

At the origins of clinical psychology and psychotherapy

Renzo Carli*

Abstract

An unpublished writing by Renzo Carli is proposed which historically analyzes the emergence of psychotherapy in Italy, proposing some criteria for reading and organizing the relationship between psychology, psychotherapy and psychiatry. The questions posed have fueled the debate on the psychology profession in our country since the mid-1990s and find echoes in the contemporary world. Useful reflections are drawn from this to understand, on the one hand, the phenomenon of the multiplication of psychotherapies, on the other, the crisis and at the same time the possibilities for the development of a clinical psychology profession that is interested in intervening on the problems posed by the demand within the variability of the social context.

An unpublished writing by Renzo Carli is proposed with considerations and themes that organize the relationship between clinical psychology and psychotherapy. The questions posed here have fueled the debate on the psychology profession in our country since the mid-nineties of the last century - and still find echoes in the contemporary world.

Keywords: clinical psychology; psychotherapy; history of Italian psychology; clinical intervention; demand analysis.

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of the University “Sapienza” in Rome, past Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, past Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), past Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy-Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2024). *Alle origini della psicologia clinica e della psicoterapia* [At the origins of clinical psychology and psychotherapy]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 9-20. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Alle origini della psicologia clinica e della psicoterapia

Renzo Carli*

Abstract

Viene proposto uno scritto inedito di Renzo Carli che analizza storicamente l'emergere della psicoterapia in Italia, proponendo alcuni criteri per leggere il rapporto tra psicologia, psicoterapia e psichiatria. Le questioni poste hanno alimentato il dibattito sulla professione in psicologia nel nostro Paese a partire dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso, trovano echi nella contemporaneità. Se ne ricavano riflessioni utili per leggere, da un lato, il fenomeno del moltiplicarsi delle psicoterapie, dall'altro, la crisi e al contempo le possibilità di sviluppo di una professione psicologico clinica che sia interessata a intervenire sui problemi posti dalla domanda entro la variabilità del contesto sociale.

Lo scritto inedito di Renzo Carli riporta riflessioni e temi che organizzano il rapporto tra psicologia clinica e psicoterapia. Le tematiche qui poste hanno alimentato il dibattito sulla professione di psicologo nel nostro Paese a partire dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso – e trovano ancora echi nel mondo contemporaneo.

Parole chiave: psicologia clinica; psicoterapia; storia della psicologia italiana; intervento clinico; analisi della domanda.

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia I – “Sapienza” – di Roma, già membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, già Editor-in-chief della Rivista di Psicologia Clinica e dei Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, già Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica-Intervento psicologico clinico e analisi della domanda (SPS).

Carli, R. (2024). Alle origini della psicologia clinica e della psicoterapia [At the origins of clinical psychology and psychotherapy]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 9-20. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Proponiamo uno scritto di Renzo Carli nel quale lo psicoanalista – venuto a mancare nel novembre del 2021– analizza criticamente l'emergere della psicoterapia in Italia e propone criteri che organizzano il rapporto con psicologia, psicoterapia e psichiatria.

Renzo Carli tratta tali questioni più volte durante la sua instancabile attività scientifica e professionale ma lo scritto – così come qui proposto – è inedito: le questioni discusse hanno alimentato il dibattito sulla professione psicologica nel nostro Paese a partire dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso, e, riteniamo, trovano echi nella contemporaneità. Se ne ricavano, pensiamo, riflessioni utili per leggere, da un lato, il fenomeno del moltiplicarsi delle psicoterapie, dall'altro, la crisi e le possibilità di sviluppo di una professione psicologico clinica che sia interessata a intervenire sui problemi posti dalla domanda entro la variabilità del contesto sociale (ndr).

Premessa

Si è ormai acriticamente consolidato nel nostro paese, e non solo nel nostro paese, un termine di matrice nordamericana che configura un'area di intervento equivoca nella sua delimitazione e nella sua metodologia, ma fortemente allusiva e quindi efficace sul piano della comunicazione sociale: la psicoterapia.

Penso che senza un'analisi critica solida e puntuale del termine, e dell'itinerario storico che ha segnato la sua affermazione nel nostro contesto culturale, ogni considerazione in merito rischia di rimanere nell'ambito di questa valenza allusiva.

Un primo dato su cui riflettere: la psicoterapia come prassi si è proposta e affermata in Italia successivamente all'istituzione dei Corsi di Laurea in Psicologia e all'ingresso nell'area lavorativa dei laureati in psicologia. Un'osservazione in proposito: gli "psicologi" esistevano anche prima del massiccio ingresso nel mercato del lavoro dei laureati in psicologia; ma ciò che caratterizzava l'operato degli psicologi prima dei Corsi di laurea non era certamente la psicoterapia. Ricordo, di contro, come in quell'epoca i pochi psicologi italiani (qualche centinaio) approfondissero temi quali l'orientamento scolastico, la ricerca motivazionale, la selezione, la formazione e la prevenzione degli infortuni nel lavoro: gli psicologi erano presenti negli istituti carcerari e di rieducazione minorile ove si sono proposte le prime esperienze di analisi istituzionale, poi diffuse in vari ambiti quali la scuola, l'ospedale, l'azienda, gli ordini religiosi.

Era l'epoca in cui si tentavano le prime esperienze di dinamica di gruppo e si esplorava la profonda efficacia formativa dell'interazione di gruppo; la vita emozionale appariva in tutta la sua complessità entro i processi organizzativi e si ponevano le prime relazioni tra organizzazioni e fenomenologia istituzionale. Anche da questa breve e incompleta esemplificazione può apparire la ricchezza e la vastità degli interessi pragmatici, professionali degli psicologi negli anni Cinquanta, Sessanta e nei primi Settanta.

Ripercorriamo la nostra storia

Sorge allora un interrogativo: perché con l'avvento dei Corsi di Laurea in Psicologia e con l'immissione di forze nuove nel contesto psicologico non si sono ampliati ed approfonditi quei campi di interesse degli psicologi italiani sopra ricordati? Perché, via via a datare da quel periodo, sembra che l'unico sbocco professionale possibile per gli stessi psicologi sia la psicoterapia? Ritengo che due fattori concomitanti e sinergici possano spiegare l'improvviso e, a mio parere, improvvido viraggio della pratica psicologica verso la "chimera" psicoterapeutica.

Un primo dato: i Corsi di Laurea in Psicologia sono stati realizzati a Padova e a Roma, sedi che per lunghi anni sono rimaste le uniche matrici della formazione psicologica. Ora Padova e Roma erano, negli anni Sessanta e Settanta, le sedi universitarie ove la tradizione psicologica aveva sperimentato con minore attenzione e capacità una pratica entro il contesto sociale. Mentre Milano, Torino, Bologna, Napoli. e in misura minore Firenze e Bari, avevano una tradizione di "lavoro psicologico" nelle aree prima indicate, ed in stretto contatto con la ricerca e la sperimentazione universitaria. Padova e Roma si distinguevano, per l'isolamento prettamente "accademico" degli psicologi universitari.

I motivi per cui proprio in queste sedi si pensò ad una formazione degli psicologi a livello di Corso di Laurea, e non più di Specializzazione, sono molteplici e di complessa decifrazione. Non è questa la sede per avviare un'analisi di tale processo che per altro ritengo di fondamentale rilevanza per una comprensione del movimento psicologico italiano.

Rimane comunque un esplicito dato di fatto: soltanto dove non esisteva una solida tradizione lavorativa ed una approfondita esperienza di formazione specialistica degli psicologi era possibile ipotizzare, progettare e realizzare un Corso di Laurea quadriennale in psicologia senza alcuna prospettiva professionalizzante e senza quelle strutture formative in grado di garantire, anche ad un livello minimale, una acculturazione realmente psicologica.

Siamo così giunti al secondo dato che intendevo sottolineare: la problematica struttura e la confusa funzione dell'esperienza formativa quale è stata proposta dai Corsi di Laurea in psicologia.

La formazione, nei corsi di laurea, si è di fatto organizzata intorno all'ipotesi di una possibile coesistenza, nell'ambito dei docenti, tra psicologi senza esperienza di intervento e psichiatri o psicoanalisti con esperienza pratica che esulava peraltro dal contesto sia tecnico che teorico della tradizione psicologica. Il tutto condizionato da un numero esorbitante di iscritti, caratterizzati dalle più eterogenee motivazioni:

studenti d'altronde che accettavano di accedere ad esperienze didattiche di sola matrice espositiva, entro Corsi, discipline, strutture che non rispondevano ad alcun progetto formativo condiviso e direzionato.

Perché? Per quale motivo migliaia, rapidamente trasformati in decine di migliaia di studenti di tutte le età e con le esperienze più disparate decidevano di "frequentare" psicologia. di accedere ad un Corso di Laurea, quello di Psicologia, così poco precisato; ed entro una Facoltà screditata, in declino ed in odore di estinzione quale Magistero?

Antipsichiatria, Psicoanalisi e Scuole di Psicoterapia

Penso che nessuno possa pensare di avere una risposta esaustiva ad un interrogativo così complesso e al contempo "datato". Siamo, è importante ricordarlo, agli esordi dell'Università "di massa", facilitata dalla liberalizzazione degli accessi, dei piani di studio e dalla ventata innovativa che nell'Università aveva apportato la contestazione studentesca degli anni a cavallo tra il Sessanta e il Settanta.

Siamo, inoltre, in un'epoca in cui si chiedeva, da parte di molti, la possibilità di un accesso facilitato alla laurea, agli anni in cui si denunciava ogni ostacolo elitario, culturalmente connotato, a tale perseguimento. Siamo anche agli anni in cui si facilitò istituzionalmente l'accesso universitario, creando al contempo una inusuale accelerazione delle carriere docenziali; questa accelerazione creò problemi e lacune nelle aree disciplinari senza tradizione, quindi senza un valido ricambio e supporto all'ampliamento rapido del gruppo docente.

Tutto questo, peraltro, non giustificerebbe il boom psicologico se al contempo non si desse uno sguardo anche all'area psichiatrica e al comparto rappresentativo dell'unica "psicoterapia" esistente allora nel nostro paese: la psicoanalisi.

Tutti ricorderanno la profonda crisi che, nel Sessantotto italiano, scosse la psichiatria ufficiale del nostro paese. È interessante notare che le critiche alla psichiatria organicistica tradizionale sorsero dal connubio tra posizioni psichiatriche avanzate e critiche (l'antipsichiatria) e contributi culturali provenienti dalla sociologia di impronta marxista. La bandiera antipsichiatrica radunò, nelle Università italiane, molto più numerosi gli studenti di sociologia, di lettere, di scienze politiche di quanti non fossero quelli in medicina. La contestazione alla psichiatria d'altro canto, prese due strade distinte e temporalmente successive: la prima vide una destrutturazione dei ruoli entro i servizi di salute mentale; teorizzazione di un movimento ove venivano meno non solo la pratica specialistica ma anche lo stesso oggetto di tale pratica, ove le componenti sociali più disparate si trovarono unite in una sorta di impresa fondata sulla mobilitazione ideologica e sul volontariato, al fine di un reinserimento dei "malati mentali" entro il tessuto sociale e di una definitiva demanicomializzazione della psichiatria. Parallelamente, con un' enfasi particolare nel periodo successivo a quello del movimento attivo antipsichiatrico l'attenzione fu posta sulla psicoanalisi, quale pratica e teoria che, emblematicamente, sconfermavano per altre strade la psichiatria tradizionale.

Se l'antipsichiatria fu un movimento aperto e partecipato, a profonda motivazione ideologica, l' enfasi sulla psicoanalisi ebbe connotazioni del tutto diverse: la psicoanalisi divenne un simbolo ma al contempo un luogo ristretto, fortemente elitario e quindi oggetto di desiderio, di invidia, di imitazione. L'antipsichiatria, evidentemente, in quanto movimento agito non poteva intrattenere rapporti con l'Università, e non solo a Medicina. Il "movimento psicoanalitico", in tutte le sue differenti articolazioni, trovò di contro nell'Università il suo luogo di sviluppo; il Corso di Laurea in Sociologia a Trento, in una prima fase e il Corso di Laurea in Psicologia in una seconda fase, furono l'epicentro di questo movimento che riconduceva all'interno della mente e alla liberazione delle energie vitali entro l'individuo quello che i movimenti contestativi tentavano di realizzare entro il contesto sociale.

I primi anni Settanta furono per gli studenti di Psicologia gli anni delle grandi aggregazioni attorno a psicoanalisti eterodossi, che con obiettivi poco chiari ma fortemente attrattivi mobilitarono interessi, adesioni emozionali impegnate in una sorta di partecipazione comune ad iniziative extrauniversitarie; iniziative che si ponevano confusivamente a mezzo tra il dibattito culturale e l'esperienza "partecipativa", nell'illusione di riprodurre in qualche modo quella formazione e quella legittimazione all'esercizio della psicoanalisi, riservata ufficialmente a pochi, e non certo agli psicologi. Questa domanda di appartenenza più che di formazione ad una tecnica si sviluppò moltissimo nel corso degli anni Settanta. È di quell'epoca la fondazione di molte scuole psicoterapeutiche e la diffusione in Italia di una quantità elevatissima di teorie e di tecniche genericamente etichettabili entro l'ambito psicoterapeutico.

Tale sviluppo segue, regolarmente, alcune tracce strutturali: si tratta prevalentemente di psichiatri, o medici che frequentano per qualche tempo i più diversi corsi, seminari, esperienze di vario genere negli Stati Uniti, gli stessi, una volta di ritorno in Italia, fondano le differenti Scuole di psicoterapia, che via via fungono da elementi aggregatori di psicologi o di mancati psicologi; tutti allievi caratterizzati dalla scarsa o nulla attenzione alla psicologia, dall'assenza di una qualsiasi rappresentazione della professionalità psicologica; tutti "educati" nei corsi di laurea o nel più ampio contesto sociale all'idea che la psicoterapia fosse l'unica realtà professionale percorribile. Tutti, o quasi, convinti che in tal modo con una esperienza di appartenenza i cui "costi" erano più o meno gravosi in funzione del significato simbolico loro attribuito dal sistema di appartenenza e dalla struttura di personalità dei "didatti" fondatori, fosse possibile accedere al sistema di potere attribuito alla classe medica e al modello fantasmatico rappresentato dalla relazione medico-paziente.

È questa l'epoca in cui, impropriamente, si inizia ad utilizzare il termine freudiano di "selvaggio" per indicare quella vasta ed incontrollata popolazione che costituisce l'area, generica, degli psicoterapisti. In realtà, è bene ricordarlo, all'epoca nessuno si definiva psicoterapeuta: le definizioni, fondate sulla teoria di riferimento e sulla Scuola di appartenenza erano quelle di psicoanalista, di psicanalista (senza la o!), di terapeuta familiare, di terapeuta cognitivista, sistemico, transazionale, ontopsicologo, gestaltista, bioenergetico, rogersiano, gruppoanalista, etc.

Modelli autoreferenti e psicoterapie "Private"

Questa psicoterapia, genericamente intesa, era e non poteva essere che una psicoterapia privata. L'accezione di "privato" non è legata solo al luogo e alle modalità di esercizio di quell'attività; il fatto, cioè, che si trattasse di un lavoro svolto entro studi professionali, senza alcun rapporto di dipendenza o di convenzione con Enti, strutture assistenziali, organismi pubblici.

La struttura privata è piuttosto collegabile a due dimensioni che, in altra sede, ho proposto di raggruppare entro la nozione di autoreferenza:

a - le psicoterapie in analisi sono autoreferenti perché fondano la definizione della problematica trattata sulle stesse basi teoriche che definiscono ed orientano il trattamento terapeutico. La più chiara di queste situazioni di circolarità autoreferenti è quella psicoanalitica: lo psicoanalista "cura" la nevrosi di transfert che è il prodotto del rapporto analitico stesso. Ma al contempo ogni riferimento nosografico, nell'ambito psicoanalitico, è vanificato dal fatto che l'intera classe delle fenomenologie "patologiche" è riscritta nei termini della teoria che fonda la cura; va inoltre considerato come, in questo ambito teorico-tecnico, venga meno ogni possibile distinzione tra le classi usuali di normalità e patologia.

Considerazioni analoghe possono essere poste per tutte le altre teorie "serie" dell'area psicoterapeutica. Per quelle non serie, non vale nemmeno iniziare una analisi in proposito.

b - Conseguenza del punto precedente è il fatto che 'la "domanda di psicoterapia" non è un'offerta di problema cui segue una diagnosi ed una terapia. Le persone che si rivolgono allo psicoanalista chiedono di fare psicoanalisi quelle che si rivolgono al terapeuta familiare chiedono la terapia familiare etc.

È anche interessante notare che, in questi casi, l'unica "diagnosi" possibile è l'analisi di fattibilità, e questo nel migliore dei casi. Ove per analisi di fattibilità si intende la reale possibilità di intraprendere il trattamento (quello specifico trattamento) con il paziente (con quello specifico paziente, e la sua disponibilità a lavorare entro il setting previsto, alle specifiche condizioni di tempo, di denaro... richieste).

Esempio di questo fatto è la richiesta, che ormai sempre più spesso ci si sente rivolgere dai giovani allievi psicoanalisti, di vedersi inviati "pazienti da quattro sedute"!

A questo punto mi sia consentito aprire una parentesi: non è mia intenzione porre in una luce critica questa tematica dell'autoreferenza. Pratico la psicoanalisi da molti anni, assieme ad altre attività di docente e di professionista in ambito psicologico. Ritengo che la "cura" psicoanalitica" sia utile a chi in essa si avventura, così come ritengo utile per la mia attività di ricercatore e di professionista psicologo l'insegnamento che quotidianamente mi deriva dalla pratica della psicoanalisi.

Ritengo inoltre che la cura psicoanalitica sia uno strumento fondamentale e necessario per far progredire la teoria e la tecnica in ambito psicoanalitico. Ritengo infine che la psicoanalisi con il suo progresso scientifico e teorico, possa dare un contributo importante alla psicologia in generale come anche alla psichiatria e più in generale alla "cultura" contemporanea. Considerazioni analoghe, penso, possono essere fatte per le

altre scuole psicoterapeutiche di rilievo. Ma questo nulla toglie alla struttura autoreferente e quindi “privata” delle psicoterapie tradizionali.

Ciò significa che queste differenti tecniche psicoterapeutiche non possono, non sono in grado, e per certi versi non sono nemmeno tenute a dare una soluzione ai problemi di salute mentale, di igiene mentale, ai problemi “psicologici” che nelle forme più disparate attraversano la nostra esperienza sociale, né sono in grado di orientare e attuare una politica di salute psicologica e di psicologia della salute.

Dall’antipsichiatria alla nuova utenza sociosanitaria

Ma torniamo ora al movimento antipsichiatrico, e più in generale alla storia dei servizi di cura e di assistenza, con particolare riferimento alla salute mentale.

L’antipsichiatria, esaurita la sua fase di contestazione e di denuncia, ha dovuto porsi in una prospettiva propositiva e realizzativa. Sotto il profilo legislativo la 180 ha sancito il definitivo superamento di una vecchia concezione manicomiale e detentiva della malattia mentale.

L’attuazione della nuova Legge, e al contempo la nuova strutturazione dell’assistenza sanitaria nel nostro Paese hanno posto problemi del tutto nuovi, e forse non previsti, agli operatori del settore. Operatori che hanno visto l’affiancamento degli psicologi agli psichiatri, agli infermieri e agli assistenti sociali della tradizione. Psicologi, è bene ricordarlo, entrati dalla porta di servizio nelle strutture sanitarie, come animatori, educatori o con le denominazioni più fantasiose in attesa di una Legge che ne riconoscesse la professione, e in posizioni di netta subalternità ai colleghi medici.

Ciò che è cambiato, negli ultimi anni e grazie al lavoro di sensibilizzazione e di cambiamento culturale dovuto anche all’antipsichiatria, è l’utenza dell’area psichiatrico-psicologico e la sua problematica. La vecchia utenza dell’“alta psichiatria” ben si prestava al trattamento psicofarmacologico unito al reinserimento sociale. Di psicoterapia, è bene ricordarlo, non se ne parlava neppure così come è bene ricordare che di guarigione, per questi malati psichiatrici “gravi” non se ne parlava e non se ne parla, se si affronta il tema realisticamente.

Ma non intendo qui dilungarmi su tale problematica. Per la nuova utenza, d’altro canto, la vecchia strada del farmaco e del reinserimento non era e non è percorribile. Tale utenza ha problemi e pone problemi di intervento diversi, disomogenei e spesso di difficile soluzione per i tecnici in essi impegnati.

In alcuni casi la nuova utenza proviene da un processo di “medicalizzazione” della devianza; tale processo si può giustificare più sul piano esigenziale, mentre lascia dubbi e perplessità per quanto concerne l’esistenza e l’utilizzazione di tecniche consolidate ed efficaci di intervento.

Penso soprattutto ai tossicodipendenti ma anche ad alcune situazioni di perversione o di caratterialità delinquenziale. In altri casi la nuova utenza si caratterizza per la problematica posta agli operatori, per la valenza del contesto nel dispiegarsi della problematica stessa e nella sua genesi.

Penso ad esempio alle madri preoccupate, alle difficoltà di socializzazione, alle reazioni emozionali intense conseguenti a conflitti familiari a difficoltà sul lavoro; penso alla vasta area dei problemi posti da persone insicure o insoddisfatte nella loro vita affettiva e sessuale. Penso alle vicende emotive che segnano specifiche categorie di persone, quali i sieropositivi o i malati di AIDS, le donne che hanno subito interventi di mastectomia o di isterectomia, le donne in gravidanza, i giovani che dopo anni di socializzazione protetta (università, specializzazioni, etc.) si trovano ad affrontare le prime difficoltà nel mondo del lavoro etc.

In tutti questi casi, è importante sottolinearlo, non sono utili, né è possibile applicare quella lettura nosografica fondata su categorie psicopatologiche, comunque orientate e teoricamente giustificate. Ma nel contempo non è percorribile nemmeno la strada delle psicoterapie: questa utenza, di fatto, non chiede né un trattamento psicoanalitico, né una terapia familiare, né una terapia cognitiva. Non chiede una “psicoterapia orientata”; non chiede nemmeno una psicoterapia, comunque la si voglia mettere.

Non chiede, di fatto, perché fa qualcosa d’altro: pone un problema. Vorrei proporre qui una osservazione che può apparire ai limiti dell’ovvio, ma che sembra comunque disattesa nel nostro ambito professionale. Un rapporto professionale è definito usualmente dalla domanda posta dall’utenza, dalla competenza del professionista e dalla congruenza tra le due cose. Tale congruenza è, di fatto, la dimensione più importante perché si possa stabilire un rapporto professionale, talmente rilevante da darsi usualmente come scontata.

Ciò è legato alla conoscenza che si ha, nell’ambito della cultura sociale tradizionale, delle differenti competenze professionali. Ora, la conoscenza nell’ambito “psicoterapeutico” è molto approssimativa; si veda, per tutte, la classica ricerca di Moscovici (1976/2009) sulla rappresentazione sociale della psicoanalisi. Ancora

più approssimativa è la conoscenza delle competenze offerte dagli operatori, psichiatri e psicologi, nei Servizi sociosanitari. Inoltre, e ciò è quanto più conta, non sembra osservi una congruenza tra problema posto e competenza attribuita, reale o pretesa del professionista cui ci si rivolge.

La congruenza, a volte, può apparire quale “offerta” dell’utente nei confronti dell’immagine “medica” del professionista; ma agire collusivamente una risposta medica al problema solo apparentemente “medico” dell’utenza sarebbe una modalità non utile e non coerente di strutturare la consultazione.

Perché allora, le persone con problemi i più vari e complessi si rivolgono ai Servizi stessi?

La risposta a questo interrogativo può apparire banale, ma ritengo sia, di contro, fortemente illuminante per il problema che sto trattando. Tale risposta è: perché questi Servizi esistono ed esistono entro un nuovo contesto. Questo nuovo contesto, a sua volta, prevede che l’aiuto “psicologico” non sia più riservato ai “matti”, ai “malati mentali”, ma possa essere una offerta di consultazione per tutta una gamma di problemi, difficoltà, per tutta una serie di interrogativi concernenti la propria esistenza, la propria esperienza, presso la popolazione che afferrisce ai Servizi stessi.

Se le persone si rivolgono ai Servizi sulla base di questa offerta, non è certamente la psicoterapia, o l’intervento psicofarmacologico che fonda le loro aspettative.

Ma la competenza “psicologica” non può nemmeno limitarsi ad un ascolto della problematica presentata.

L’analisi della domanda. Cenni teorici e indicazioni

È proprio alla luce di queste considerazioni che ho sviluppato una specifica teoria della tecnica, orientata al trattamento psicologico clinico della problematica posta dall’utenza e che ho proposto di indicare come analisi della domanda.

Ritengo che la funzione di base dello psicologo clinico, entro le strutture socio sanitarie sia quello di analizzare la domanda dell’utenza; ciò significa, in estrema sintesi, analizzare le simbolizzazioni affettive agite nel contesto relazionale dall’utenza tramite la domanda vale a dire tramite la proposta della propria problematica. Ritengo anche che funzione dello psichiatra o del medico nell’ambito delle prestazioni di base entro i Servizi stessi, sia quella di porre una diagnosi “medica” secondo quei modelli che caratterizzano la competenza di questi operatori.

La funzione medica e quella psicologico clinica, quindi, si pongono come differenziate ed integrate nelle strutture sociosanitarie, mentre operano in confusiva sovrapposizione entro quelle strutture psicoterapeutiche fondanti l’attività “privata”.

Ma veniamo ad alcune indicazioni della teoria della tecnica, al fine di impostare una tematica, quella della funzione professionale psicologico clinica, che deve trovare nuova via di espressione.

Ho proposto in differenti sedi teoriche (Carli, Paniccia & Lancia, 1988) di chiamare collusione l’insieme delle simbolizzazioni affettive evocate dal contesto nei differenti partecipanti alla relazione sociale. Il contesto evoca la collusione, ma quest’ultima è in grado a sua volta di influenzare ed orientare il contesto stesso; tra collusione e contesto, quindi, si propone una sorta di circolarità atta ad orientare “dinamicamente” la relazione sociale.

La collusione, se si accetta questa definizione, è quindi la manifestazione sociale del modo di essere inconscio della mente. Manifestazione che ha il suo luogo nella cultura del contesto, come anche nell’agito sociale.

La cultura, quale espressione delle simbolizzazioni affettive collusive, ha nel contesto sociale, lo stesso statuto assegnato alla rappresentazione del Sè nell’individuo.

La fenomenologia collusiva riveste un ruolo importante per l’economia psichica degli individui e dei rapporti sociali organizzati: è infatti in grado di evocare e di mantenere consenso e coesione sociali sulla base delle comuni, reciproche o complementari simbolizzazioni affettive del contesto, piuttosto che sulla verifica fondata sul “pensiero dividente ed eterogenico” quindi sulla valutazione “scientifica” di eventi, situazioni, rapporti.

Ma la collusione non è soltanto “economica”; la dinamica collusiva rappresenta anche la componente emozionale della relazione, e quindi comporta un coinvolgimento profondo ed implicante. Nell’ottica dei processi collusivi, la funzione del modo di essere inconscio della mente acquista una grande rilevanza adattiva entro la relazione sociale. L’inconscio, in altri termini, non viene più considerato come il serbatoio delle pulsioni e dei desideri istituzionali, inaccettabili per la coscienza vigile e valutante dei singoli individui “per bene”. La logica del sistema inconscio, di contro, quale si dispiega entro la processualità collusiva, consente di comprendere fenomenologie sociali, organizzative ed istituzionali che coinvolgono i singoli individui ed i gruppi sociali.

È questo un interrogativo, a mio modo di vedere cruciale, che può aiutarci a cogliere il senso della “psicologia clinica”, la sua proposta autonoma dalla psicoanalisi e dalle altre scuole psicoterapeutiche, orientando in modo coerente ed originale la funzione professionale dello psicologo nell’area dell’intervento.

Ho proposto di definire la psicologia clinica, almeno in una sua componente fondamentale, quale pratica di intervento (non necessariamente “terapeutico”) fondata sull’analisi della dinamica istituzionale “agita” dall’utente che pone la domanda di intervento stesso allo psicologo.

Ciò significa che il “problema” che interessa lo psicologo clinico non è la sofferenza, il disagio, la problematica, la sintomatologia dichiarata verbalmente dall’utente allo psicologo clinico, al fine di motivarlo a “prendersi cura” di lui, o ad occuparsi del caso che gli sottopone: concerne questo caso una persona, un gruppo, una famiglia, un’organizzazione sociale nel suo complesso od in alcune sue componenti specifiche.

Ciò che interessa lo psicologo clinico, in prima istanza, è la dinamica sociale che l’utenza istituisce con lui nel proporre la domanda di intervento e nel richiedere un rapporto “professionale”. È evidente che per compiere questa analisi del processo istituzionale la domanda di intervento, lo psicologo clinico deve necessariamente possedere un modello teorico ed una teoria della tecnica adeguati alla funzione che intende svolgere.

Tale modello può essere fondato sulla nozione di collusione e sulla simbolizzazione affettiva del rapporto professionale che l’utenza agisce con la domanda ed evoca, entro una sollecitazione di reciprocità collusiva, nello psicologo clinico.

Sottolineo come questo modello, pur mutuato dalla teoria psicoanalitica, e pur fondato sulla considerazione dei due modi di essere della mente, e del modo di essere inconscio quale protagonista della fenomenologia collusiva, si differenzia dal modello che fonda la pratica psicoanalitica in quanto dà rilievo alla definizione psico-logica di inconscio, e non intende agire collusivamente la dinamica istituzionale riproduttiva del modello medico.

È quindi evidente che, in questa occasione, la psicologia clinica non ha a fondamento della sua pratica una definizione “psicopatologica” del disturbo, del problema, della sofferenza o del disagio denunciati dal “paziente”. Può prendere in considerazione domande fondate su tali problematiche, analizzandole, così come può farsi carico di altre “tipologie” della domanda, dalle domande di formazione a quelle di soluzione dei conflitti sociali, dalle domande di cambiamento organizzativo a quelle di counseling, di orientamento scolastico e professionale etc.

Ciò che caratterizza lo psicologo clinico non è la problematica alla quale è abilitato a dare risposta professionale, perché la problematica che egli intende ed è qualificato a trattare viene riprodotta entro la dinamica istituzionale messa in atto all’interno della relazione di domanda dell’intervento.

In base a quanto affermato sino ad ora, si pone necessariamente un interrogativo: se viene meno la giustificazione “medica” all’intervento psicologico clinico, se non è propriamente la “terapia” il mezzo attraverso il quale si esplica tale attività, e non è quindi la “guarigione” del paziente l’obiettivo al quale lo psicologo clinico tende con il suo intervento, quali saranno mai le ragioni, i motivi, le aspettative che possono portare le singole persone, gruppi ed organizzazioni sociali a rivolgersi allo psicologo clinico?

La risposta a questo interrogativo può essere svolta a un duplice livello.

Da un lato possiamo considerare più approfonditamente i problemi posti dall’utenza degli “psicologi clinici” che lavorano nei differenti servizi sociosanitari e nelle più svariate strutture di assistenza, di intervento formativo, di psicologia scolastica, del lavoro, sportiva, carceraria, dell’esercito etc. Parlo in generale di psicologi clinici, pur differenziando l’utenza e la funzione dello psicologo, perché ritengo che, esplicitamente o implicitamente, intenzionalmente o in modo automatico, acriticamente ripetitivo, lo psicologo in tutti questi contesti tende a utilizzare, univocamente, una metodologia “clinica” e a far riferimento ad una teoria della tecnica che, ancora, possiamo chiamare clinica, pur salvaguardando la specificità e le differenze insite nei differenti contesti di intervento.

Ebbene, possiamo notare come la domanda dell’utenza, in questi ambiti non sia affatto una domanda di psicoterapia; proprio perché la problematica proposta non è riconducibile ad una nosografia psicopatologica. E quando questo avviene, quando lo “psicologo” forza la problematica che gli viene proposta per individuare il “malato”, per poter finalmente emettere una “diagnosi” a carico di qualcuno, il più delle volte tutto questo serve solo a mascherare una incapacità a comprendere ed a delineare il problema posto, ad individuare una linea di intervento coerente con l’analisi fatta. È molto più comodo definire e connotare l’altro come malato, riprodurre l’istituzione medica riappropriandosi del potere forte del “terapista” ed agire poi la ritualità terapeutica, spesso priva di senso e giustificabile solo all’interno della relazione di potere forte e di dipendenza così istituita.

La problematica posta dall'utenza è spesso formulata con le categorie della vita sociale, familiare, organizzativa: conflitti, incomprensioni, delusioni nel lavoro o nella scuola, difficoltà di gestione di gruppi sociali o di componenti dell'organizzazione, necessità di adeguamento a cambiamenti strutturali o culturali etc.; altre volte il linguaggio utilizzato inizialmente può essere di tipo medico-sintomatologico: insonnia, difficoltà alimentari, ansia, panico, sudorazione eccessiva, etc.: ma bastano poche parole o ancora meglio la pazienza di attendere un approfondimento da parte dell'interlocutore per ascoltare poi problemi che, ancora una volta, si situano entro l'ambito relazionale, sociale, organizzativo.

Si tratta di un'area problematica varia e differenziata che qui non è possibile esemplificare nella sua vasta gamma, e tantomeno classificare utilizzando qualche orientamento categoriale.

È un'area problematica che si manifesta allo psicologo clinico soltanto perché questa figura professionale, relativamente nuova per il nostro paese, sta proponendo da qualche tempo la propria disponibilità all'utenza più varia, da quella dei servizi socio sanitari alla scuola, alle aziende, alle organizzazioni operanti nei più vari comparti della società.

In questo senso la psicologia clinica non si pone quale area scientifico professionale in concorrenza con la psichiatria; quest'ultima, di fatto fonda la propria funzione sociale entro l'area medica e tratta con una utenza definita in base a criteri di tipo psicopatologico, siano pur essi descrittivi piuttosto che fondati su rigorosi criteri eziopatogenetici.

La psicologia clinica, inoltre non si identifica e non si pone in concorrenza neppure con le professioni "psicoterapeutiche" con la psicoanalisi o con la terapia familiare con la terapia cognitivista o con quella di modificazione del comportamento...; queste ultime professioni, infatti, non rispondono di fatto alla problematica dell'utenza ma danno una risposta alla domanda di realizzare "quella" specifica forma di psicoterapia: alla domanda di realizzare un'esperienza o un trattamento psicoanalitico, piuttosto che a quella di partecipare ad una terapia familiare o ad una gruppoanalisi.

Nella letteratura non esistono serie ricerche sul processo di scelta, selezione ed ammissione dell'utenza al trattamento psicoterapeutico da parte delle differenti aree professionali: ma è lecita l'ipotesi che vede quale fattore principale in tale processo di scelta la disponibilità di tempo per la terapia da parte del professionista e la sua aspettativa di nuovi "pazienti"; correlate, è ancora lecita l'ipotesi, alle aspettative di guadagno del professionista stesso. Se questo si dovesse verificare, attraverso indagini attendibili e rigorose, non ci sarebbe nulla di strano: credo piuttosto che una maggiore consapevolezza della caratterizzazione "privata" delle varie aree psicoterapeutiche potrebbe aiutare i professionisti in una più autentica precisazione della propria identità professionale e del proprio ruolo sociale.

La psicologia clinica è chiamata a fondare la sua prassi su precisi e specifici modelli che ne giustifichino la matrice, appunto, psicologica.

Il modello che qui intendo sottolineare è quello fondato sulla dinamica dei processi collusivi e sul fallimento della collusione quale dimensione problematica atta a giustificare e motivare la richiesta dell'intervento psicologico clinico ed al contempo quale problema riprodotto entro la relazione istituita con la domanda.

Status quo e sviluppo della psicologia clinica

Torniamo ora al problema della psicoterapia. E analizziamo, a tal fine, la genesi di una Legge (la 56/89) che sancisce la psicoterapia quale attività specialistica comune a medici e psicologi. Attività specialistica cui si accede con corsi almeno quadriennali pubblici e privati.

La genesi di questa legge, per la quale gli psicologi hanno dovuto, attendere troppi anni, ha avuto una motivazione di fondo strutturalmente errata; motivazione alla quale si è data troppo poca attenzione e che vedeva come unica possibilità e come unico interesse degli psicologi, dei nuovi psicologi usciti dai Corsi di Laurea come della vecchia generazione, quello psicoterapeutico. Di qui il timore, la preoccupazione che l'Italia fosse invasa da psicoterapisti selvaggi e la pretesa di porre una rigida barriera ostativa a questo "insano interesse", a questa "pretesa onnipotente". La cosa curiosa è che questa preoccupazione prese quelle stesse persone e quegli stessi gruppi che, dentro i Corsi di Laurea, di fatto dicevano ai futuri psicologi che l'unico, possibile sbocco professionale era dato da ciò che loro "insegnanti" già facevano, e cioè la psicoterapia.

Con la Legge 56, in altri termini è stata agita una diffusa fantasia collusiva, il cui tema di fondo era quello fondato sulla negazione o sulla vanificazione della professione psicologica, nonché sulla accentuazione della sola funzione psicoterapeutica. Questo, come sempre succede nella collusione agita, con la pretesa opposta:

quella di “riconoscere” gli psicologi ma di porre un argine solido alla loro pretesa di far gli psicoterapisti. Ai tempi del dibattito sulla Legge 56 di fatto, si è parlato solo di psicoterapia; e si è parlato solo di psicoterapia da tutte le parti in causa, psicologi compresi.

Le collusioni agite, d’altro canto, si trasformano tutte sistematicamente (perché lo sono ab initio) in profezie che si autoavverano; ecco allora che l’Ordine degli psicologi si sta già delineando come un ordine degli psicoterapisti; e al contempo la rigida selezione delle Scuole private abilitate alla formazione psicoterapeutica (si parlava allora di tre, quattro, massimo cinque scuole) si sta trasformando in una ammissione di massa a questa delicata funzione che, per la prima volta in Italia, viene conferita, in modo così massiccio ai privati. Per questo ritengo fondamentale distinguere non tanto la psicoterapia tra pubblico e privato quanto:

a - la psicoterapia, quale funzione privata, regolamentata dall’art. 3 della legge 56 e assegnata nella formazione alle Scuole che già operano nel mercato privato. Mia opinione è che, così ristretto, l’ambito psicoterapeutico si limiterà da solo, in funzione del mercato, e che la selezione avverrà automaticamente, in funzione dell’efficienza e dell’efficacia più che per l’interessata preoccupazione di qualche Solone, di fatto fautore dello status quo.

b - la funzione psicologico clinica e la funzione psichiatrica nei Servizi socio-sanitari. La funzione psicologico-clinica, inoltre, nell’ambito della più ampia classe delle strutture sociali.

Qui l’approccio all’utenza è complesso e fondato su differenti tecniche e teorie della tecnica, strettamente integrate. Tra queste funzioni può esservi anche una prassi che, genericamente; possiamo chiamare psicoterapia, ma che ben poco ha a che fare con la “psicoterapia” psicoanalitica, sistemica etc. del punto a.

Tali funzioni, per quanto concerne l’area psicologico clinica, possono essere distinte nel 1° livello caratterizzante la dimensione professionale della Laurea in psicologia e, nel 2° livello che prevede interventi specialistici da apprendersi nelle Scuole di Specializzazione, appunto, in Psicologia clinica.

Al 1° livello si prevede l’attività di accoglienza, l’analisi della domanda, l’assessment, la valutazione del potenziale, l’integrazione con le altre professionalità nel contesto organizzativo.

Il 2° livello prevede l’utilizzazione di tecniche di intervento individuali, di gruppo o di analisi psicosociologica volte a facilitare il perseguimento di specifici obiettivi discussi e concordati con l’utenza e con l’equipe di intervento, differenti nei vari contesti organizzativi in cui lo psicologo clinico si trova ad operare.

In sintesi, ed a conclusione di queste considerazioni, intendo proporre una linea strategica “culturale” nell’ambito della pratica professionale e della teoria della tecnica in analisi. L’orientamento strategico prevede l’attribuzione all’ambito privato delle pratiche psicoterapeutiche, definite in funzione delle diverse teorie di riferimento; prevede inoltre una differenziazione, entro le strutture sociali (quali le strutture operative del Servizio Sanitario Nazionale) tra psicologia clinica e specializzazioni mediche, in primis la psichiatria.

Seguendo questo indirizzo strategico si chiarirebbe, a mio modo di vedere, anche l’iter formativo nell’ambito psicologico, individuando specificità professionalizzanti per la didattica del Corso di Laurea e per quella delle Scuole di Specializzazione. Ferma restando la possibilità che il laureato in Psicologia, come quello in medicina possano accedere ai corsi di formazione delle Scuole private “riconosciute”, per una professionalizzazione. Questo orientamento potrebbe, e a mio modo con vantaggi non irrilevanti, dirimere alcune questioni che la Legge 56/89 ha lasciato ad uno stato di pericolosa confusione: diverrebbe importante, ad esempio, ridefinire e differenziare la valenza professionale ed il valore legale di titoli perseguiti con le Scuole di Specializzazione universitarie (in Psicologia Clinica come in Psichiatria o in Neuropsichiatria infantile) da un lato, con la frequenza quadriennale alle differenti Scuole psicoterapeutiche dall’altro.

Così come potrebbe essere rivista la possibilità che ad alcune Scuole private, come ad esempio le Scuole psicoanalitiche possano accedere anche laureati differenti da quelli in Psicologia e in Medicina, come era nella tradizione delle psicoanalisi pria dell’avvento della 56/89.

La differenziazione proposta, infine, potrebbe ridimensionare quella diffusione atipica e inflazionata delle psicoterapie quali tecniche fondate su specifici orientamenti teorici irriducibili agli altri limitrofi, e riconferire ad alcune di queste Scuole quella funzione di ricerca, sperimentazione ed approfondimento che hanno caratterizzato le loro origini.

Nel contempo, l’area formativa psicologica sarebbe stimolata alla ricerca ed al perseguimento di quelle funzioni professionali della psicologia, così ampiamente e disastrosamente disattese in questo ultimo ventennio.

L’analisi condotta in queste pagine testimonia di quanto sia radicato, diffuso e problematico il pregiudizio psicoterapeutico, rafforzato da un dibattito legislativo che ha sancito tale processo confusivo. Tutto questo

rende di grande difficoltà, e di questo ne sono consapevole, il perseguimento delle linee strategiche qui suggerite.

Ma tant'è; bisogna pur provarci, se ci si crede.

Bibliografia

Carli, R., Paniccia, R.M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica* [The group in clinical psychology]. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 46 del 24 02 1989. Legge 18 febbraio 1989, n. 56. Ordinamento della professione di psicologo. Retrieved <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1989/02/24/46/sg/pdf>

Moscovici, S. (1976/2009). *Psicoanalisi, la sua immagine e il suo pubblico* [Psychoanalysis, its image and its audience]. Paris: edizioni Puf.