

Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia

di Massimo Grasso*, Pietro Stampa**

Premessa

Questo contributo nasce come traccia di un intervento al simposio **La psicoterapia, correzione di deficit o promozione di sviluppo?**, organizzato dal gruppo “L’ Orto dei Semplici” nell’ ambito del XX Congresso della Sezione italiana della Society for Psychotherapeutic Research (San Benedetto del Tronto, 15-18 settembre 2005).

La scelta del titolo rispondeva, oltre che a esigenze di marketing (si tenevano altri 5 simposi in contemporanea al nostro), alla considerazione che la ricerca in psicoterapia è in larga misura caratterizzata da una (pericolosa) confusione tra fantasia e realtà.

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

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

Basta farsi un giro in autostrada e osservare (forse subire, anche) il comportamento standard di un automobilista italiano “medio”. Definireste un comportamento “normale” ignorare la distanza di sicurezza o sorpassare senza azionare la freccia a 130-150 chilometri orari? E immettersi da una rampa senza dare la precedenza, senza nemmeno guardare se dall’ autostrada sta arrivando un’ altra vettura? E gli automobilisti si accorgono almeno che questi comportamenti, statisticamente normali, sono folli?

Naturalmente, era solo un esempio: come si vedrà non intendiamo parlare di questo, ma di problemi epistemologici della psicologia clinica

Qui di seguito la versione definitiva del nostro lavoro, nella quale i riferimenti a Roger Rabbit e a Cartoonia — che, insieme ad alcune immagini di commento offerte in Power Point, avevano qua e là vivacizzato l’ esposizione orale — sono stati espunti (... un vero peccato!) per fluidificare quella scritta.

La ricerca in psicoterapia, sui suoi èsiti, sulla dinamica del suo processo, implica necessariamente un riferimento alla cornice metodologica che la contiene. Cornice che spesso, a nostro avviso, viene trascurata nelle sue implicazioni per la prassi clinica — e così per gli studi sulla sua efficacia — o addirittura data per scontata.

Viene da chiedersi quindi: quali indicatori scegliamo per affermare che una persona emotivamente sofferente, interiormente disarmonica, mal integrata in una rete di relazioni interpersonali — un paziente in psicoterapia, ad esempio — “sta meglio” o addirittura “guarisce”? Indicatori soggettivi piuttosto che oggettivi? Se oggettivi o oggettivabili, si possono rendere ostensibili in modo semplice e chiaro senza perdere informazioni preziose di tipo qualitativo? Ammesso che sia davvero importante quantificare i “progressi” esprimendoli in numeri, questi possono essere numeri reali? O non saranno numeri immaginari, come la radice quadrata di -1 ? (In un famoso racconto di Asimov,¹ il comportamento incongruo stimolo/risposta di un animale portato sulla Terra da un altro pianeta

* Professore ordinario di Psicologia Clinica – Università di Roma “La Sapienza”

** Psicologo clinico libero professionista, Roma; docente incaricato di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni educative – Università di Chieti.

¹ Isaac Asimov, *The Imaginary*, pubblicato su *Astonishing* nel 1942 — in italiano: *Quantità immaginarie*, in *Asimov Story* n. 2, “Urania” n. 626 del 2 sett. 1973, Milano, Mondadori.

veniva finalmente spiegato dai ricercatori inserendo nell' algoritmo dei tempi di reazione un numero immaginario).

Non siamo affatto sicuri che la psicologia clinica e la psicoterapia possano tollerare (non "seguire" o "rispettare": letteralmente tollerare) le stesse regole di funzionamento delle scienze naturali e delle prassi che a quelle corrispondono, in testa la biologia, la medicina, la chimica farmaceutica. Ma diremo qualcosa anche di economia e forse di antropologia simbolica, di linguistica e di politica culturale.

Ci danno lo spunto di occuparci criticamente della cornice di cui sopra alcuni contributi apparsi di recente su prestigiose riviste del nostro settore.

Alcune considerazioni critiche sul concetto di salute mentale

Sull' autorevole *American Journal of Psychiatry*,² in una rassegna curata da G. E. Vaillant (2003) come esito di un finanziamento del National Institute of Mental Health, sono stati presi in considerazione sei diversi approcci empirici alla salute mentale, secondo l' autore particolarmente meritevoli di attenzione.

Tra questi l' approccio della "psicologia positiva" e le relative opinioni in tema di salute mentale del suo esponente più rappresentativo, M.E.P. Seligman.³

Come scrive Vaillant:⁴

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

[...] La psicologia positiva è l' unico modello di salute mentale che lascia supporre la possibilità di innalzare un punteggio di 75 alla VGF⁵ fino a 90.

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

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

Siamo tentati di lasciare senza commento una tale paradossale affermazione ("*Nihil tam absurde dici potest, quod non dicatur ab aliquo philosophorum*" diceva Cicerone). Basti tuttavia considerare:

≈ l' impermeabilità di una tale visione del mondo a qualsiasi riflessione critica e quindi a qualsiasi possibile percorso psicoterapeutico;

≈ e, nel contempo, la singolare vicinanza di una simile affermazione ad una prospettiva che non esiteremmo a definire, secondo i canoni della tradizionale nomenclatura psicopatologica, *paranoide*.

Ma, ancora a proposito di salute mentale e ottimismo, in questo stesso lavoro di *review* sulle concezioni più autorevoli e documentate di salute mentale, Vaillant individua nella concettualizzazione

² *Impact factor*: 6.913.

³ Cfr. di Seligman i volumi: *Learned Optimism* (1991), *Authentic Happiness* (2002), *Character Strengths and Virtues: a Handbook and Classification* (2004).

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

⁵ *Valutazione Globale di Funzionamento*. Si tratta di un criterio di valutazione empirica della salute mentale utilizzato nel DSM.

della “salute mentale come benessere soggettivo” un modello cui prestare particolare attenzione per l’ influenza che ha avuto, che tuttora ha e per le prospettive che apre in tema di ricerca scientifica. Anche se l’ autore si rammarica che storicamente gli europei siano stati

scettici rispetto all’ interesse americano per la *felicità*.⁶

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

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

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

Così finalmente adesso sappiamo che “giovane, sana, ben educata, ben pagata, senza preoccupazioni e con ambizioni modeste” non possano più essere ritenute delle qualificazioni corrette della persona felice. La ricerca, seria e documentata (!), svolta in questi anni ha dimostrato che solo “religiosa, sposata, con un’ autostima elevata e un buon lavoro” possono essere mantenute.

Ed è in questo quadro che, anche se con un discutibile salto di piano logico, trova spazio l’ indicazione di una particolare ricerca, che anche di recente ha conosciuto echi perfino sulla stampa quotidiana del nostro Paese.⁷ La ricerca in questione si occupa di suore. Felici e longeve, a certe condizioni (ma non era necessario essere anche sposati?).

Tale ricerca, pubblicata nel 2001, ha un titolo che non lascia dubbi: “*Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings From the Nun Study*”. Uno degli autori, D.A. Snowdon (2001), ha addirittura pubblicato un libro sulla stessa tematica: *Aging with Grace*.⁸

La ricerca rivela come a 180 suore ventenni fosse stato chiesto di scrivere un’ autobiografia di un paio di pagine. Tra quelle che avevano espresso in maggioranza emozioni positive, soltanto il 24% morì entro gli 80 anni, mentre tra quelle che avevano espresso emozioni meno positive il 54% morì entro gli 80 anni.⁹

⁶ Corsivo nostro. Una nota di qualche interesse per il lettore italiano potrebbe essere la seguente. L’ “interesse americano” di cui qui si parla origina dalla Dichiarazione di Indipendenza del 1776, nella quale si legge che tutti gli uomini sono uguali e tutti hanno uguali diritti, tra cui quel “*pursuit of happiness*” che da allora ha ripetutamente improntato altrettanto la letteratura psicologica e pedagogica che l’ attività delle istituzioni e persino la giurisprudenza di quel Paese: innumerevoli decisioni dei giudici americani sono state e sono tuttora improntate a questo principio.

⁷ Cfr. inchiesta del magazine *Venerdì* del quotidiano *La Repubblica*, 1. luglio 2005: le notizie relative a questo studio — realizzato nell’ Università del Kentucky — sono riportate in un box titolato: “Il segreto della longevità? Sta in convento”.

⁸ Opera che si inserisce in un filone di dibattito che, pressoché ignorato (per ora) in Italia, è invece assai vivace negli Stati Uniti, almeno da quando, con la presidenza di G.W. Bush il fondamentalismo evangelico si è venuto sempre più strettamente saldando con la cultura politica conservatrice. L’ ingerenza del pensiero religioso in campo scientifico (si pensi al rinnovato ostruzionismo verso Darwin nei programmi scolastici, o al movimento anti-abortista che ha raggiunto picchi di violenza mai registrati in precedenza) è vivace anche nel campo della psicologia e della psichiatria. In risposta a numerosi studi tendenti a dimostrare i benéfici effetti della preghiera e della frequentazione dei luoghi di culto sulla salute fisica e mentale, il prestigioso *New England Journal of Medicine* pubblicò nel 2000 un contributo di Sloan & al. nel quale si metteva in evidenza come “prescrivere” ai pazienti tali pratiche sia da considerarsi inutile ed eticamente scorretto.

⁹ Confessiamo qui di esserci chiesti come fosse stato possibile implementare e portare a compimento una ricerca longitudinale durata come minimo 65 anni. L’ equivoco nasce dall’ esposizione di Vaillant — o da una traduzione italiana non del tutto chiara. In realtà, abbiamo potuto constatare controllando il testo originale di Danner, Snowdon & Friesen (2001), le note autobiografiche oggetto di studio non erano standardizzate: i ri-

Vaillant sostiene che proprio questo studio “mette in luce probabilmente il legame più convincente tra felicità soggettiva e salute”.

Ma — ed è qui che il salto di piano logico diventa evidente — la felicità o benessere soggettivo che dir si voglia non è possibile tanto guadagnarselo. Annota Vaillant:

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

Infatti, scopriamo che il “benessere soggettivo di due gemelli omozigoti cresciuti separatamente è più simile di quello di due gemelli eterozigoti cresciuti insieme (Tellegen & al., 1988)” e che

tra i fattori parzialmente ereditari che contribuiscono in modo significativo ad un livello elevato di benessere soggettivo vi è un basso livello del tratto di nevroticismo ed un alto livello del tratto di estroversione, l' assenza di alcoolismo e l' assenza di depressione maggiore (Diener & al., 1999).

Lo scetticismo che, in quanto europei, ci rimprovera Vaillant a questo punto cresce in considerazione della confusione di livelli che queste affermazioni contengono e della reificazione e semplificazione di concetti complessi che propongono.

È probabilmente lo stesso concetto di salute mentale “in positivo” ad essere una semplificazione. Forse una semplificazione pericolosa, aggiungiamo noi, dalle ben precise conseguenze sul piano socio-politico più vasto.

Scriva ancora Vaillant:

Si può dire che i recenti principali manuali di psichiatria non riportino alcuna seria trattazione della salute mentale concepita in positivo, cioè non solo come assenza di sintomi. Una ricerca computerizzata negli *Psychological Abstracts* a partire dal 1987 ha selezionato 57.800 articoli sull' ansia e 70.856 sulla depressione, ma solo 5.701 citavano la soddisfazione della propria vita e solo 851 menzionavano la *gioia*¹⁰ (Diener & al. 1999).

In questa direzione non ci si può, crediamo, non sentire in difficoltà a condividere, ad esempio, la prospettiva che individua il processo di selezione all' interno del programma Mercury, quello che negli anni '60 consentì di scegliere i primi sette astronauti americani, come il prototipo delle ricerche volte alla definizione scientifica della salute mentale:

Questo studio ha sottolineato sia l' importanza della salute mentale che i suoi legami con il senso comune. I sette astronauti effettivi non avevano solo curricula lavorativi esemplari, ma erano anche capaci di amare. Tutti provenivano da famiglie *intatte e felici*¹¹ di piccole cittadine. Intorno ai trent' anni, tutti si erano sposati e

cercatori ebbero accesso agli archivi della congregazione delle American School Sisters of Notre Dame e lavorarono su un materiale disomogeneo e nato per scopi a essa interni (controllo sociale, basi già pronte per futuri necrologi etc.). Di tutte le suore di Notre Dame esiste un documento di auto-presentazione, redatto al momento del loro ingresso nella vita conventuale: tutti quelli delle suore nate prima del 1917 furono utilizzati nella ricerca, estraendone attraverso indicatori linguistici le emozioni “positive” e “negative” successivamente correlate alla durata della vita. A prescindere dal metodo utilizzato per tale estrapolazione, come non chiedersi quale fosse il valore euristico di quei documenti? Ne riproduciamo — già tradotte da noi, per brevità — due qui di seguito. *Sorella 1 (low positive emotion)* — “[...] Ho trascorso il mio anno di noviziato nella Casa Madre studiando chimica, e il secondo anno al Notre Dame Institute studiando latino. Con la grazia di Dio, intendo fare del mio meglio per il nostro Ordine, per la diffusione della religione e per la mia personale santificazione”. *Sorella 2 (high positive emotion)* — “Dio dette principio alla mia vita infondendo in essa una grazia di inestimabile valore [...] L' anno che ho trascorso come novizia al Notre Dame College è stato per me molto felice. Ora attendo con gioia crescente di ricevere dalla nostra Madre Superiore l' Abito Sacro, e di trascorre tutta la mia vita in comunione con l' Amore Divino”. Ci sia dunque concesso di rimarcare tutta la nostra perplessità su questa ricerca.

¹⁰ Corsivo nostro.

¹¹ Corsivo nostro.

avevano avuto figli. Sebbene fossero avventurosi piloti collaudatori, avevano subito insolitamente pochi incidenti nei loro anni di attività come piloti, e anche nel periodo precedente. Potevano tollerare con facilità sia la stretta collaborazione interdipendente che l'estremo isolamento. Si fidavano degli altri e non si lamentavano in situazioni di disagio. Tolleravano bene sia le emozioni positive che quelle negative. Non essendo particolarmente introspettivi, gli astronauti indugiavano di rado sulle proprie emozioni interiori, ma erano capaci di descriverle se richiesto. Erano consapevoli dei sentimenti degli altri, ed evitavano le difficoltà interpersonali.

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

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

Ci sembra invece che queste affermazioni abbiano come riferimento principale più obiettivi di controllo sociale che non obiettivi "puramente" scientifici come si pretenderebbe di far credere.

Tanto da rischiare di giungere ad un risultato paradossale: se la salute mentale è dovuta, ad esempio, al fatto di appartenere a "famiglie intatte e felici", tutti possono sentirsi in diritto di preten-derne una. Quali sono infatti le domande che Vaillant, di tanto in tanto, nel suo scritto si pone? Ad esempio, domande come queste:

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

La risposta, rassicurante per i politici, meno per una comunità scientifica che si definisca tale, come accennavamo sopra c'è e, con ineffabile grazia, al momento opportuno viene cavata dal cappello a cilindro del prestigiatore:

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

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

La risposta c'è, si diceva. E il cerchio, comunque, si chiude. Ma, è opportuno registrarlo, sempre con maggiore difficoltà.

A proposito di benessere soggettivo come prevalente sull' ambiente, quale scienziato, ad esempio, potrebbe sostenere a testa alta questa scoperta, oggi, di fronte ai cittadini di New Orleans e alla tragedia che li ha travolti nell' autunno 2005?

Non che siano mancati, anche negli Stati Uniti, contributi critici relativi al concetto di benessere soggettivo come indicatore ovvero come fattore costitutivo della salute mentale. Sentiamo più vicino al nostro, per esempio, il punto di vista espresso in uno studio di Shedler, Mayman & Manis apparso nel 1993 sull' *American Psychologist*. A partire dalla sottolineatura presente nel titolo, "The *Illusion*¹² of Mental Health", gli autori assumono che

le scale standardizzate di valutazione della salute mentale non sono in grado di distinguere tra una genuina salute mentale e una salute mentale di facciata o illusoria prodotta dalle difese psicologiche.

¹² Questa volta il corsivo è dell' autore.

L' articolo presenta i risultati di un gruppo di ricerche basate sulla comparazione delle risposte di un gruppo di soggetti a questionari di auto-valutazione del proprio stato di salute mentale, e delle valutazioni cliniche eseguite in cieco sugli stessi soggetti dai ricercatori. Le scale utilizzate si rivelano tendenzialmente convergenti con i giudizi clinici — espressi sulla base del contatto diretto¹³ — solo quando i punteggi segnalano la presenza di situazioni di disagio, mentre ne divergono in modo statisticamente significativo nel caso opposto:

[...] i punteggi alle scale di salute mentale sono validi quando indicano situazioni di distress, ma ambigue quando indicano uno stato di salute. Se ciò è vero (e se sono valide le nostre stime cliniche), allora la relazione tra punteggi di autovalutazione in una scala di Nevroticismo e le valutazioni cliniche dovrebbe essere asimmetrica. Le persone che riportano distress dovrebbero essere giudicate in tale stato dai clinici, ma le persone che riportano salute potrebbero non essere valutate in modo corrispondente.

Questo modello asimmetrico è stato di fatto osservato [p. 1121].

Alcune considerazioni critiche sul concetto di disturbo mentale

Se la definizione di salute mentale naviga in acque agitate, anche quella complementare di disturbo mentale non sembra avere miglior sorte. Prendiamo a riferimento, ad esempio, quanto scritto recentemente da J.C. Wakefield (2004), stimato ricercatore della New York University, il quale, pur polemizzando (2005) con Vaillant “a causa di alcune confusioni concettuali” e del fatto che “purtroppo il suo articolo non contiene un’ analisi concettuale né dei sei modelli presi individualmente né del concetto di salute in generale”, nonostante questo, dunque, si trova preliminarmente ad attaccare quell’

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

Ma il rimedio individuato non sembra molto migliore del male.

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

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

In questo modello “dannosa” consiste in un termine valoriale che si riferisce a condizioni giudicate negativamente secondo gli standard socioculturali, e “disfunzione” in un termine scientifico fattuale basato sulla biologia evuzionistica che si riferisce al fallimento di un *meccanismo interno*¹⁴ nell’ esecuzione di una delle sue funzioni *naturali*.¹⁵

¹³ “La nostra fiducia nei metodi clinici qualitativi segue il principio che la comunicazione umana può coprire livelli multipli di significato al di là di quelli più esteriori o del contenuto manifesto, e che questi significati emergono più prontamente quando la comunicazione non è rigidamente strutturata (cfr. Weinberger & McClelland, 1990), e che un altro essere umano è il migliore (e forse, a tutt’oggi l’ unico) ‘strumento’ per registrare questi significati” (p. 1118).

¹⁴ Corsivo nostro.

¹⁵ Corsivo nostro.

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

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

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

Ancora una volta siamo costretti ad annotare quanto meno la confusione dei livelli di analisi: i concetti utilizzati si appiattiscono e perdono le loro connotazioni e le loro differenze.

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

Ne riportiamo, a titolo di esempio, due stralci:

È evidente, dalla documentazione storica ed antropologica , che i valori, le norme e le ideologie influenzano pesantemente ciò che le persone ritengono essere funzioni naturali, specialmente quando vi è un' insufficiente comprensione scientifica della “funzione” e della “disfunzione” (come avviene attualmente nel caso di molte caratteristiche mentali). Ma nulla di tutto ciò implica che il contenuto semantico del concetto di “funzione naturale” sia valoriale. Allo stesso modo, se i valori religiosi di una persona la conducono a rifiutare che la Terra ruoti intorno al Sole e ad affermare che la Terra ha meno di 7.000 anni, ciò non significa che i concetti “ruota attorno al Sole” o “meno di 7.000 anni” siano concetti carichi di valori, essi sono concetti puramente fattuali, descrittivi, veri o falsi che siano, riguardanti la Terra, indipendentemente dai valori di ciascuno, anche se le credenze di ognuno circa la loro applicabilità alla Terra sono ampiamente influenzate, o addirittura interamente determinate, da valori.

Ma, il porre la questione in termini di “verità/falsità” delle affermazioni suddette non implica già, di per sé, il porsi entro una prospettiva valoriale? E non implica quindi, a seconda dei contesti, trarre le necessarie conseguenze da quelle stesse affermazioni? Valga, per tutti, il riferimento alla vicenda umana e scientifica di Galileo.

E ancora, se

noi pensiamo che i medici sudisti anteguerra fossero ampiamente in errore nel classificare gli schiavi fuggiaschi come affetti da “disturbo di fuga degli schiavi” (*drapetomania*¹⁶).

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

E poi, c'è davvero tanta differenza tra uno schiavo “affetto” dal “disturbo di fuga degli schiavi” e il già ricordato cittadino di New Orleans giustamente, crediamo noi, disperato per quello che gli è successo e quello che continua a succedergli, ma quindi evidentemente non *felice*, e in base a ciò identificato non sano mentalmente in base al modello “salute mentale come benessere soggettivo”

¹⁶ Alla lettera “mania di darsi alla fuga”, nel senso di allontanarsi senza autorizzazione da un luogo obbligato; propriamente “disertare”: nel linguaggio militare greco *drapêtes* è il disertore.

— nel quale, lo ricordiamo ancora, il “benessere soggettivo” dipende da un fattore temperamentale in larga parte ereditario e sostanzialmente indipendente dall’ ambiente?

Alcune considerazioni critiche sulle metodologie di ricerca in psicoterapia

La ricerca clinica indirizzata all’ efficacia della psicoterapia intende registrare e misurare i “progressi” del paziente. Dicevamo che ci sembra necessario chiedersi verso quali modelli di “normalità psicologica” o di “salute mentale” sono orientati tali “progressi”. I contributi cui abbiamo fatto cenno hanno cercato di fare il punto su cosa sia accettabile oggi intendere con espressioni come “normalità psicologica” o “salute mentale”.

Se ne potrebbe trarre qualche (non auspicabile, ma non impossibile) èsito paradossale, come abbiamo provato ad ipotizzare in altra sede (Grasso & Stampa, 2005). Come si arriva al paradosso? Semplicemente declinando le estreme conseguenze di una visione intrinsecamente ideologica del problema, non riconosciuta dagli autori.

In alcuni casi questa visione ideologica potrebbe essere espressa come una equivalenza del tipo
conformismo = normalità = salute

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

Non si tratta qui, evidentemente, di contrapporre a una visione ideologica basata sulla valorizzazione del conformismo, una visione alternativa basata su altri valori (banalizziamo?, ma non tanto, poi: la creatività che nasce dalla differenza, la spiritualità che si alimenta di privazioni, il “confortante peso della responsabilità” di cui scrive Musil...). Si tratta di comprendere che questi modelli sono già paradossali in sé, sotto il puro profilo del metodo.

La radice ultima del problema, noi crediamo, sta nell’ uso in psicologia dei paradigmi scientifici su cui poggia la medicina.

Questo uso è altrettanto comune quanto improprio.

Alcuni anni fa, entro un gruppo di studio che si denominava “Circolo del Cedro”, avevamo dedicato al tema un certo spazio di riflessione (Circolo del Cedro, 1991b, 1992). L’ idea di partenza è di enunciazione relativamente semplice.

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

Questo atteggiamento della medicina è consentito dalla catena logica delle conoscenze che si snoda come una vera e propria gerarchia di saperi: fisica → chimica → biologia → fisiologia → patologia generale → patologie speciali → semeiotica... ognuna di tali aree disciplinari è “sostenuta” metodologicamente da quella che la precede nell’ elenco.

Ora, grazie a questa “piramide” concettuale, si può stabilire quale sia il funzionamento “ideale” — e di qui “normale” in un certo soggetto e in condizioni date — di un organo interno; e quale sia il *range* di variabilità che probabilisticamente definisce la sua possibilità di continuare a svolgere la propria funzione nell’ organismo; e (se possibile) come intervenire per far sì che la funzionalità stia dentro questo *range*. Se e quando ne supera i limiti inferiore o superiore, si definisce una patologia come difetto o eccesso: deficit anche in questo secondo caso, perché il punto è che la funzionalità “normale” è compromessa.

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

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

In assenza di una elaborazione teorico-tecnica che, già a partire dalla formazione universitaria, àncori la loro identità a una competenza intesa come “specificata” modalità di trattare i problemi posti dalla domanda socia-

le, gli psicologi clinici tendono a condividere una rappresentazione della loro professione come identificata-con o derivata-da “una” pratica: la psicoterapia.

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

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

≈ i problemi su cui si interviene vengono trattati come se fossero largamente indipendenti dalla contestualizzazione socio-culturale del rapporto domanda/offerta;

≈ l’ efficacia della prestazione è fondata su una concezione del cambiamento di tipo lineare, ovvero come intervento sui “disturbi” al fine di realizzare o ripristinare uno stato-modello di “salute”; così che

≈ viene praticata una modalità relazionale che presuppone la dipendenza “integrale” del committente-utente (il “profano”, cui non è riconosciuto un “sapere”) dal “tecnico”;

≈ la relazione tra problemi e prestazioni, in quanto si suppone fondata su leggi scientifiche e su “regole del gioco” consolidate dalla tradizione, si esprime attraverso una logica della prescrizione.

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

≈ una nosografia dettagliata centrata sui “disturbi”

≈ una diagnostica differenziale che riconduce e riduce la domanda a quella nosografia;

≈ strategie terapeutiche centrate sull’ eliminazione dei sintomi previsti dalla nosografia.

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

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

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

Potenti forze hanno spinto la psichiatria ad adottare questo “modello medico” per i disturbi psichici. Il cambiamento comincia negli anni Cinquanta e Sessanta, con la scoperta di trattamenti farmacologici efficaci contro la depressione, l’ ansia e i sintomi della schizofrenia. Queste scoperte spinsero il governo [degli Stati Uniti] e le società farmaceutiche a stanziare fondi per la ricerca sulle correlazioni genetiche e fisiologiche dei disordini psichici. Per definire questi ultimi e poter confrontare dati provenienti da studi diversi, è stato creato un nuovo metodo di diagnosi psichiatrica che traccia un confine netto intorno a diversi gruppi di sintomi, invece di vedervi una gradualità ininterrotta di emozioni causate da fattori psicologici, eventi del passato e momenti particolari della vita. Gli psichiatri delle università si interessano sempre di più alle cause neurofisiologiche dei disordini mentali. Le loro ipotesi sono trasmesse agli internisti nei programmi di formazione dei medici generici nei seminari. Infine, con il diffondersi delle assicurazioni sulla salute e la disponibilità di fondi federali per l’ assistenza sanitaria, le associazioni degli psichiatri hanno cominciato a fare pressione perché i disturbi di cui si occupano siano considerati malattie organiche come tutte le altre, e di conseguenza godano della stessa copertura assicurativa.

Fatti della psichiatria americana, si dirà. Se certe sostanze modificano l’ umore o il comportamento in un senso atteso e convergente con i desiderata del paziente, favoriscono gli stanziamenti a fa-

vore dei centri di ricerca, sono compatibili con le esigenze di controllo delle compagnie d'assicurazione, che male c'è?

Ma il "modello medico" è imperialistico, come lo è così spesso la cultura americana in altri settori della vita delle comunità. Dalla psichiatria "pratica" di impianto biologico il "modello medico" (e assicurativo) filtra nella psicoterapia: si potrebbe ricordare, al proposito, ad esempio il protocollo di intesa psicoterapeuta/paziente illustrato dal ponderoso e autorevole manuale (1986 [1989: pp. 586-87]) di Davidson & Neale? Lo riproponiamo così come era riassunto da uno di noi in un articolo di qualche anno fa (Stampa, 1990: p. 151):

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

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

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

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

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

Quale concezione utilizziamo della vita mentale, per definire "sintomi" alcune sue manifestazioni? In apertura d'un libro uscito quest'anno, Carli & Paniccia (2005: pp. 23-42) hanno messo a confronto la modalità psichiatrico-psicopatologica di formulare una diagnosi e quella propria della psicologia clinica, improntata all'analisi del processo relazionale che sostiene la domanda.

Per la prima modalità è stato preso il caso "La caffettiera" tratto dal *casebook* del *DSM-IV* (Spitzer & al., 1994 [1997]).

In breve. Il paziente è l'avvocato Evans, un uomo di 42 anni, inviato dal medico curante per una visita psichiatrica in relazione ai seguenti sintomi: astenia, perdita delle motivazioni, sonnolenza, cefalea, nausea, tendenza al ritiro sociale e difficoltà di concentrazione, con prevalenza delle manifestazioni nel week-end. Evans è in buona salute, non c'è anamnesi medica significativa. Lavora circa 60 ore a settimana, con ritmi frenetici, dovuti ai numerosi e impegnativi compiti che gli affida il suo studio legale.¹⁷ Il paziente vede a stento la famiglia, trascorre il week-end in stato di inerzia, e questo è causa di qualche frizione, ma non di una vera e propria crisi coniugale. Lamenta anche difficoltà a prendere sonno. Ha precedenti di abuso di alcol, ma non beve da circa 5 anni. Sta cer-

¹⁷ Notare qui un elemento del tutto "americano": Evans non è, evidentemente un libero professionista, come sono da noi quasi tutti gli avvocati che lavorano da soli o in piccoli studi, bensì un dipendente a stipendio presso uno dei tipici mega-studi che operano negli Stati Uniti, con pochi partner titolari e decine o centinaia di procuratori più giovani sottoposti a ritmi di lavoro massacranti.

cando di smettere di fumare (da due mesi), e assume al lavoro 4 tazze di caffè al giorno, mentre se ne astiene, appunto per timore dell' insonnia, durante il week-end.¹⁸

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

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

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

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

Soprattutto, nemmeno una parola del rapporto tra il paziente e lo psichiatra. O meglio: il rapporto inteso quale *dipendenza* del paziente dal medico, quella dipendenza che porterà lo psichiatra a prescrivere la sospensione dell' assunzione di caffè, è dato per scontato e non se ne fa parola in quanto implicito e culturalmente ovvio [...] A ben vedere, attribuire la perdita di motivazioni e la difficoltà di concentrazione, nel corso del fine settimana, all' assenza di caffeina è molto azzardato. È azzardato perché la diagnosi si avventura in un rapporto tra lavoro e motivazione da un lato, effetto farmacologico della caffeina dall' altro, ignorando completamente la simbolizzazione affettiva del lavoro e dell' impegno lavorativo in una persona che, palesemente, esplicitamente, parla delle proprie difficoltà in tale ambito [...] Il signor Evans — è lecito arguire tutto questo dal resoconto presentato — ha parlato dei suoi sintomi, prima al medico e poi allo psichiatra, per sottolineare il suo malessere nel fine settimana, ma *anche* per evidenziare il suo modo convulso di affrontare il lavoro nel corso della settimana. Parla della sua assunzione di caffè, è vero, ma parla anche del motivo per cui ne beve numerose tazzine: una sorta di stimolante, sia pur inadeguato, per poter sostenere il ritmo elevato del lavoro e l' impegno emozionale che il lavoro comporta per lui. Fermarsi all' assunzione di caffè, senza vederne le cause e senza cogliere ciò che il paziente comunica, è espressione di una miopia notevole e imbarazzante. Miopia che si rivela problematica, per l' inefficienza che comporta, nell' ambito del follow-up del caso: "Al signor Evans venne *consigliato* di ridurre il suo consumo di caffè durante la settimana, ma egli *constatò* di non poter funzionare adeguatamente senza il dosaggio abituale di caffè". Il povero signor Evans aveva fatto di tutto per comunicare il motivo del suo assumere caffè: la sua modalità frenetica di lavorare, l' ansietà e l' agitazione che il lavorare gli procurava. Nulla da fare: ciò che ne ricava, dalla consultazione psichiatrica, è il consiglio di ridurre il suo consumo di caffè. Si può capire, allora, la risposta del paziente che è del tipo: "Grazie, non importa".

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

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

¹⁸ E qui un' altra notazione antropologica: il caffè che bevono abitualmente gli americani è preparato per infusione, consumato in tazze grandi come quelle da tè, ognuna delle quali contiene almeno il doppio di caffeina del nostro espresso. Il paziente è uno di cui diremmo, da noi, che di caffè ogni giorno ne beve 8-10.

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

Le esperienze sensoriali portano talvolta a paradossi semiotici, come il seguente classico esempio. Una carie in un dente, che sembra gigantesca quando vi appoggio la lingua, è un sintomo soggettivo che posso riferire al dentista. Egli mi fa guardare allo specchio, e io resto sorpreso di quanto incredibilmente piccolo sia il foro — il segno obiettivo. La domanda è: qual è l' interpretazione "vera", quella ottenuta per via tattile o attraverso la percezione ottica. Quello che sento e quello che vedo non coincidono. Al dentista ovviamente non interessa l' ampiezza: egli riempie la cavità che vede.

È esperienza abbastanza comune che il sintomo (per ragioni che in definitiva hanno a che fare con il disegno evolutivo del sistema nervoso centrale dell' uomo) si riferisca a una parte del corpo diversa da quella in cui è effettivamente localizzato il danno. Nella coronaropatia, per esempio, il dolore è sentito in mezzo al petto, nelle spalle, nelle braccia, e spesso nel collo e nella mandibola: non dove si trova il cuore, "un po' in alto a sinistra" (Miller, 1978: p. 22). Tale erroneo riferimento è contrario alla funzionalità biologica, in quanto una interpretazione da profano potrebbe essere fatale.

È ben vero che le cose non stanno sempre così: se mi taglio un dito affettando il pane, posso constatare da me la presenza di una lacerazione, potrei descriverla anche in modo abbastanza preciso... Ma poi, non è proprio vero: se appena occorre valutare la profondità della ferita, l' eventuale interessamento di un tendine, la possibilità di un' infezione etc., mi accorgo subito che farei bene a non fidarmi delle mie osservazioni "ingenua": non solo perché incompetenti sotto il profilo della tecnicità (e tanto basterebbe), ma anche perché condizionate da fattori emozionali (terrore fobico del sangue? speranza di non essermi fatto niente di grave? disappunto per la perdita di tempo che comporterebbe andare al Pronto Soccorso?...)

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

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

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

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

Punti di vista numerosi e diversificati, conclusioni convergenti. Si pensi alla lucida, scomoda autocritica di Hathaway (1972 [1989]), ideatore con McKinley del MMPI, che alla fine di una carriera interamente segnata dal successo del più celebre e utilizzato fra tutti gli strumenti psicodiagnostici, ammetteva di non riuscire a immaginare nulla di meglio, per una valutazione di personalità, che un

colloquio clinico condotto da un professionista esperto.¹⁹ E ciò proprio perché, a suo avviso, i metodi di quantificazione dei fattori di personalità sono intrinsecamente inadatti a contenere la complessità del costrutto studiato. Non si possono applicare allo studio della personalità

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

Né ci sembrano sfuggire a questa vera e propria trappola epistemologica i tentativi più sofisticati di impostare in senso quantitativo la valutazione clinica, segnatamente entro i progetti di ricerca sull'efficacia delle psicoterapie.

Così uno di noi (Grasso, 2005) ha sintetizzato i termini del problema:

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

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

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

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

Il verdetto del Dodo non solo descrive in maniera icastica la paradossale conseguenza di un'incredibile mole di ricerche diverse, ma soprattutto segnala il pressapochismo procedurale e la povertà di contenuti teorici che ha caratterizzato soprattutto la prima fase della ricerca sull'efficacia della psicoterapia, la fase dell'*outcome research*.²⁰ la mancanza cioè di principi metodologici condivisi (*ognuno parte quando vuole e si ferma quando vuole*), all'interno di contenitori teorici approssimativi (*una pista vagamente circolare, la forma esatta non è importante*). La recentissima analisi critica di Drew Western & coll. (2004) mi sembra ponga in risalto proprio le difficoltà metodologiche insite in gran parte degli studi clinici effettuati e la pericolosità di un'estensione generalizzata delle conclusioni raggiunte in tali studi alla pratica clinica "reale". E metto tra virgolette "reale".

Ci avviamo a concludere. E ci piace farlo ricordando quanto scritto nel 1997 da Carli, il quale si affidava al famoso apologo dei porcospini, che Freud cita dai *Parerga und Paralipomena* di Schopenhauer, per segnalare alcune difficoltà proprie del processo di verifica in psicoterapia.

