, a tal proposito, quanto suggerisce Matte Blanco nel 1981 ne *“L'inconscio come insieme infiniti: saggio sulla biologica”*. Matte Blanco, infatti, ci dice che nello spostamento nulla si sposta: il modo di essere simmetrico, attraverso il principio di simmetria, tratta due elementi come se fossero identici; dunque entrambi avranno le stesse caratteristiche. “Possiamo parlare (logicamente) di spostamento soltanto se osserviamo le operazioni della «logica simmetrica» da un punto di vista «asimmetrico»” (p. 50).

¹¹ Il familismo può essere considerato una modalità di organizzare la convivenza ed è fondata su dinamiche affiliative e di possesso: in esso non c'è posto per l'individuazione di obiettivi produttivi (cfr. Carli & Paniccia, 2003)

obiettivi produttivi né la creazione di sviluppo. In tal senso, pertanto, il senso comune propone obiettivi opposti a quelli della psicologia clinica e la sua azione risulta essere in contrasto con gli interventi professionali di quest'ambito disciplinare. Per questo motivo, la conoscenza del funzionamento del senso comune pare un elemento fondamentale nella formazione e nella pratica psicologica clinica.

Bibliografia

- Buruma, I., & Margalit, A. (2004). *Occidentalismo*. Torino: Einaudi.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi Emozionale del Testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (Ed.) (1997). *Formarsi in psicologia clinica*. Roma: Kappa.
- 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.
- Di Ninni, A. (Ed.) (2004). *L'intervento per la salute mentale dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per psicologi*. Roma: Kappa.
- Gabbard, G.O. (2007). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Geertz, C. (1988). *Antropologia interpretativa*. Bologna: Il Mulino.
- Grasso, M. (2004). *Psicologia clinica e psicoterapia. Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*. Roma: Kappa.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica. Fondamenti teorici*. Roma: Carocci.
- Grasso, M., Lombardo, G.P., & Pinkus, L. (1988). *Psicologia clinica. Teoria, metodi e applicazioni della psicodinamica*. Roma: NIS.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons, Inc (trad. it. *Psicologia delle relazioni interpersonali*. Il Mulino, Bologna, 1972).
- Imbasciati, A. (2006). Psicologia clinica: presente e futuro, *Rivista di psicologia clinica*, 1. Consultato il 16 giugno 2008 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Imbasciati.htm>.
- Kelley, H.H. (1992). Common-sense psychology and scientific psychology. *Annual Reviews Inc*.
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2007). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc (trad. it. *Psicologia Clinica*. Bologna: Zanichelli, 2008).
- Lombardo, G.P. (2005). *Storia e critica della psicologia clinica*. Roma: Kappa.
- Marcelli, D. (1999). *Psicopatologia del bambino*. Milano: Masson.
- Montesarchio, G., Grassi, R., Marzella, E., & Venuleo, C. (2004). *Indizi di colloquio*. Milano: FrancoAngeli.
- Moscoviti, S. (2005). *Le rappresentazioni sociali*. Bologna: Il Mulino.
- 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. Consultato il 22 luglio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_08/Paniccia_Giovagnoli_Giuliano.htm.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato l'11 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm.