

## **Una psicologia della salute sufficientemente buona: Riflessioni su una teoria della tecnica per la psicologia della salute<sup>1</sup>**

Chi intraprende il proprio cammino in Psicologia della salute, senza lasciarsi pre-scrivere l'adesione ad una teoria implicita della tecnica derivante dall'orientamento *mainstream* sociocognitivo o cognitivo-comportamentale, difficilmente potrà evitare di sentirsi convocato a un discorso sulla salute si va costruendo in una pluralità di contesti e in una radicale complessità che, dopo aver messo in luce la necessità di un riposizionamento epistemologico e metodologico, come abbiamo fin qui cercato di tratteggiare, non può che interrogarsi esplicitamente proprio sulla tecnica, sulla sua formazione e sul suo possesso. In primo luogo, allora, sembra urgente riflettere sulla necessità di costruire in Psicologia della salute un discorso sulla tecnica coerente con le proprie premesse epistemologiche sulla salute e sulla soggettività.

### **Implicazioni per la professionalizzazione dello psicologo.**

Come dicono Murray & Chamberlain (1999), uno dei problemi della psicologia della salute può essere rintracciato nella sua persistente prossimità pratica con il modello biomedico “La Psicologia della salute ha ampiamente adottato un atteggiamento accomodante riguardo alla biomedicina piuttosto che uno seriamente critico della legittimità del modello biomedico. Il modo più facile di far questo fu di introdurre una nuova dimensione psicologica nel framework biomedico di base, lasciandone tuttavia immodificata la costruzione sotto ogni altro aspetto. Questo accomodamento si è concretizzato in uno slittamento da un modello biomedico a un più ampio modello biopsicosociale. Comunque Odgen (1987) ha esaminato questa supposta sfida alla biomedicina, giudicandola più retorica che reale. Ella sostiene che, a dispetto di una retorica che proclama il contrario, la pratica della psicologia della salute continua a privilegiare l’eziologia biomedica sulla causalità psicologica, è funzionale al mantenimento di una separazione e interazione tra mente e corpo piuttosto che alla visione di un individuo integrato, e mantiene la separatezza tra la corporeità e gli aspetti sociali. La biomedicina moderna indirizza il proprio sguardo verso il corpo dell’individuo (Foucault, 1973) e la psicologia della salute ha semplicemente esteso lo sguardo, in modo da includervi la mente, definita in termini di variabili psicologiche, spesso ignorando i processi sociali o “controllandoli” in analisi statistiche finalizzate a produrre leggi generali” (pag. 5)

Questo panorama, forse eccessivamente desolato, della psicologia della salute è probabilmente in buona parte superato, almeno nella tradizione nascente della psicologia della salute nel nostro Paese (come anche questo volume intende testimoniare). Esso è comunque fortemente rappresentativo del senso di scoramento e talora di sconcerto che coglie chi volesse cercare tracce della complessità della salute nella maggior parte dei manuali di Health Psychology di tradizione anglosassone. Inoltre la citazione ha il pregio di porre, per così dire, il dito direttamente nella piaga della relazione tra psicologia della salute e medicina

---

<sup>1</sup> Il capitolo è scritto in collaborazione con Francesca Brivio e Luca Deiana. Si farà inoltre ricorso ai resoconti degli studenti a seguito di una serie di incontri col II e III anno della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Roma “La Sapienza”, nell'anno accademico 2014-15. I resoconti sono espressione di una riflessione collettiva. Ringrazio tuttavia per i resoconti delle lezioni di questo anno accademico (2014-15), in modo particolare: Angela Baglioni, Valentina Bua, Andrea Carbone, Alessandro Cicconi, Valentina Cutrupi, Paola Isolan, Emily Iuliano, Elisa Marceddu, Annalisa Moro, Cinzia Pietroforte, Elisa Della Posta, Margherita Chiara Ragonesi, Rosaria Ricci, Erika Rigo, Marzia Rossetti, Giorgia Sabino, Francesco Santamaria, Rossella Valotta. Il mio ringraziamento va peraltro a tutti gli specializzandi della Scuola che negli anni hanno costantemente e pazientemente condiviso la mia riflessione, arricchendola con la critica, l’approfondimento, la puntualizzazione e la rielaborazione.

Nel suo lavoro introduttivo, Majani sostiene la psicologia possa accettare, senza complessi di inferiorità, una posizione ancillare rispetto alla medicina nella gestione dei problemi di salute entro il servizio sanitario.

“Alla fine, tra alterne vicende, abbiamo conquistato una professionalità dai contorni netti, che ci conferma come psicologi ma che ci identifica come psicologi della salute, e che ci permette di interfacciarci con le altre figure sanitarie nel mondo medico portando un contributo specialistico all'assistenza e alla ricerca” (Majani, 1999, pag. 18); e tuttavia, “è certo che in ospedale la psicologia è una disciplina ancillare, come la bioingegneria o come la biologia. La sua funzione – sintetizzando al massimo – è quella di ottimizzare l'esercizio della medicina. Ma questo non toglie nulla al valore della disciplina in sé” (ibidem, pag. 121)

Anche se la non “ancillarità” della psicologia della salute alla medicina è, in effetti, una delle sue caratteristiche “protocollari” (Stone, 1987), è ovvio che nelle relazioni tra ambiti professionali le collaborazioni richiedano anche quadri di integrazione gerarchica che, tuttavia, vanno considerati non in astratte configurazioni di status professionale o istituzionale, ma in rapporto alla dimensione dei problemi e dei contesti in cui queste collaborazioni si realizzano. In questo senso, accettare una posizione subordinata non rappresenta naturalmente l'unica possibilità che si offre agli psicologi, anche entro il sistema sanitario. Nell'articolo di Giovanni Guerra, “Strategie di intervento psicologico nelle strutture sanitarie”, vengono prese in considerazione altre strategie che possono essere considerate alternative: la strategia sostitutiva e la strategia consulenziale. In entrambe sono presenti problemi, sia pure di ordine diverso, ma in entrambe la presenza dello psicologo non è posta in discussione nella sua autonomia, sulla base della quale egli “da una parte può cercare di assumere un ruolo sostitutivo e, da un'altra parte, può cercare di favorire una riappropriazione delle competenze psicologiche da parte dei differenti ruoli professionali sanitari”

Un problema più delicato si pone rispetto a chi possa definire o al modo in cui possa essere caratterizzato il quadro dei bisogni, delle domande e delle operazioni con cui lo psicologo della salute può avere a che fare nel quadro delle istituzioni sanitarie. Molto spesso i giovani psicologi si chiedono “come far capire” la specificità e l'utilità del proprio intervento, domandando implicitamente agli altri (i medici in primo luogo) di condividere e riconoscere la demarcazione della propria dimensione professionale. Questo pone, agli psicologi, un problema che, presto o tardi, riguarda tutti gli statuti deontologici: il fatto che le identità dei sistemi professionali si possono costituire solo autopoieticamente. Il problema ha molte analogie col modo in cui in un sistema si costituisce la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza incorporata nel sistema. Secondo le tesi del costruttivismo operativo, tale distinzione non può essere collocata nell'ambiente del sistema, ma nel sistema stesso. La “realtà” di un sistema può essere quindi solo un correlato interno delle operazioni del sistema: in sostanza i sistemi producono la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza e la incorporano nel sistema stesso (cfr. Luhman, 1996). Questo processo rende riconoscibile all'interno del sistema la capacità di collegamento delle operazioni e la continua produzione e riproduzione della differenza tra sistema e ambiente. “Questo avviene attraverso un codice binario che fissa un valore positivo e uno negativo, escludendo terze possibilità. Il valore positivo indica la capacità di collegamento delle operazioni nel sistema: ciò con cui si può intraprendere qualcosa. Il valore negativo serve solo a riflettere le condizioni alle quali si può impegnare il valore positivo.... Il confine *interno* del codice, che separa il valore positivo da quello negativo, non deve essere confuso con il confine *esterno*, che differenzia il sistema dal suo ambiente. In altri termini: la differenza del codice si colloca ortogonalmente rispetto alla differenza tra autoreferenza ed eteroreferenza.... Il codice è sufficiente per determinare quali operazioni appartengano al sistema e quali operazioni (codificate diversamente o non codificate affatto) appartengano all'ambiente. Il codice è dunque una distinzione che consente l'auto-osservazione sulla base della distinzione tra sistema e ambiente” (Luhman, 1996, pag. 33).

Tuttavia questa esigenza di autopoiesi dell'identità professionale anche dello psicologo della salute non comporta l'esclusione del riconoscimento della realtà e dell'importanza delle altre professioni sanitarie. Dal punto di vista del costruttivismo operativo tale riconoscimento non può che derivare da processi di "attribuzione di senso" in cui vengono risolte le incoerenze che, a questo proposito, possono risultare dalla partecipazione della memoria alle operazioni del sistema.

Vi sono ciò nonostante, agli occhi di un osservatore esterno, alcuni aspetti che rendono convergenti nelle diverse professioni questa operazione di risoluzione delle incoerenze tra operazioni e memoria. Mi riferisco, ad esempio, alla necessità di "comprendere" la complessità del soggetto a cui si prestano le operazioni di cura e di promozione della salute. Questo punto di convergenza consente innanzitutto di mettere in comune le rispettive incertezze sul piano del sapere e dell'agire. Su un'altra linea di pensiero, Gadamer ricorda che "all'inizio di ogni tentativo di comprensione c'è una situazione in cui si viene colpiti – come da una domanda, alla quale si deve rispondere, che getta nell'incertezza il sapere dell'interprete, chiedendogliene conto. Per rispondere chi è stato colpito comincia a sua volta a domandare" (Dutt, 1995, pag. 29).

Sia che lo consideriamo come "irritazione" di sistemi autopoietici, sia che lo consideriamo come punto di partenza di un processo ermeneutico, la presenza del soggetto e della sua salute costituisce il vero punto di congiunzione delle diverse prospettive professionali sulla salute e rappresenta, in definitiva, il vero nodo critico della cosiddetta "interdisciplinarietà", di un confronto che chiede una "fusione degli orizzonti di senso" in una nuova scienza della salute.

In definitiva la Psicologia della salute sembra muoversi lungo un crinale che difficilmente può chiudersi in un quadro definitorio univoco. L'opzione sistemica e costruttivista non impedisce, anzi per certi aspetti implica la necessità di mantenere aperte le vie della ricerca e del dubbio.

L'incertezza è un tratto che probabilmente rimarrà in modo stabile a caratterizzare la prospettiva epistemologica. La concettualizzazione è da tempo emancipata dalla univocità della relazione tra segno e referente e anche il dibattito sulla "salute" deve riconoscere la dipendenza molto forte dai contesti in modi che la rendono irriducibile ad una definizione unitaria. Non c'è, nei modi in cui si parla della salute e nei modi in cui essa viene rappresentata socialmente, nulla di simile a quel filo unitario che, nella metafora di Wittgenstein (1953), inutilmente cercheremmo in una corda, laddove invece si potrà cogliere il molteplice intreccio di fibre diverse.

La prassi, oltre alla riflessione teorica, consente tuttavia di intravedere qualche via d'uscita dalle diverse impasse critiche. E' la via che Gadamer sembra indicare e dalla quale non ci si deve, naturalmente attendere alcuna risposta in chiave teoretica, ma piuttosto la "soluzione" entro un raggio d'azione pratico di antinomie per le quali non abbiamo ancora disponibile un "terzo" linguaggio.

La prospettiva teorica può riprendere il cammino proprio a partire da questo punto, laddove l'azione consente di "oltrepassare" la distanza che il linguaggio non può annullare. Non per questo dovrà rinunciare a "prendere posizione", anche se dovrà imparare a convivere con l'incertezza e col carattere provvisorio delle proprie sistemazioni.

Entro questo quadro, occorre allora prendere in esame come la psicologia può entrare in rapporto con le altre fonti del sapere, dell'intervento e delle pratiche sulla salute. Ancora, in primo luogo, sarà necessario riferirsi all'incontro con la medicina.

**L'incontro tra psicologia e medicina**

Come dice Giovanni Guerra (2003)<sup>2</sup>, “che medicina e psicologia si debbano incontrare appare, per certi aspetti, inevitabile” per l'impossibilità di ignorare, nel lavoro con il paziente, dell'universo della soggettività. Questo incontro tuttavia pone allo psicologo un grande problema di posizionamento, nel momento in cui medico e psicologo si trovano a condividere un contesto, come quello sanitario, fortemente caratterizzato dal rapporto interpersonale e dagli assunti impliciti che caratterizzano le dimensioni formali del contratto medico/paziente (consapevolezza del bisogno, titolarità del problema, obblighi sociali di curarsi e voler guarire) in cui la competenza relazionale del medico è delimitata, non tanto dalla presenza di un assetto difensivo nei confronti dell'ansietà, quanto piuttosto dalla rigidità dell'uso delle difese: “così rigide che il medico rischia di non essere in grado di impiegare modalità differenti di relazione in funzione delle diverse situazioni cliniche” e può far sì “che il personale medico e infermieristico decida di affidare ad altro specialista la gestione di quegli aspetti che non vengono contenuti nel quadro del contratto. Anzi, si può pensare che proprio una qualche difficoltà nel mantenimento del contratto nelle forme usuali faccia scattare nel personale sanitario l'invio allo psicologo” (Guerra 1999), ponendo così lo psicologo di fronte all'alternativa tra due possibili strategie. “Da una parte può cercare di assumere un ruolo sostitutivo e, da un'altra parte, può cercare di favorire una riappropriazione delle competenze psicologiche da parte dei differenti ruoli professionali sanitari”. La posizione sostitutiva costituisce una tentazione allettante per gli psicologi vi possono intravedere la possibilità di demarcazione di una specificità professionale sui temi della relazione, dell'emozione e della comunicazione, aumentando così il proprio peso e la propria considerazione nell'organizzazione. Tuttavia le dimensioni psicologiche difficilmente possono essere eluse dal medico, possono essere realmente delegate a chi, a differenza di medici e psicologi, si occupa quotidianamente del paziente, e siano comunque delegabili senza ambivalenza. Inoltre vi sono crescenti evidenze che, almeno in alcune circostanze, all'atteggiamento di delega da parte dei sanitari, subentra con crescente frequenza “l'interesse e la volontà del personale sanitario di acquisire una competenza nell'uso delle emozioni per sviluppare tecniche di osservazione e di comunicazione”, senza che questo comporti l'acquisizione di “una professionalità diversa come potrebbe essere, ad esempio, appunto quella degli psicologi. Si tratta, invece, di sviluppare una competenza che, come qualunque altra competenza tecnica, entri a far parte della professionalità integrandosi nel modo appropriato”.

Tutto ciò consente di considerare più appropriata una funzione “consulenziale” in cui “compito dello psicologo è quello di aiutare medici, infermieri e altro personale nell'operazione di acquisizione e di integrazione nella professione di quelle competenze di cui egli è portatore”, lasciando loro la responsabilità di gestire i “cosiddetti problemi psicologici” che nascono nel contesto sanitario, ma partecipando alla continua riprogettazione professionale dei ruoli di cui si è consulenti, includendo l'attenzione anche alle dimensioni organizzative e non alla sola dimensione relazionale (cfr. Guerra, 1999).

### **Dall'analisi della domanda all'intervento nei contesti**

La prospettiva consulenziale, suggerita da Giovanni Guerra nella relazione tra lo psicologo “non il linea” e il medico, sia pure con modalità diverse, può rappresentare il prototipo per molte forme di collaborazione anche con altri attori in ambito sanitario, socio-assistenziale, educativo e nel lavoro di comunità, in cui venga richiesto un confronto o una condivisione con lo psicologo. Anche

---

<sup>2</sup> Giovanni Guerra in Tomassoni M., Solano L., 2003. *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Milano: Angeli.

in questi casi, in linea di principio, il riferimento non sarà allo psicologo "in linea", che agisce entro protocolli e pratiche di équipe, ma alle situazioni in cui lo psicologo si affaccia ai contesti di cura in relazione ad una domanda di intervento professionale, chiaramente esplicitata o soggiacente in modo implicito alla richiesta. E, esplicitamente, per Guerra, la strategia consulenziale rinvia "alla ormai abbondante letteratura sull'analisi della domanda".

Nell'ambito della progettazione di interventi psicologici l'analisi della domanda mette in evidenza il problema del posizionamento/ri-posizionamento come psicologi in rapporto alla realtà sociale con la quale l'intervento si misura. Questa sfida ci pone davanti alla complessità del processo attraverso il quale ognuno di noi costruisce la realtà. Come afferma Renzo Carli, gli obiettivi dell'intervento "nascono entro l'individuazione e la costruzione della domanda; ab initio la domanda non c'è. Il primo prodotto dell'intervento è costruire la domanda; e con la domanda la committenza" (Carli e Paniccia, 2003). Lo psicologo non risponde alla domanda accogliendola come un dato di realtà esterno al quale rispondere facendo ricorso al proprio bagaglio di strumenti tecnici, utilizzando quella che anche Carli denomina "tecnicità", ma interrogando la relazione tra sé e chi pone la domanda, nella consapevolezza che è da questa relazione che nasce la domanda stessa, e quindi la committenza si istituisce.

"la domanda va letta prendendo in considerazione le premesse del contesto in cui si esprime e verrà risolta tenendo presenti le premesse di tutti i partecipanti all'interazione, operatore incluso (Telfener, 2011)".

La domanda che viene formulata deve necessariamente essere ridefinita per uscire dalla logica che l'ha costruita e per ricercare una nuova definizione della relazione e del problema a partire dalla lettura del contesto. Questo permette a colui a cui è stata rivolta la domanda di non colludere. Ridefinire il problema posto dalla domanda significa analizzarne i presupposti, generare una ricorsività tra i contesti implicati e co-costruire un ripensamento un riposizionamento rispetto al problema stesso che faccia emergere nuovi punti di vista, significati e obiettivi comuni (Telfener, 2011). Nella costruzione di questo contesto semantico condiviso è importante che lo psicologo mantenga una posizione "meta", in modo tale che possa divenire catalizzatore di un processo di osservazione, che è al tempo stesso osservazione dello psicologo nei confronti di sé e del contesto di riferimento del suo intervento e auto-osservazione interna al contesto di riferimento da parte di coloro che ne fanno parte. In quest'ultimo caso la consulenza dello psicologo nei suoi aspetti relazionali (dove la tecnica è strumento e non fine) è proprio quel processo che innesca o che rende più accessibile l'osservazione delle proprie dinamiche interne per coloro che fanno parte del contesto di riferimento, per la committenza. Questa possibilità di auto-osservazione e di fare emergere aspetti non espliciti del "problema" può essere già una modalità per promuovere empowerment del committente, di messa a frutto delle proprie risorse, di individuazione di confini o limiti poco chiari, un modo per portare luce sulle relazioni e sulle prassi intersoggettive vigenti. Questo aspetto richiama i concetti di "artefatti" o di "cultura locale", formulati da Schein e Carli, ossia lo strutturarsi di valori e prassi consolidate e spesso implicite all'interno di un'organizzazione sociale. La cultura locale è sì funzionale ad una "economizzazione" della vita sociale dell'organizzazione (non sarebbe possibile mettere in discussione in maniera costante le regole di funzionamento e i criteri decisionali sui quali si basa la vita di un'organizzazione) ma al tempo stesso non può essere trascurata nel processo di analisi, anzi deve essere compresa e osservata come elemento fondamentale del contesto e della domanda e anche dal punto di vista delle resistenze che essa può presentare ad eventuali processi di cambiamento.

Assumere questa posizione di "consulente di processo", questa posizione autoriflessiva sul proprio posizionamento in rapporto al posizionamento della committenza in una dinamica intersoggettiva, significa cercare di uscire da quella che Carli chiama una dinamica di interazione fondata sul "possesso" ed instaurare invece all'interno dell'intervento psicologico una dinamica di "scambio",

fondata sul riconoscimento dell'estraneità della committenza e basata sulla competenza (che è cosa diversa dalla tecnicità).

Questa impostazione rappresenta la premessa fondamentale affinché l'intervento psicologico sia motore di sviluppo, strumento catalizzatore che consente allo psicologo e alla committenza di sviluppare un processo riflessivo e di riposizionarsi rispetto al problema considerato mettendo a frutto le proprie risorse. La creazione di uno spazio di mentalizzazione consente di aprirsi a nuove domande e alla costruzione di un sapere che permetta di elaborare delle ipotesi di risposta (Telfener, 2011; Kaneklin, Ambrosiano, 1982).

“Lo sviluppo è l'obiettivo dell'intervento psicologico; sviluppo della relazione tra individuo e contesto, quindi delle capacità produttive e di scambio da parte di chi chiede l'intervento. Viene qui posta una differenza per noi importante tra obiettivi ortopedici, volti a ricondurre l'individuo alla normalità (o, se si vuole, all'ortodossia), e obiettivi di sviluppo” (Carli e Paniccia, 2003). Affinché questa visione sia realizzabile è necessario quindi focalizzare la propria attenzione non solo sul piano della percezione (gli elementi cognitivi del rapporto individuo – contesto che ci farebbero soffermare sulla domanda come dato di fatto esterno) ma anche su quello delle simbolizzazioni affettive agite da chi pone la domanda e anche dallo psicologo nella relazione intersoggettiva che fonda l'intervento e dalle emozioni che nascono da tali simbolizzazioni affettive.

Secondo Carli, “l'assetto della relazione tra professionista e utente/cliente è dato dall'agito collusivo coerente con l'immagine del professionista e con la dinamica collusiva che tale immagine condiziona nel rapporto di domanda. Dalla domanda si passa rapidamente all'azione professionale, protetta per altro dall'agito collusivo che l'accompagna nell'interesse del suo svolgimento. Per lo psicologo e per il formatore le cose vanno in modo tutt'affatto diverso: qui l'unica «azione» professionale che si può proporre è l'analisi delle simbolizzazioni collusive agite dall'utente nel rapporto di domanda”. (Carli e Paniccia, 1999).

Tuttavia, e forse proprio per le ragioni sopraddette, raramente gli interventi psicologici consentono l'apertura di uno spazio riflessivo agevole sulla dinamica della domanda e sui posizionamenti intersoggettivi. Più frequenti, a volerle cogliere, sono le occasioni che rendono ardua e insufficiente la mera applicazione dei saperi e dei repertori che deteniamo, o, per dirla con Rorty (1989), dei vocabolari finali di cui ci siamo dotati, di quanto non lo siano le situazioni in cui possiamo attingere a giacimenti culturali, a servomeccanismi e a teorie della tecnica puntualmente predisposti e pronti per l'uso entro le pulite configurazioni del set(t)ing (si veda a questo proposito anche la necessità sostenuta da Profita e Ruvolo [1997], di una riformulazione variazionale dell'analisi del set-setting nel lavoro dello psicologo).

Il nodo è infatti che, spesso, il set(-t)ing si istituisce, per usare l'espressione di Illich, come insieme di strumenti “manipolabili” e occorre chiedersi se sia possibile ricondurlo ad una “maneggevolezza” che consenta di partecipare ai diversi posizionamenti soggettivi, restituendo al soggetto (ma anche allo psicologo) una sufficiente padronanza consapevole sui processi in cui la propria salute è in questione.

Secondo Umberta Telfener, spesso “le categorie che si utilizzano sono intrise di cultura. Troppo spesso si fa riferimento a categorie normative già presenti nella società, allontanando la possibilità di soluzioni alternative e di processi nuovi. Troppo spesso si utilizzano categorie di giudizio assolutamente dicotomiche: o buoni o cattivi, onesti o disonesti, perdendo la possibilità di tirar fuori dagli altri anche le loro qualità. Nascoste. E' rischiosa l'egemonia di una logica categoriale e riduttiva.

Una prassi alternativa: assumere una doppia posizione

- Stare dentro e stare fuori dal processo
- Considerare i capti oggettivamente/soggettivamente e riflessivamente

- Scegliere uno o più posizioni nello spazio e nel tempo
- Sapere di non sapere e di occuparsi di indecidibili e indeterminabili

L'unica prassi possibile: pensare sul pensiero/azione. Propongo di porsi nella "posizione" di intendere qualsiasi intervento come un continuo e costante procedimento di secondo ordine durante il quale l'operatore si interroga costantemente su quanto sta accadendo, sia a livello delle proprie premesse generali, sia a livello delle azioni concrete (ad esempio la scelta di una domanda, più che di un'altra, di un percorso o di una decisione alternativa) e valuta le retroazioni ad esse. Responsabilità della responsabilità. Si tratta di assumersi la responsabilità della propria responsabilità: la capacità di essere consapevoli di agire i domini della produzione e dell'estetica, dei quali ci si è assunti la responsabilità: una responsabilità di secondo ordine, in ordine alle modalità stesse secondo cui si intende il proprio obbligo professionale (Bianciardi, Bertrando, 2002). Questa responsabilità si espleta primariamente attraverso il rispetto, di sé, degli altri e della danza che si è venuta a costruire.

Il rispetto. Forse la più importante operazione in ottica sistemica, è quella del "rispetto". Un terapeuta che si avvicina alla persona, come professionista consapevole della dialettica caos/ordine, stabilità/cambiamento, disponibilità/ritrosia, nutre un profondo rispetto sia per se stesso e i propri pregiudizi, sia per l'altro/i, con la sua richiesta di aiuto, i suoi "sintomi", la sua storia e i suoi profondi legami con pensieri e comportamenti che un senso adattivo hanno avuto e hanno ancora. Il nostro focus è centrato sul «pattern che connette» il sistema consulente al sistema committente, attraverso un processo che mette in atto sia spinte verso la stabilità che verso l'evoluzione e cerca la coerenza del sintomo nella vita del sistema osservante." (Telfener, 2012)

Umberta Telfener ritiene infatti che l'intervento psicologico comporti innanzitutto la capacità di "[...] entrare in un contesto e muoversi in maniera corretta[...]. Gli interventi sono fatti di azioni mirate ad avere un effetto, di movimenti di coordinazione della coordinazione tra persone e idee, di analisi del contesto e dei sottosistemi coinvolti". Per fare ciò bisogna considerare le proprie "griglie di lettura" e quelle che si sviluppano nell'incontro di un nuovo contesto. Le operazioni mentali devono, per essere efficaci, muoversi ad un secondo livello, il metalivello, la riflessione sulle proprie riflessioni. La posizione che si assume, di conseguenza, è un punto di partenza fondamentale. Il sapere di non sapere una scelta esplicita. Questa posizione, umile e professionale allo stesso tempo, è la *conditio sine qua non* per poter poi iniziare a "danzare" e, quindi, a muoversi all'interno del sistema con le altre professioni. Ed è solo "la consapevolezza della propria conoscenza a permettere di prendere coscienza dei propri limiti". E' su questa premessa che sarà possibile intervenire in modo non iatrogeno, non ortopedico: lo scopo dell'operare in ambito clinico e, in generale, in ambito sociale è, quindi, quello di introdurre cambiamenti, differenze, evoluzioni, a partire da "una costruzione di una condivisione semantica", delle premesse comuni tra chi entra in un nuovo contesto e il contesto stesso, al fine di ridefinire la domanda d'intervento e introdurre così una differenza che ponga le fondamenta per possibili cambiamenti.

Come possiamo rileggere, da queste prospettive, il posizionamento dello psicologo della salute nelle dimensioni della praxis dell'intervento?

La psicologia in quest'ottica esce dai confini e dagli steccati che tradizionalmente caratterizzano le proprie prassi e le proprie applicazioni, e si propone come una presenza diffusa che incontra contesti e territori. In tale percorso la prassi psicologica perde le forti tutele e contenimenti dati dalle condizioni di settings definiti e ben strutturati e si avventura in itinerari che intersecano varietà e complessità.

Ci si allontana non solo dai progetti pacchetto predefiniti e preconfezionati ma anche dalle più classiche domande esplicite ma anche implicite che vengono poste alla psicologia, e che hanno nella dimensione normativa il principale ancoraggio concettuale. Secondo questa impostazione e'

oggetto di osservazione della psicologia ciò che si discosta in maniera più o meno significativa dalle misure di tendenza mediana (appunto normativa) ed è compito della prassi psicologica riportare tali scostamenti verso misure di normalità statistica. Risulta evidente che seguendo questa logica vengono poste allo psicologo domande che sono consone a tale modello epistemologico e concettuale e le prassi operative si consolidano intorno all'esigenza prevalente di modificare ciò che non va secondo dimensioni oggettivamente date o rilevate, o ancora superare gli eventuali processi di blocco che non permettono un percorso di cambiamento o di approssimazione a tali parametri normativi.

Uscire dalle mura protettive degli studi professionali o degli uffici dei servizi socio-sanitari significa andare incontro a nuovi territori ed alle persone che li abitano in una posizione di osservazione ed ascolto di tali contesti, in cui lo psicologo interseca le processualità che caratterizzano i sistemi in gioco. Ciò comporta un ripensamento delle prassi operative, ed in particolare un superamento del fare come unica dimensione con cui la psicologia agisce, si accredita e risponde ai propri committenti. Secondo questa prospettiva diventa quindi centrale nell'articolazione delle prassi lavorative non tanto il fare quanto lo stare nei contesti, in cui la competenza psicologica si declina attraverso la capacità di analisi e lettura processuale e di formulazione di risposte orientate di fronte a tali particolari processualità. Il lavoro dello psicologo sta proprio nella capacità di entrare in un sistema proponendo, nell'interazione con i processi che tale sistema stimola, delle risposte diverse dalle modalità simmetriche o complementari con cui generalmente le persone rispondono a quegli stimoli. Il valore aggiunto di questa interazione sta proprio nella capacità di leggere teoricamente tali processi, dargli senso ed articolare delle risposte che possano rappresentare un'esperienza controprocessuale per quel particolare sistema.

Il campo di lavoro su cui soffermarsi è il risultato di un processo di co-costruzione con l'utenza di una sorta di piattaforma di contenuti, esperienze e significati condivisi con il consulente. La capacità della psicologia di interrogarsi sulle questioni attivando i propri utenti in percorsi di ricostruzione narrativa dei significati e valenze soggettive implicati, permette di definire insieme percorsi e direzioni da intraprendere per il raggiungimento di obiettivi condivisi. La direzione del lavoro è frutto di un accordo esplicito o implicito con l'utenza e si basa proprio sulla condivisione di una narrazione su cui si articola la piattaforma di lavoro, che come già sottolineato non è data o definita in base a dimensioni normative ma co-costruita su elementi soggettivi ed idiografici.

In una prassi così poco strutturata dove tutto è definito in itinere ciò che da struttura all'intervento psicologico è una precisa cornice teorico-metodologica, che permette all'operatore di sottrarsi alle risposte collusive e complementari che il sistema richiede, e di costruire al contrario modalità di relazione con quel contesto diversamente orientate.

La prassi psicologica si declina in quest'ottica attraverso esperienze di copresenza e condivisione con l'utenza delle processualità che caratterizzano quel dato sistema, ed è proprio nel fluire di particolari punteggiature o ridondanze che possono essere individuate, puntualizzate ed esplicitate eventuali domande implicite. Quindi lo psicologo entra nei contesti con una presenza discreta ma fortemente orientata, rispettoso della storia e delle processualità che animano quel particolare sistema ma pronto a cogliere l'emergere di domande di senso che sollecitino il sistema stesso verso continue ridefinizioni e riposizionamenti.

Lo psicologo è portatore di una modalità relazionale lineare che permetta nuove esperienze e di conseguenza nuove processualità in linea con gli obiettivi, le aspettative ed i bisogni delle persone che compongono quel particolare contesto. Egli rappresenta le istanze proprie della disciplina psicologica e le processa mettendosi in scena nella relazione con il sistema, e si propone come occasione di crescita e cambiamento trasformativo per il sistema stesso.

Questa prospettiva definisce la relazione interpersonale come principale canale conoscitivo e riconsegna un importante valore euristico alle dimensioni soggettive di senso dell'esperienza personale.

Una visione della prassi operativa in cui non è il fare ma lo stare, non è il contenuto ma il processo, non è il cosa ma il come, confuta l'idea che la psicologia abbia oggetti o campi d'osservazione privilegiati, come il pensiero, le funzioni cognitive o le emozioni; al contrario definisce come caratteristiche distintive della psicologia punti d'osservazione specifici e privilegiati, e ciò apre a nuove prospettive di lavoro e a nuovi posizionamenti.

### **Spazio di intervento professionale e posizionamento consulenziale**

Lo sguardo dell'azione verso il cambiamento richiede dunque forse uno spazio più complesso di quanto non si sia soliti concedere alle attività e agli interventi con cui solitamente viene rappresentato il lavoro dello psicologo nei contesti di cura e negli interventi di promozione della salute. Tuttavia questa rappresentazione non può essere esclusa del tutto. La separatezza tra "psicologo in linea" e "psicologo consulente" non può facilmente corrispondere ai posizionamenti che lo psicologo è chiamato ad assumere nei diversi contesti professionali e d'intervento. Gran parte degli interventi dello psicologo della salute nei vari contesti, in realtà, avvengono in interazione con altre professionalità e in un setting multiprofessionale.

Il campo d'azione della Psicologia della salute può essere rappresentato come un insieme di interventi mirati alla promozione dei comportamenti di salute e degli stili di vita sani, da un lato, e alla gestione della malattia e dei problemi di salute dall'altro. Coerentemente col modello biopsicosociale, la tradizione della psicologia della salute non limita la propria azione all'intervento individuale, ma cerca di abbracciare l'intero raggio dei problemi di salute che si collocano ai diversi livelli di organizzazione. Una prima definizione del raggio d'azione della Psicologia della Salute viene concettualizzata in termini sistemici nella rappresentazione di Stone (1987). Il sistema di riferimento vede alla base la persona la cui salute è in questione (indicata con l'acronimo PHAI) e via via vengono indicati i livelli di organizzazione e di intervento con cui la persona interagisce in modo diretto (livello primario) o indiretto (secondario e terziario), ma con un indubbio impatto sulla sua salute. Entro questo quadro sistemico, gli interventi di psicologia della salute possono essere definiti in primo luogo sulla base degli ambiti in cui essi vengono esercitati.

### **Servizi Sanitari**

Nell'ambito dei servizi sanitari i compiti degli psicologi sono classificati nel seguente modo (cfr. Tulkin, 1987)

- Prevenzione e intervento sui comportamenti rilevanti per la salute
- Approcci di trattamento alternativo e non farmacologico
- Trattamento psicologico sia come intervento primario che come intervento complementare
- Coping delle crisi mediche acute
- Interventi per l'adattamento nelle malattie croniche
- Interventi sulla relazione medico-paziente e sull'adesione dei pazienti alle cure (compliance)

### **Interventi sui luoghi di lavoro**

I luoghi di lavoro rappresentano un ambito di intervento molto significativo per la psicologia della salute. La ricerca applicativa (cfr. Follick, Abrams, Pinto, Fowler, 1987) evidenzia come essi siano interessati a

- Interventi di screening e educazione alla salute
- Interventi diretti su fattori di rischio quali:
  - Fumo
  - Obesità
  - Ipertensione
  - Fitness cardiovascolare
  - Gestione dello stress
- Programmi integrati di promozione della salute che coinvolgano ad es. stili di vita, benessere emotivo, soddisfazione sul lavoro

### **Interventi nella comunità**

A questo livello, la psicologia della salute si avvale di una pluralità di modelli elaborati dalla psicologia di comunità (cfr. Trickett, 1987; Zani e Cicognani, 2000; Santinello et al. 2010; Santinello et al. 2014), quali ad esempio strategie di prevenzione, assessment e intervento organizzativo, l'azione sociale e l'approccio ecologico. Quest'ultimo rappresenta un contributo fondamentale nell'evoluzione della promozione della salute. "L'approccio ecologico vede la salute come il prodotto dell'interdipendenza fra l'individuo e i sottosistemi dell'ecosistema (come la famiglia, la comunità, la cultura e l'ambiente fisico e sociale). Per promuovere la salute, questo ecosistema deve offrire le condizioni economiche e sociali che facilitano gli stili di vita sani. Deve inoltre fornire informazioni e consentire l'acquisizione di abilità necessarie affinché gli individui possano prendere decisioni riguardo al proprio comportamento in modo da mantenere la salute" (Zani e Cicognani, 2000, pag. 184).

### **Interventi sulla salute pubblica e sulle politiche sulla salute**

Faden (1987) indica come ambiti qualificati di intervento psicologico sulla salute pubblica quelli che riguardano:

- Gli stili di vita e gli interventi rilevanti per la salute
- Il controllo dei fattori di rischio
- Interventi sull'allocazione delle risorse pubbliche per la salute e la valutazione delle politiche sanitarie

Viene riconosciuto un ruolo alla psicologia della salute nella formazione delle politiche sanitarie, soprattutto nella formazione di personale politico e amministrativo e in processi di consulenza attiva e di expertise su aspetti correlati con i problemi psicologici della salute. De Leon e VandenBos (1987) indicano che l'impegno sul versante delle politiche sanitarie riguarda sia le istituzioni formative e associative della psicologia della salute, sia gli psicologi della salute individualmente e sollecitano una maggiore attenzione della disciplina alla comprensione e delle dinamiche politiche come parte integrante nella formazione degli psicologi della salute. In linea generale, dunque, gli interventi di psicologia della salute, nei diversi contesti d'azione, sono andati storicamente disponendosi lungo due versanti principali:

#### **Gestione delle malattie e dei problemi di salute**

Questo versante riguarda in particolar modo:

- Comportamenti dei pazienti e i processi di management della malattia e, in modo particolare, la consultazione col medico e l'esperienza del trattamento
- Intervento sui sintomi
- Management del dolore
- Intervento su condizioni di vita e malattia
- Intervento sulle condizioni di vita e sulla gestione degli aspetti psicologici coinvolti nelle malattie croniche

- Aspetti psicologici delle malattie ad alta mortalità
- Interventi sulla qualità della vita di fronte alla morte
- Stress e coping.

### **Interventi di prevenzione e di promozione della salute**

- Interventi sugli Stili di vita
- Interventi sui comportamenti di salute
- Interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità, nei luoghi di lavoro e nelle scuole
- Interventi di consulenza e progetti sulle politiche sociali e sanitarie e sui problemi di salute nella comunità

La linea evolutiva degli interventi della psicologia della salute è fortemente caratterizzata da uno slittamento dello sguardo “dal versante della diagnosi e della terapia, per aprirsi con rinnovata attenzione alle dinamiche dello sviluppo della persona e della convivenza sociale. Le "risorse" più o meno nascoste, anziché le "patologie" più o meno manifeste, costituiscono il punto focale di riferimento. Ne consegue pertanto, sul piano applicativo, che l'orientamento prevalente si ispira piuttosto alla sollecitazione o valorizzazione delle prime che non alla correzione o rimozione delle seconde. Lo spostamento di accento, da una linea prescrittiva ad una linea di stimolo e di sollecitazione, comporta anche un sensibile cambiamento nella relazione fra l'esperto psicologo e l'utente” (Bertini, Braibanti, Gagliardi, 1999). Il concetto di promozione della salute acquista in tal modo un valore più ampio di quanto non fosse ad esso assegnato, agli esordi della psicologia della salute, come insieme di strategie volte a facilitare l'adozione di comportamenti sani. Come dice con chiarezza Mario Bertini, in definitiva, nella “promozione”, l'obiettivo diventa lo sviluppo della persona, dei gruppi, delle comunità, in una visione attenta alla dinamica intra- e inter-sistemica in cui le vicende di questo sviluppo prendono forma. Questa visione si accompagna alla consapevolezza che, nella realizzazione di ogni progetto, tecnici e utenti sono coinvolti in un processo continuo di co-costruzione, pur nella distinzione dei ruoli (Bertini, 1998; Bertini 2010)

### **La questione delle titolarità.**

Se gli ambiti degli interventi psicologici delimitano, almeno per linee grossolane, i contenuti che vengono in prevalenza richiesti allo psicologo della salute “in linea”, vi sono buone ragioni per pensare che difficilmente queste modalità d'azione possano esercitarsi al di fuori di una prospettiva, latu sensu, consulenziale. Infatti in ogni caso le prestazioni richieste ed esercitate dallo psicologo, sia nei contesti clinici, sia nei contesti della promozione della salute e della comunità, coinvolgono una pluralità di titolarità da cui non è possibile sottrarsi. Tali titolarità non sono solo lo sfondo, ma per molti aspetti costituiscono uno degli oggetti dell'intervento, anche quando, in apparenza, la prestazione si dovesse concentrare su dispositivi circoscritti e standardizzati. Infatti nel lavoro dello psicologo in ogni caso ciò che è pregnante è la relazione e, in essa, la destinazione alle diverse titolarità coinvolte, le dinamiche e i diversi posizionamenti che la caratterizzano.

Dal punto di vista psicologico, il tema della titolarità può essere ricondotto ad un costrutto della *psychological ownership*. Riferendosi alla propria esperienza diretta, Karmilowicz (2000) afferma che a seguito di una diagnosi di cancro cambiano tutte le priorità dell'individuo, si inizia a studiare intensamente la propria malattia, a prenderne possesso fino a diventare padrone (*owner*) del proprio percorso terapeutico insieme al medico curante. Anche se non tutti sono in grado di esercitare questa *psychological ownership*, nella malattia medico e paziente assumono una co-titolarità (*co-ownership*) sulla gestione della malattia; anche quando prevale un atteggiamento di

delega, non per questo la titolarità del soggetto in cura viene meno e, come abbiamo cercato di sostenere più sopra, l'alleanza terapeutica consiste anche nel riuscire ad esplicitare, a prendere possesso e ad esercitare tale titolarità. Ciò vale per la vicenda "epifanica" della malattia e, con ugual forza, per gli interventi preventivi, sugli stili di vita, sulla promozione della salute. Questi interventi assumono capacità ed efficacia se le persone riescono ad assumere una posizione attiva, protagonista, esercitando una diretta responsabilità nelle scelte di vita, convocando e migliorando le proprie abilità, ridisegnano e assumendo il senso della propria agentività nelle traiettorie di salute e di malattia.

Anche quando esercita la propria azione "in linea" con altri operatori, è a questa titolarità che lo psicologo può e deve rivolgere la propria attenzione, riconoscendo alla persona "la cui salute è in questione" la posizione centrale nel percorso di cura e miglioramento della propria salute. Essere in linea con altri operatori, allora, non significa circoscrivere i propri atti "tecnici" entro un protocollo, ma esercitare il proprio intervento nei punti di intersezione tra la titolarità del soggetto in cura e le "co-titolarità" e "co-responsabilità" degli operatori stessi. Si può leggere in questa direzione la riflessione, riportata nelle pagine seguenti, che gli psicologi dell'Ospedale di Bergamo hanno condotto sul "sostegno psicologico". Centrale in questa riflessione è la necessità di rimodulare il "setting" dell'intervento psicologico in rapporto alle titolarità tecniche e professionali che agiscono nell'istituzione clinica, ai connotati emozionali che le caratterizzano e spesso le agitano, alle dinamiche di potere che le connotano e, contemporaneamente, in rapporto alla titolarità del paziente sui suoi bisogni, sulle sue richieste di cura, sulle proprie istanze conoscitive e le proprie tensioni emozionali. Tutto ciò investe una processualità complessa in cui gli psicologi non possono che interrogare continuamente le proprie istanze professionali, il posizionamento e le simbolizzazioni affettive che le caratterizzano.

*Riflettere sul concetto di ownership permette di entrare in contatto con il concetto di titolarità e di etica nella professionalità: comporta la ricerca della posizione più pertinente e appropriata delle proprie capacità, lavorare su se stessi nella relazione con l'altro, mettersi in una posizione umile nella relazione per costruire insieme all'altra persona una nuova costruzione condivisa di significati, proponendo all'altro di ampliare insieme il processo. L'aspetto relazionale ed evolutivo è l'elemento essenziale della psicologia della Salute ed intrinseco al concetto eriksoniano di mutualità a cui fa riferimento Bertini per spiegare la dipendenza di due persone (ruoli, gruppi, generazioni) per lo sviluppo delle rispettive potenzialità. Bertini ritiene, infatti, che la mutualità possa costruire un fattore salutare di primaria importanza sia a livello di relazioni interpersonali sia a livello delle relazioni socio-ambientali (Chiara Vidoni).*

*Lo psicologo si chiede continuamente di cosa ha bisogno per poter aiutare l'altro e questo implica un continuo riposizionamento rispetto all'altro e rispetto al contesto. In realtà la domanda da farsi sarebbe "di cosa ho bisogno io per agevolare il processo di cambiamento del paziente" per lasciare al paziente la propria ownership (Paola Isolan).*

Il tema della titolarità / ownership si pone con chiarezza anche nel campo della promozione della salute nella misura in cui essa si esercita a partire dalle persone e dalle risorse effettivamente presenti e disponibili nel contesto, a cui gli psicologo e gli operatori nel campo riconoscono una esplicita centralità, una titolarità e una responsabilità diretta o indiretta sulla salute propria e delle altre persone. Si pensi, ad esempio alla scuola e alla interazione con gli alunni e gli insegnanti. La predisposizione delle risorse e l'individuazione di contenitori progettuali che si configurino come occasioni di relazione tra "esperti" di salute all'interno di azioni non prescrittive non può essere assimilata a un'operazione di "consenso informato" per un intervento agito dall'esterno o neppure come un'adesione alle indicazioni dell'esperto esterno. La promozione della salute non può essere dogmatica: la salute chiama in causa i concetti di autonomia, libertà, responsabilità. Punto chiave

della promozione della salute è, in questa direzione, la costruzione di una “*psychological ownership*”, di una “titolarità condivisa” e complessa che si esercita nelle diverse posizioni e nei diversi repertori simbolici che le caratterizzano.

La titolarità ultima della salute sta nel soggetto la cui salute è in questione, ma è presente in ogni nodo della rete, seppur in maniera differenziata, e intreccia le titolarità familiari, sociali, territoriali, educative e dei servizi. Condurre un’azione appropriata di promozione della salute comporta innanzitutto, allora, un’appropriata analisi (psicologica) delle titolarità, al fine di evidenziare il nesso tra titolarità e soggettività e di valorizzare la componente consulenziale degli interventi. Questi ultimi, infatti, non possono consistere nella fornitura pura e semplice agli “utenti finali” di informazione sui fattori di rischio, né in interventi sostitutivi/supplenti delle varie titolarità in gioco (ad esempio bypassando la responsabilità e le competenze proprie degli insegnanti nei contesti educativi), ma devono innanzitutto valorizzare i punti di vista, le valenze, le competenze, le risorse e le soggettività che caratterizzano i diversi contesti. Ciò significa agire da moltiplicatori di prevenzione e promozione della salute attraverso l’individuazione, l’analisi e la sollecitazione consulenziale delle risorse nella comunità sulle problematiche della salute e dello sviluppo personale e sociale.

Anche nel campo della scuola, affinché avvenga una ri-appropriazione della titolarità sulla salute, sono quindi necessari una riflessività sulle azioni e un riposizionamento delle competenze dei soggetti all’interno del processo educativo. La promozione della salute si muove su un territorio complesso, che prevede una titolarità plurima, che va declinata richiamando ogni soggetto alle proprie responsabilità in merito alla salute.

La responsabilità va convocata, affinché sia possibile una restituzione di titolarità. La delega che spesso viene operata da parte dei soggetti (vedi paziente verso il medico o docente verso l’esperto esterno), si configura contraddittoriamente come un esercizio di titolarità e una contemporanea cessione ad altri della titolarità. E’ quindi necessario ricercare il reciproco e adeguato posizionamento rispetto alle diverse titolarità. La co-costruzione, la partecipazione alla costruzione di progettualità sollecita l’assunzione di reciproche titolarità. Il processo consulenziale ha l’obiettivo di rendere esercitabile la titolarità della salute da parte dei soggetti.

## **Oltre la logica lineare del progetto, della valutazione e delle evidenze**

Per usare un’espressione figurata, il cambiamento richiede non la logica lineare del diagramma di flusso, la logica del progetto, ma la capacità di affrontare salti quantistici e di confrontarsi con il tempo curvo della narratività di Garçia Maquez.

*Questa continua opera di de-territorializzazione e ri-territorializzazione comprende sia i setting classici dello psicologo (laboratorio e setting clinico), sia i nuovi contesti d’azione. È il caso ad esempio della stesura del progetto, strumento quasi indispensabile nell’attuale lavoro psicologico. Il progetto, infatti, predefinisce gli obiettivi, è un diagramma di flusso che impone un tempo lineare, mentre noi lavoriamo con il tempo curvo e ricorsivo di Marquez. Siamo, a mio parere, i nuovi psicologi in linea, costretti dalle richieste dei bandi a risposte generalizzate, in cui il tempo della sospensione dell’azione non è tempo di lavoro e quindi remunerabile, in cui ci si chiedono tecniche, attività e risultati attesi. Anche in queste situazioni sarebbe invece auspicabile attivare un pensiero meta, un progetto di progetto che promuova quell’eterna danza tra domande e possibili ipotesi (Annalisa Moro)*

L’interpretazione corrente della progettualità degli interventi di promozione della salute cerca modi obiettivi di valutare risultati ed efficacia delle azioni. La logica del progetto richiede che i motivi di successo o di insuccesso siano riconducibili e operazionalizzabili in termini di analisi di

processo e di esito. Ross *et al.* (1999), ad esempio, individuano quattro possibili livelli di valutazione degli interventi:

1. analisi della fase di pianificazione (piano di lavoro, costrutti teorici utilizzati, modalità di sviluppo del programma);
2. monitoraggio del processo di implementazione e degli effetti dell'intervento sulla popolazione target;
3. analisi dell'impatto (cambiamenti causati dall'intervento, a livello sia di esiti auspicati sia di ricadute non previste);
4. valutazione di efficacia, in termini di rapporto costi/benefici.

In questa prospettiva appare necessaria la costruzione di indicatori condivisi che permettano di valutare l'efficacia degli interventi. Indicatori che direttamente o indirettamente, nel breve (p.e. un aumento di informazioni) o nel lungo termine (p.e. una diminuzione dei tassi di morbidità o mortalità), consentano di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nella pratica, tuttavia, una strategia di questo genere trova molte difficoltà ad essere pienamente realizzata. Innanzitutto molti interventi di promozione della salute non prevedono, nella fase di pianificazione, l'individuazione di indicatori di efficacia. Ancora più infrequenti sono i programmi che prevedono di valutare le possibili ricadute (effetti indiretti) delle azioni promotive (Macdonald, 2000). Un'ulteriore considerazione è relativa alla significatività di costi e tempi richiesti dal processo di valutazione, la quale potrebbe giustificare la scelta di non valutare programmi di intervento che non prevedano obiettivi misurabili o che non siano stati propriamente implementati. Inoltre, la valutazione di esito richiama la metodologia del disegno quasi-sperimentale, in cui elemento fondamentale è l'assegnazione casuale dei partecipanti al gruppo direttamente coinvolto nell'intervento o al gruppo di controllo. Solo in questo caso è possibile fornire una risposta chiara alla domanda relativa all'efficacia dell'intervento. Nel settore della promozione della salute, tuttavia, l'assegnazione casuale dei soggetti a un gruppo piuttosto che all'altro è spesso inattuabile. Viene quindi utilizzato il confronto tra gruppi il più simili possibile, nella consapevolezza che questi non saranno completamente equivalenti per un rilevante numero di caratteristiche che non sempre possono essere individuate. A livello statistico, quindi, è possibile tenere sotto controllo alcune differenze, ma solo se queste vengono misurate prima dell'attivazione dell'intervento (Bartholomew *et al.*, 2001).

Negli ultimi anni ha avuto una certa fortuna lo slogan di una promozione della salute (e di una prevenzione) fondata sulle evidenze. Si sostiene che, anche se si potrebbe non essere in grado di provare l'efficacia assoluta di un programma, potrebbe comunque essere possibile almeno valutarne la validità utilizzando varie metodologie di ricerca, identificando le buone prassi e utilizzando gli indicatori diretti e indiretti, in modo da avvicinarci il più possibile alla condizione ottimale per stimarne il successo o l'insuccesso.

In realtà una strategia fondata sulle evidenze fa in gran parte affidamento sulla replicabilità degli interventi, enfatizzando soprattutto l'importanza degli esiti, ma trascurando il ruolo delle differenze nei processi, nelle soggettività e nel grado di consapevolezza in gioco. In realtà è assolutamente riduttivo pensare alla promozione della salute come a un insieme di processi che conseguono isolati obiettivi di cambiamento sui comportamenti e sulle competenze dei destinatari finali. Come si è cercato di evidenziare nelle pagine precedenti, la promozione della salute ha il compito di riconoscere, monitorare e rispondere a tensioni, bisogni, paure, valori e abitudini di una società in continuo cambiamento. Dal momento che i tempi della pianificazione e dell'implementazione degli interventi possono essere lunghi, coloro che si occupano di promozione della salute devono essere in grado di leggere e riconoscere le esigenze che via via nascono nella comunità e di seguire la direzione in cui essa si muove nel tempo (Egger *et al.*, 2005). Ben prima di porre il problema delle "evidenze" sembra importante in questo contesto porre la

questione dei “significati” con cui la promozione della salute ha a che fare. Per rispondere a questo compito, è necessario che venga mantenuta alta l’attenzione sulle premesse teoriche che determinano la natura degli interventi, sul ruolo dei molteplici determinanti delle condizioni di salute, sulle condizioni soggettive che delincono il campo degli interventi di promozione. Appare sempre più evidente come la metodologia del disegno sperimentale non sia appropriata nel campo delle ricerche e delle pratiche sulla salute, a causa dell’elevato numero di variabili non completamente controllabili e, soprattutto negli studi che coinvolgono le comunità, per la “contaminazione” tra i gruppi coinvolti nell’intervento e i gruppi di controllo. Sembrano invece più indicati a garantire una migliore comprensione degli atteggiamenti e dei valori che le persone attribuiscono alla salute, e quindi dei fattori che possono attivare il processo di cambiamento a livello individuale o collettivo, il disegno non sperimentale e le metodologie qualitative e interpretative (Macdonald, 2000).

D’altra parte un’attenta considerazione dei concreti percorsi di promozione della salute attuati nei diversi contesti molto difficilmente può essere ridotto ad una logica di pianificazione costruita su processi focalizzati su obiettivi. Focalizzare l’attenzione prevalentemente sugli obiettivi corrisponde alla logica “normale” nei paradigmi della valutazione (la logica degli audit); in realtà i concreti processi di promozione della salute agiscono in contesti di relazione e costruzione dell’innovazione secondo modalità meglio descrivibili in una accezione actor – network (Gagliardi e Quarantino, 2000). Infatti l’idea ingenua che il cambiamento, tanto nei comportamenti individuali, quanto nei più complessi sistemi di comportamenti organizzativi e istituzionali coinvolti nei problemi rilevanti per la salute, proceda per implementazione lineare di un’ipotesi di cambiamento definita a priori sulla base di una valutazione autonoma ed indipendente dei bisogni, dà una rappresentazione illuministica ed irrealistica della realtà. Al contrario, il cambiamento impatta in primo luogo su ragioni condivise e assunti taciti che permeano i contesti relazionali in cui si insediano i problemi per la salute e attiva potenziali trasformativi che si realizzano diversamente e localmente nei diversi nodi che caratterizzano le posizioni dei soggetti attivi nei contesti. In tal modo ciò che poteva essere considerato una dimensione determinata dell’intervento (gli obiettivi), finisce con il costituire un elemento estremamente variabile, continuamente rimodulato, in funzione delle diversità dei nodi della rete che vengono progressivamente investiti dal processo di propagazione dell’innovazione e in funzione dei processi trasformativi che investono in modi spesso imprevedibili e sempre imprevedibili ragioni condivise ed assunti taciti nel contesto delle relazioni. In questo senso si può forse affermare che negli interventi di promozione della salute gli attori impegnati che si rappresentano il processo in modo sostanzialmente lineare, dispongono di una *soluzione* ma sembra mancare loro il *problema*. In questi casi si tratta forse di utilizzare la valutazione per decostruire la soluzione in modo da rintracciare il problema e la sua fisionomia. Negli interventi di promozione della salute, più che lavorare per obiettivi, bisognerebbe dunque lavorare per problemi seguendo con attenzione il progressivo riposizionamento degli attori rispetto al problema e la progressiva acquisizione o trasformazione della “presa di coscienza” dei soggetti rispetto a questo riposizionamento. Laddove l’obiettivo rimanda alla dimensione di uno standard da raggiungere, il problema permette uno slittamento semantico nel campo del lavoro sui significati, sul posizionamento delle soggettività in gioco, sull’avviare spazi di esercizio delle autonomie nel rapporto con i problemi posti. Il lavoro sugli obiettivi ricolloca invece il processo valutativo nell’ambito dell’osservazione e verifica di standard: posizioni medie, che annullano le soggettività e oscurano la complessità dei processi in gioco e le valenze trasformative profonde sui soggetti coinvolti dell’intervento stesso. La valutazione deve porre al centro le soggettività, con le differenze e le specificità che essa comporta, piuttosto che valori normativi che si pongono in relazione di eteroreferenzialità e

standardizzazione degli attori del processo. Lo strumento metodologico più appropriato appare dunque lo studio di caso, come contenitore e generatore di differenze

In questo senso, si può dire che *la valutazione sconfinava nell'intervento e si propone come spazio di riflessione*. Un progetto non può essere valutato solo in termini di efficacia/efficienza: è necessario prendere in carico la soggettività ed il processo che essa attraversa; è necessario perscrutare la **singolarità del caso e non affidarsi alla replicabilità degli standard.**

La valutazione dell'intervento può dunque orientarsi proficuamente verso metodologie qualitative proprie dell'analisi di caso e strutturarsi secondo una sequenza di interazioni volte più a ri-definire la natura del problema e a valutare il modo in cui le azioni hanno consentito ai soggetti di trovare in esso una posizione più appropriata alle proprie capacità che non alla validazione della "tecnica" dell'intervento. Quest'ultima infatti non è sempre la dimensione saliente della valutazione: ad essa sono destinate le pratiche di *trial* clinico e devono ritenersi per molti aspetti straordinarie rispetto alle pratiche di routine, dove la questione si pone piuttosto in termini di intreccio intersoggettivo nell'applicazione di strumenti già validati.

La valutazione di un intervento richiede una comprensione in profondità, a partire dal coinvolgimento del soggetto (individuo o gruppo) che costituisce la "unità di analisi"; richiede competenze di riposizionamento, riconsiderazione e traduzione dei linguaggi diversi che servono nell'intervento e che vanno sostenute, La scelta dell'unità di analisi avviene infatti in rapporto alla domanda che viene posta e richiede precisamente di individuare le singolarità (soggetto, gruppo, colture locali) che convergono verso orizzonti di cambiamento. La salute a cui si fa riferimento impegna esattamente questa concezione, in cui il cambiamento consiste nell'ampliare i gradi di libertà e nel fornire occasioni per esercitare, declinare e modulare la propria autonomia. E' importante offrire occasioni affinché il soggetto prenda possesso di sé. La domanda che dobbiamo porci deve essere rilevante rispetto alla filosofia e alla politica di promozione della salute. In questo senso si può dire che le strategie di intervento e valutazione dipendono dai valori che soggiacciono quando si intercetta la domanda: gli obiettivi di intervento infatti non sono a priori, ma si istituiscono, si modificano e si riorganizzano dentro una trama di relazione in cui gli scenari valoriali sono presenti e orientano-riorientano continuamente la dinamica della domanda e la prospettiva dell'intervento.

## **Diversità e immunizzazione**

Ancora una volta cercheremo un confronto con quanto avviene in questi anni lungo i nostri confini meno frequentati. Nelle pagine precedenti abbiamo più volte posto l'accento sui concetti di Norma e Normatività. Le riflessioni che abbiamo riportato trovano un importante parallelo nel campo della riflessione sulla disabilità. Roberto Medeghini, nel volume "Norma e Normalità nei Disability Studies"<sup>3</sup>, assume, seguendo Canguilhem, che il mondo in cui viviamo sia fatto di norme, e che questo proietta l'esperienza di ognuno in una rete di significati normativi da cui non si può prescindere, pena il collocarsi al di fuori della norma. Su questa base si interroga sul dispositivo della norma, sulla dicotomia normale/anormale e sulle ricadute di quest'ultima sulla costruzione della categoria della disabilità e sulla vasta categoria dei bisogni educativi speciali. Medeghini<sup>4</sup> già sosteneva che i processi di categorizzazione trovano nella norma il loro presupposto e nel linguaggio normativo e specialistico il loro esito. Sviluppando questo ragionamento, Medeghini ricorre al pensiero del filosofo Roberto Esposito sul concetto di

---

3 Medeghini, R. *Norma e Normalità nei Disability Studies. Riflessione e analisi critica per ripensare alla disabilità*, Erickson, 2015

4 Medeghini, R. *Disability Studies. Emancipazione, inclusione scolastica e sociale, cittadinanza*, Erickson, 2013.

“immunizzazione”, rielaborato dalle costruzioni biopolitiche di Foucault (biopolitica come pratica di conservazione e di riproduzione della vita). Per immunizzazione Esposito<sup>5</sup> intende una categoria interpretativa capace di ricomprendere al suo interno fenomeni diversi appartenenti ad ambiti diversi, tuttavia riconducibili ad una stessa istanza di “risposta protettiva nei confronti di un rischio”. Tale protezione si attiva per evitare non la contaminazione, ritenuta inevitabile, ma “la sua diramazione incontrollata e inarrestabile in tutti i gangli produttivi della vita”. Il meccanismo protettivo, come un’immunizzazione indotta, prende in gioco la vita stessa, negandola per proteggerla: come l’induzione di una forma attenuata di infezione permette lo sviluppo di anticorpi in grado di rendere immune l’organismo, allo stesso modo il male che affligge la vita di un sistema (giuridico, politico, teologico, comunicativo) va contrastato non eliminandolo, ma includendolo all’interno dei suoi confini, così che esso si ponga come la condizione costitutiva e di efficacia della cura stessa. Le prospettive della normalità e della normatività, collocate al centro del dibattito novecentesco sull’eugenetica, definiscono come al centro del problema non stia la disabilità, ma il costruito stesso della normalità. L’immunizzazione dunque è un presidio difensivo della normalità. Esposito in merito al nazismo riflette sul fatto che fra le forme di immunizzazione dalla diversità, la segregazione rappresenta la variante eugenetica complementare alla morte, allo sterminio<sup>6</sup>.

Raramente abbiamo associato la psicologia all’idea dello sterminio. Tuttavia se allarghiamo per un istante l’angolazione del nostro obiettivo, potremo rintracciare alcune situazioni che rischiano di perturbare seriamente ogni ipotesi ingenua di neutralità della psicologia nei confronti delle diversità e della loro immunizzazione. Due soli riferimenti. Il primo, contenuto nel saggio di Gius e Zamperini<sup>7</sup>, concerne la relazione complessa e ambigua tra psicoterapia e nazismo; il secondo riguarda il contributo degli psicologi (o potremmo forse meglio pensare al “complesso Psy” di Foucault) alle politiche di segregazione, immunizzazione ideologica e alle forme di sterminio e di pulizia etnica della seconda metà del secolo scorso, per il quale mi riferirò al pensiero di Wendy Steinton Rogers.

Gius e Zamperini si chiedono il significato della fioritura della psicoterapia in Germania, durante il nazismo, mentre molti esponenti della psicologia e della psicoanalisi venivano perseguitati ed esiliati. Gli autori evidenziano un uso politico della psicoterapia, delle teorie e delle pratiche psicoterapeutiche, come forma di oggettivazione, contenimento e trattamento delle forme di resistenza e di opposizione che non fossero riconducibili alla diversità biologica (razziale, sessuale, legata alla minorazione fisica o mentale) per le quali era previsto il campo di concentramento, di sterminio o l’eugenetica del programma T4.

Wendy Steinton Rogers, ci ricorda che “La psicologia critica in Sud Africa è importante in un modo molto diverso rispetto alla maggior parte degli altri Paesi. Questo perché ha rappresentato, all’inizio dell’era del post-apartheid, una sfida diretta alla psicologia che era stata usata in Sud Africa per dare fondamento al concetto stesso di apartheid e quindi per giustificarlo e sostenerlo. Bulhan esplicita questo punto di vista in modo chiaro facendo un confronto tra Franz Fanon e Hendrik Verwoerd, “due psicologi che hanno messo in pratica la loro professione in modi che hanno fatto storia e hanno influenzato la vita di milioni di persone... Verwoerd era un suprematista bianco convinto, un simpatizzante nazista, un dichiarato antisemita, e uno dei principali architetti dell’apartheid... . Fanon, al contrario, è stato un campione senza tregua della giustizia sociale, che, quando appena diciassettenne andò volontario con le forze che tentarono di liberare la Francia dall’occupazione nazista” (Bulhan 1985: 3). Verwoerd è spesso

---

5 Esposito, R. *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi, 2002.

6 Utilizzo in parte per il riferimento a Roberto Medeghini e al pensiero di Esposito il resoconto della studentessa Emily Iuliano

chiamato lo “architetto dell’apartheid”, poiché era primo ministro nel momento in cui esso è stato introdotto. Ma è meno noto che egli sia stato un professore di Psicologia Applicata presso Stellenbosch University dal 1928, e che abbia giocato un ruolo chiave, come psicologo scolastico, nella creazione del concetto di apartheid, fornendo prove a sostegno delle sue affermazioni sulla “superiorità” della razza bianca, concetto che ha poi introdotto nella legge e nella politica del governo. Questo è lo sfondo umiliante della psicologia in Sud Africa - non è necessario aggiungere altro per convincere gli studenti che la psicologia è “politica”. Ho trovato un’analoga situazione in paesi come la Slovacchia dopo le rivoluzioni di velluto alla fine del 1980 e nel 1990. Nell’Istituto di Psicologia dell’Accademia Slovaca delle Scienze c’era una stanza con tutte le tesi di dottorato di ricerca in fila lungo diversi scaffali, tutti con una rilegatura nera. E un grande libro rosso alla fine. Ho chiesto se questo era il dottorato di qualche studente piuttosto stravagante, e mi è stato acutamente detto che era il libro di riferimento per le citazioni di Karl Marx, perché ogni tesi doveva avere un numero massiccio di tali citazioni per superare l’esame. Possiamo vedere in questi due esempi ciò che viene chiamato governamentalità, definita come “quei programmi, strategie e tattiche più o meno razionalizzati per la “condotta della condotta”, per agire sulle azioni degli altri, al fine di raggiungere determinati fini ”(Rose 1998: 12). La psicologia è, come ha sostenuto Rose, la disciplina nelle scienze sociali che si impegna maggiormente nella governamentalità. Gli esempi che ho portato sono casi clamorosi di psicologi e psichiatri in collusione - anzi attivamente impegnati (come Verwoerd in Sud Africa e Radovan Karadžić in Bosnia) - in atti di “pulizia etnica” e simili, all’interno di regimi e fazioni repressivi” (Steinton Rogers, 2011, pag. 70-71) Da questi esempi sembra evidente che la pratica degli psicologi possa confinare con le pratiche biopolitiche e, queste, possano a loro volta, pericolosamente sconfinare con l’eugenetica, apertamente sostenuta col proprio richiamo alla biologia o al relativismo culturale dell’antropologia, o nella ideologica versione eugenetica di un uomo nuovo per un ordine nuovo. Ma la stessa storia della diversità, della disabilità, della malattia, del disagio psichico è che il 900 si è costruito con la complicità in primo luogo della psicologia, in una distinzione tra “nella norma” e “fuori dalla norma”<sup>8</sup>. Per questo noi dobbiamo assumere una visione plurale della normalità, essere sani è essere normativi, è possibilità di costruire nuove norme e cambiare quelle esistenti. La questione con cui possiamo affrontare allora anche il tema della tecnica è questa: quanto la tecnica psicologica (anche in una psicologia della salute) rischia di essere un dispositivo di immunizzazione, di segregazione delle diversità, quanto la psicologia deve agire consapevolmente per evitare che le proprie ragioni e le proprie tecniche la rendano un agente eugenetico di sterilizzazione delle diversità. Cioè, la riflessione sulla tecnica in psicologia è una riflessione sul modo in cui le tecniche possono essere usate e di come possono essere veicolo di immunizzazione.

### **Tecniche maneggevoli, tecniche manipolabili**

Proprio per bonificare nel lettore immagini forse ineditamente forti se riferite alla psicologia, ci piace spostare l’attenzione ad una prospettiva di maggiore serenità e respiro profetico. Ivan Illich<sup>9</sup>, filosofo austriaco, negli anni 60 fa una riflessione sulla necessità di trovare una via diversa dal capitalismo, dal marxismo, dal comunismo, rispetto all’organizzazione sociale, e propone una economia della convivialità, del convivere. Al centro di questo pensiero vi è il discorso sulla

---

8 Cfr Medeghini,

9 Illich, I. La Convivialità, Mondadori, 1973

tecnica, la questione della titolarità, della libertà di espressione, del relazionare, del relazionarsi convivialmente.

Alla base di questo pensiero invece vi è l'uomo che dispone di due tipi di energia: quella che trae da se stesso (o energia metabolica) e quella che attinge dall'esterno. Maneggia la prima, manipola la seconda. Perciò Illich fa una distinzione tra strumento maneggiabile e strumento manipolabile in quanto lo strumento è inerente al rapporto sociale. L'autore sostiene "Allorché agisco in quanto uomo, mi servo di strumenti. A seconda che io lo padroneggi o che viceversa ne sia dominato, lo strumento mi collega o mi lega al corpo sociale. Nella misura in cui io padroneggio lo strumento, conferisco al mondo un mio significato; nella misura in cui lo strumento mi domina, è la sua struttura che mi plasma e informa la rappresentazione che io ho di me stesso. Lo strumento conviviale è quello che mi lascia il più ampio spazio ed il maggior potere di modificare il mondo secondo le mie intenzioni. Lo strumento industriale mi nega questo potere; di più: attraverso di esso, è un altro diverso da me che determina la mia domanda, restringe il mio margine di controllo e governa il mio senso della vita. La maggior parte degli strumenti che mi circondano oggi non può essere utilizzata in modo conviviale: sono strumenti ragionati nelle mani di altri, e ancora più spesso strumenti ragionati sfuggiti dalle mani di tutti e che esercitano selvaggiamente le funzioni intrinseche alla propria struttura.

Ivan Illich fa questa distinzione dunque tra Tecniche maneggiabili che necessitano del rapporto, dell'energia umana accessibile alle persone, immediatamente disponibile e tecniche manipolabili che necessitano di una intermediazione del sistema, fra energia e la possibilità della loro utilizzazione, intermediazione che si istituisce come norma, quindi la tecnica assoggetta chi ne è fruitore. Illich afferma che una società conviviale è una società che riacquista il senso della padronanza dei propri strumenti.

Altri testi dello stesso autore sono "*La nemesi medica*"<sup>10</sup> e "*Descolarizzare la scuola*"<sup>11</sup>, entrambi ritrovano poi nella "*Convivialità*" la propria origine.

A lui dobbiamo lo studio dei sistemi medici come sistemi iatrogeni. In *Nemesi Medica* tratta del prevalere di una medicina che si appropria della cura espropriando dalla titolarità della cura il soggetto che ne è responsabile. L'uso di strumenti manipolabili, cioè non più esercitabili dalle persone direttamente comporta la costruzione di monopoli radicali. La medicina come monopolio radicale è una medicina iatrogena che genera nuove forme di sofferenze che hanno come origine la medicina stessa.

Allo stesso modo la scuola è un insieme di strumenti manipolabili, che allontana i bocciati, che isola, che respinge e che mortifica le risorse personali. L'istruzione deve essere descolarizzata, deve essere abolita la scuola, e l'istruzione deve essere fatta in piccoli gruppi che si accompagnano con un maestro all'interno di propri percorsi personali, al di fuori di ogni obbligatorietà, da ogni vincolo, imposizione o intermediazione di discipline.

Per la prosecuzione del nostro discorso, sembra importante riflettere se il costituirsi di una tecnica "manipolabile" non possa essere considerata il punto centrale di condiscendenza più o meno consapevole della psicologia verso i processi di "immunizzazione". Talvolta tale processo si avvale esplicitamente di pre-concezioni della salute nel suo intreccio con la normalità e la diversità.

Anche qui ricorrerò ad un esempio: la relativamente recente riclassificazione del gambling (gioco d'azzardo) tra le categorie patologiche.

(citazioni da *Febbre d'Azzardo*)

---

10 Illich, I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, 2004

11 Illich, I. *Descolarizzare la società*, Mondadori, 1972

Il dispositivo dell'immunizzazione oggi prevede una relazione più complessa tra normalizzazione delle diversità e costruzione di apparati "medicalizzati" in cui segregare le diversità non riducibili alla logica di mercato.

(citazione del pensiero di Davies citato da Medeghini)

La costruzione sociale della (psico)patologia istituisce così l'insieme complemento della normalizzazione delle diversità nella loro intrinseca funzionalità alla dinamica sociale del neoliberismo e dell'inseguimento da parte di questo di una normalizzazione delle differenze come fonte del benessere soggettivo come opportunità di competizione sociale nel mercato. Si noti che, in questo frangente, sempre più spesso il confine della segregazione è contrassegnato da una norma comportamentale che si intende forzosamente di riferire ad una norma neurobiologica.

L'allineamento di molta psicologia, nell'uso del linguaggio e nelle pratiche psicodiagnostiche ai linguaggi e alle pratiche della classificazione statistica delle cosiddetta salute mentale (il DSM 5) sempre più influente nel sezionare aree di normalità per interporvi il confine dei criteri della psicopatologia, o ai linguaggi e alle pratiche della neurobiologia, divenendo attori, forse a propria insaputa, di una più penetrante retorica riduzionista che cerca di obiettivare la pluralità fenomenologica e biopsicosociale complessa delle differenze nell'ottica obiettiva della neurodiversità.

Tutto questo può condurre taluno a ritenere che sia possibile pensare a forme di "monopolio radicale" della psicologia da parte della professionalizzazione e della accademizzazione del "discorso" sulla psicologia e sulla salute e che, entrambi, si mantenga al riparo di recinti istituiti e consolidati in prassi operative e in regimi discorsivi solidamente caratterizzati dallo specialismo esoterico contrapposto alla condivisione non collusiva dei linguaggi, alla co-costruzione e alla partecipazione.

In questa sede ci accarezza l'idea che il passaggio verso una dimensione "conviviale" della psicologia non necessariamente comporti, come sicuramente invece riteneva Illich, una completa "deprofessionalizzazione" della psicologia, ma piuttosto una sua "riterritorializzazione". Com'è noto, secondo Deleuze, punti caratteristico del percorso di omizzazione sono stati i processi di "de-territorializzazione" e "ri-territorializzazione". Nell'abbandono della foresta per adattarsi al nuovo habitat della savana, l'uomo si è reso protagonista di un lungo processo conseguente anahce all'acquisizione della stazione eretta, in cui la mano si "de-territorializza" come strumento di locomozione nell'ambiente arboricolo, riterritorializzandosi sull'utensile, la bocca si riterritorializza nella relazione labbra-seno, il volto subisce una drammatica trasformazione e si riterritorializza sul paesaggio. Ogni territorializzazione è il prodotto, dunque, di una "deterritorializzazione" e di una complessa "riterritorializzazione".

Per riterritorializzarsi nel nuovo landscape epidemiologico ed epistemologico con cui abbiamo a che fare nel corso degli ultimi decenni della storia della nostra civilizzazione, nella transizione alla società complessa, post-cognitiva e post-moderna, con la nuova e per certi inedita collocazione di una dilatata rappresentazione della salute nella vita quotidiana, come possiamo riterritorializzare la Psicologia della salute?

In prima istanza occorre forse de-territorializzarla dai suoi luoghi più tipici, cioè il setting di laboratorio e il setting clinico nei quali si sono evoluti la psicologia sperimentale e la psicologia clinica e riterritorializzarla nella comunità, nella salute, nel rapporto con la disabilità.

I modi che la psicologia aveva assunto in passato sono ad oggi difficilmente sostenibili nel nuovo scenario che ci piace rappresentare con la metafora della città postmoderna<sup>12</sup>, ambiente urbano complesso, e per Sergio Manghi (2008) è la Società della Cura, che crea nuovi confini nuovi distretti in cui si costruisce un nuovo posizionamento del soggetto per i quali gli strumenti tradizionali della psicologia sono difficilmente maneggevoli.

Se noi accettiamo la sfida della psicologia noi troviamo nella rideclinazione della salute, forse, uno strumento di ripensamento e forse di riterritorializzazione della psicologia. Questo passo è necessario se vogliamo una Psicologia della Salute “sufficientemente buona”, poiché il contesto è cambiato, sta cambiando e noi dobbiamo trovare nuove posizioni, nuovi punti di vista.

Quello su cui noi lavoriamo, vale sempre la pena ripeterlo, è il passaggio da una normalità normativa a una pluralità della normalità, ci sono molti modi di essere normali. Dice G. Canguilhem “non è possibile vivere senza norme”, il problema della storia della diversità, della disabilità, della malattia, del disagio psichico è che il 900 si è costruito con la complicità in primo luogo della psicologia, in una distinzione tra nella norma e fuori dalla norma. Per questo noi dobbiamo assumere una visione plurale della normalità, essere sani è essere normativi, è possibilità di costruire nuove norme e cambiare quelle esistenti.

La questione da esplorare è proprio il rapporto della psicologia con la tecnica:

come possiamo ridefinire gli spazi tecnici perché la tecnica non sia la norma, non sia la tecnica a dettare la norma ma sia un elemento che viene convocato a processi di trasformazione di cambiamento nel senso della libertà, della possibilità della ridefinizione del rapporto tra soggetto e contesto.

### **Sgomento, discernimento, riposizionamento.**

*Per riposizionarsi è necessario lo sgomento, è necessario turbarsi e disorientarsi, è necessario confrontarsi con l'insufficienza del proprio sapere. È necessario anche per noi psicologi de-territorializzarci e ri-territorializzarci continuamente, accettando di avere a che fare con domande a cui non seguono risposte certe e precostituite, con contesti e persone che cambiano continuamente e con essi la varietà di norme possibili (Valentina Bua).*

Improvvisamente, nel traffico, un giorno in autostrada sentii squillare il telefono cellulare. Mi raggiunse una telefonata allarmata: “Paride, abbiamo bisogno di te! C'è molta paura nelle famiglie a Brembate di sopra! Per favore vieni a incontrare i genitori della nostra Scuola, vieni ad aiutarli, ad aiutarci, perché la scomparsa di Yara ci ha lasciati senza parole. Siamo tutti sgomenti”.

Vedevo scorrere nella mia mente, veloci come le automobili in autostrada, i volti di persone che avrebbero accolto senza difficoltà la richiesta d'aiuto dei genitori di Brembate di Sopra. Non io! Il sentimento che prevaleva era la sproporzione tra l'angoscia che percepivo nelle parole e in quelle che immaginavo percorrere lo sguardo e la voce di tanti genitori nel paesino del bergamasco colpito da una tragedia improvvisa e inenarrabile. La sproporzione tra questo sentimento e le mie forze, tra la responsabilità che mi veniva richiesta e quella che sentivo di saper sostenere con la mia competenza.

Sgomento. Sentivo di condividere questa emozione con le persone che mi convocavano a una responsabilità, nel momento in cui cercavo di capire quali competenze dovessero mobilitarsi per corrispondere a questa responsabilità. Pensavo di non venirne a capo, pensavo a chi inviare o, almeno, con chi condividere questa richiesta.

Non vorrei qui raccontare nel dettaglio il cammino compiuto, accompagnato da Maria Simonetta Spada, con la comunità di Brembate di Sopra, nei giorni dolorosi della scomparsa, delle prime indagini, della morte, del ritrovamento del corpo della piccola Yara, che hanno lasciato nella cittadina una traccia profondissima. Vorrei solo dire che vi fu la fatica di cercare di costruire insieme alla comunità uno spazio di sospensione della tensione e dell'allarme per potersi raccogliere e riconoscere nella relazione non discernibile tra sgomento e responsabilità. Una responsabilità che può e deve essere esercitata nel momento stesso in cui perdono spessore e significato le teorie e i modelli, sia quelli altisonanti entro cui si costituiscono le costruzioni psicologiche, sia quelli che presidiano in modo implicito il pensiero comune e le rappresentazioni sociali.

A distanza di tempo, ma non certamente allora, nel momento in cui lo sgomento mi metteva in discussione drammaticamente e minacciava di paralizzare ogni mia azione, a distanza di tempo mi sembra di cogliere nello sgomento la consapevolezza dell'ironia di Rorty (1989) e dell'improbabilità dei propri vocabolari definitivi<sup>13</sup>.

Fatto sta che occorre a noi tutti poter ricostruire una responsabilità a partire da una sensazione di svuotamento di ogni vocabolario che non avrebbe potuto essere pronunciato senza cadere in una retorica improponibile quanto inutilmente e impertinentemente consolatoria.

La scelta che condividemmo, con Andrea, Fulvia e don Corinno, fu quella di aiutare la comunità ad autoconvocarsi, facendo riferimento alla responsabilità condivisa degli educatori. Avremmo dovuto aiutare catechisti e insegnanti, allenatori e volontari della Caritas e della protezione civile, chi si fosse riconosciuto in una funzione di ascolto e di accompagnamento educativo dei più giovani e, soprattutto, i genitori, a incontrarsi e a condividere la possibilità di rimettere in circolazione la parola e la reciproca sostenibilità degli sguardi, di ritrovare la voce e di darsi il permesso di dire l'impronunciabile, di toccare fino in fondo le radici del nostro reciproco senso di impotenza impaurita, per ritrovarvi il richiamo solidale della responsabilità nel vivere nella comunità. Roberto Meneghini (2015), riferendosi al pensiero di Esposito (1998), ci ricorda che la comunità non si fonda tanto sull'avere cose in comune, ma sull'obbligazione e

---

<sup>13</sup> I shall define an "ironist" as someone who fulfills three conditions: (1) She has radical and continuing doubts about the final vocabulary she currently uses, because she has been impressed by other vocabularies, vocabularies taken as final by people or books she has encountered; (2) she realizes that argument phrased in her present vocabulary can neither underwrite nor dissolve these doubts; (3) insofar as she philosophizes about her situation, she does not think that her vocabulary is closer to reality than others, that it is in touch with a power not herself. Ironists who are inclined to philosophize see the choice between vocabularies as made neither within a neutral and universal metavocabulary nor by an attempt to fight one's way past appearances to the real, but simply by playing the new off against the old.

I call people of this sort "ironists" because their realization that anything can be made to look good or bad by being redescribed, and their renunciation of the attempt to formulate criteria of choice between final vocabularies, puts them in the position which Sartre called "meta-stable": never quite able to take themselves seriously because always aware that the terms in which they describe themselves are subject to change, always aware of the contingency and fragility of their final vocabularies, and thus of their selves. Such people take naturally to the line of thought developed in the first two chapters of this book. If they are also liberals people for whom (to use Judith Shklar's definition) "cruelty is the worst thing they do" — they will take naturally to the views offered in the third chapter.

The opposite of irony is common sense. For that is the watchword of those who unselfconsciously describe everything important in terms of the final vocabulary to which they and those around them are habituated. To be commonsensical is to take for granted that statements formulated in that final vocabulary suffice to describe and judge the beliefs, actions and lives of those who employ alternative final vocabularies. People who pride themselves on common sense will find the line of thought developed in Part I distasteful. (Rorty, 1989, pag. 72-73)

sulla reciproca responsabilità donativa, non tanto sul *communus*, quindi, quanto sul *munus*, cioè sul dono<sup>14</sup>.

Il dono è stata la rete, il legame, che i genitori e gli educatori si sono costruiti per accogliere e sostenere la propria autoconvocazione e, dentro la rete, gli incontri con Simonetta e con me. Quegli incontri, così difficili e così importanti, in cui pian piano si imparava a discernere, a ricollocare sentimenti e pensieri, in una lenta, strana e rassicurante dinamica, in cui pian piano la tensione indifferenziata, scemando, lasciava riprendere nella quotidianità il senso della propria responsabilità come genitori, insegnanti, educatori.

Discernere è la possibilità e la speranza di rintracciare il filo che può condurre fuori dai labirinti in cui lo sgomento sembra trascinarci. Chi perde la fiducia nella pratica del discernimento, finisce col perdere la speranza di poter agire con senso appropriato della propria agentività. E quindi abbandonarsi a un agire irriflessivo o a un ripiegamento intellettuale sulla propria inazione. Il discernimento è un atto collettivo, un “memory work” che collettivamente rende nuovamente collocabili parole e significati che potevano sembrare o persino essere inservibili, rendendole disponibili a una trama che nuovamente sente di poter riprendere il cammino della propria narrazione. E in questo spazio collettivo, alla presenza gli uni degli altri, si rende allora possibile il “ri-posizionamento”, la capacità di riprendere parola, di rivendicare il diritto-dovere di far uso dei nostri repertori simbolici e della loro forza illocutoria, di riprendere il senso delle nostre storylines (Van Langenhove e Harré, 1999).

*Non esaminano le definizioni solide e maggiormente accettate (ad es. la malattia/Panacea, il malessere, la ricerca quantitative) per, successivamente, proporre e imporre altri “idoli” (Igea, la ricerca incondizionata e l’esaltazione del benessere, la ricerca qualitativa), ma creano i presupposti e le condizioni favorevoli a mettere in discussione tutto ciò che crea staticità, con la finalità di mettere in movimento il pensiero, il soggetto, l’organizzazione e l’intervento psicologico. (Francesco Santamaria)*

Il dialogo, entro i contesti e nella comunità, richiede di partecipare ad un percorso di cambiamento in cui ciò che conta non è tanto ciò che lo psicologo o il ricercatore conosce, quanto il fatto che attraverso questo processo le persone coinvolte e autoconvocate siano messe in condizione di condividere e prendere coscienza della propria condizione, delle necessità, risorse e potenzialità, così come dei limiti, dei valori e dei desideri che orientano e delimitano i comportamenti individuali e collettivi. L'analisi della domanda non sarà più allora solo il momento della messa in evidenza della mancanza, della patologia, del deficit, ma il luogo della simultanea valutazione e valorizzazione delle risorse e della costruzione condivisa di nuovi processi di adattamento che aprano a nuove, diverse e possibili “normalità”.

Contribuisce a questa direzione una duplice crescente disponibilità, anche da parte del ricercatore, ad un posizionamento **riflessivo e all’esercizio della critica entro processi orientati al cambiamento**. In senso tecnico, la riflessività si riferisce alla circostanza per cui ogni

---

<sup>14</sup> Esposito (1998) mette in discussione un’idea di comunità fondata su individui che hanno qualcosa in comune, da condividere e che, allo stesso tempo, permette loro di essere individui unici: ad esempio, nelle situazioni comunicative, una persona condivide uno scambio e allo stesso tempo esprime le sue capacità più importanti. In questa prospettiva, per Esposito, il comune diventa una forma di proprietà del soggetto oppure delle sue capacità, delineando così una comunità composta da persone che sono unite da una *proprietà* comune e in cui si radica la concezione specifica della soggettività umana come un soggetto autoreferenziale. Partendo da questa critica, l’autore propone un concetto di comunità non più fondato sul *communus*, l’aver qualcosa in comune, ma sul *munus*, cioè sul dono. In questa prospettiva, la comunità non fa più riferimento all’aver, ma piuttosto alla mancanza di qualcosa che ha a che fare con ciò che dobbiamo agli altri. Vivere insieme non riguarda quindi il vivere con chi condividiamo qualcosa, piuttosto mette in primo piano le obbligazioni e le responsabilità in un impegno donativo verso gli altri: questo spostamento concettuale mette in discussione la caratterizzazione autoreferenziale dell’individuo, aprendolo ai rischi di un’esposizione all’altro, di uno sbilanciamento fra interno ed esterno, fra l’individuale e il sociale e di una possibile invadenza. (Medeghini, 2015, pag. 30)

descrizione-interpretazione della realtà e ogni azione tesa ad affermarla nei confronti delle altre persone si riflette sulla condotta del proponente influenzandola, e si accompagna con continue ridefinizioni della situazione che valgono poi da base per operare su di essa (cfr. Handel, 1982; De Grada e Bonaiuto, 2002;). La condivisione e il coinvolgimento costituiscono, in un certo senso, le parole chiave fondamentali e il file-rouge che contrassegna le diverse fasi del processo di cambiamento.

Tuttavia, ancora una volta, questo esercizio della critica non va inteso in modo eminentemente intellettuale e asettico, perché il cambiamento richiede innanzitutto la necessità di “prendere posizione” e di non essere disponibile per ogni stagione e ogni direzione.

Come è possibile rendersi conto nell’impegno di ricerca-intervento con le metodologie più radicali, la condizione dell’applicazione non banale di pratiche di intervento trasformativo sembrano comportare uno scenario e un orientamento “polemico”, nel senso di Greimas, caratterizzato dalla presenza di un posizionamento identitario subalterno, infelice o ambivalente, sostenuto da una canalizzazione dell’esperienza entro confini che riducono i gradi di libertà e di espressione e che sono suscettibili di qualche forma di “naturalizzazione” o “oggettivazione culturale” (nell’esperienza di Frigga Haug, ad esempio, le “memorie” di genere). È parimenti necessaria una tendenza all’azione che rimetta in discussione i vincoli alle scelte e li trasformi in opportunità di riposizionamento mediante una ridefinizione collettiva dell’esperienza, capace ad esempio, di trasformare gli stigmi in occasioni di rivendicazione e pratiche di cittadinanza. Infine è indispensabile la consapevolezza “polemica” dei ricercatori del fatto che i posizionamenti subalterni e infelici chiamano in causa la responsabilità di alcuni costrutti psicologici (soprattutto mainstream) e psicosociali che colludono o addirittura fanno da sostegno alle “matrici di potere” entro cui si inscrivono subalternità e coazioni.