L'apologo è noto: un gruppo di porcospini assaliti dal freddo cerca la via migliore per riscaldarsi. Ma gli animali non possono stare né troppo lontani (la sensazione di freddo aumenterebbe), né

¹⁹ Si veda, a riguardo, quanto sostenuto da Sheldner, Mayman & Manis (1993), citati in precedenza.

²⁰ Nelle conclusioni dell'articolo citato in precedenza di Shedler, Mayman & Manis (1993) leggiamo: "[...] Gli studi sui risultati [outcome] delle psicoterapie presentano spesso risultati che lasciano perplessi e sconcertati. Per esempio, le differenze attese fra differenti modalità di trattamento (per es. terapia cognitiva, interpersonale o farmacologica) non sono mai risultate affidabili; e così le differenze attese nei risultati di trattamenti condotti da terapisti esperti o inesperti, da professionisti o da profani; misure multiple dei risultati spesso non si corrispondono e così via" (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986, per una rassegna).

troppo vicini (a causa delle spine che reciprocamente li affliggono). Vanno avanti e indietro finché non trovano una “moderata distanza reciproca”. Carli fa notare come i porcospini si riscaldino non trovando la giusta distanza, ma *proprio* perché vanno avanti e indietro: il riscaldamento deriva dalla ricerca stessa del calore, dal movimento.

La psicoterapia, se dunque vogliamo utilizzare e comprendere pienamente questa efficace metafora, configura un’esperienza da valutarsi all’interno del processo che realizza; e per questo deve ritenersi scorretto considerarla come un intervento di cui si debbano validare i “risultati”: la psicoterapia, e in particolare quella a orientamento psicoanalitico e la psicoanalisi stessa, conclude Carli,

è l’andare, non la strada per la quale vai.

Bibliografia

Barron, J.W. (a cura di). (1998). *Making Diagnosis Meaningful. Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. Washington D.C.: American Psychological Association. Trad it. (2005). *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Cortina.

Canguilhem, G. (1966). *Le normale et le pathologique*. Trad. It. (1975). *Il normale e il patologico*. Rimini: Guaraldi.

Carli, R. (1997). I porcospini rivisitati. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2, 89-98.

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

Circolo del Cedro (1991a, novembre). *La formazione alla competenza in psicologia clinica*. Fascicolo stampato in proprio e distribuito in occasione del seminario ad inviti, Roma, sede del Ministero dei Beni Culturali.

Circolo del Cedro (1991b). Tre Tesi e sei Questioni sulla psicologia clinica: Materiali per un confronto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 249-259.

Circolo del Cedro (1992). *La competenza psicologico-clinica: Riflessioni e proposte del circolo del Cedro*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 6-38.

Danner, D.D., Snowdon, D.A., & Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.

Davidson, G.C., & Neale, J.M. (1986). *Abnormal Psychology. An Experimental Clinical Approach* (IV ed.). Trad it. (1994). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Grasso, M. (2005, aprile). *Psicologia clinica come correzione di un deficit o come promozione di sviluppo negli insegnamenti delle Facoltà di Psicologia e di Medicina*. Presentato al convegno *Formazione e Ricerca in Psicologia Clinica*, Ischia.

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

Grasso, M., & Stampa, P. (2005, settembre). *Correzione di deficit vs promozione di sviluppo in psicoterapia: implicazioni per la valutazione e per la ricerca clinica*. Presentato al congresso Nazionale SPR./Italia *Ricerca in psicoterapia e qualità della cura*, San Benedetto del Tronto (AP).

- Hathaway, S.R. (1972). Where Have We Gone Wrong? The Mystery of the Missino Progress. In J.N. Butcher (a cura di), *Objective Personality Assessment*. New York: Academic Press. Trad. It. (1989). Dove abbiamo sbagliato? Il mistero del progresso scomparso. In F. Del Corno, & M. Lang (a cura di), *La diagnosi testologica*. Milano: Franco Angeli.
- Lambert, M., Shapiro, D., & Bergin, A. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In S.L. Garfield, & A. Bergin (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 137-211). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everybody Has Won And All Must Have Prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- McWilliams, N. (1998 [2005]). Relazione, soggettività e inferenza nel processo diagnostico, in Bar-ron (a cura di)
- Miller, J. (1978). *The Body in Question*. New York: Random House.
- Nesse, R.M., & William, G.C. (1994). *Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine*. Trad. It. (1999). *Perché ci ammaliamo?* Torino: Einaudi.
- Perry, C.J.G. (1965). Psychiatric Selection of Candidates for Space Missions. *Journal of the American Medical Association*, 194, 841-844.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism*. New York: Simon & Schuster.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Sebeok, Th.A. (1982, ottobre). Symptom. Presentato al III Semiotisches Kolloquium der Deutschen Gesellschaft für Semiotik, Hamburg. Trad. It. (1986). Sintomo. *Giornale Italiano di Psicologia Clinica*, 1 (1), 45-57.
- Shelder, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The Illusion of Mental Health. *American Psychologist*, 48, pp. 1117-1131.
- Sloan, R.P., & al. (2000). Should Phisicians Prescribe Religious Activities? *New England Journal of Medicine*, 342: pp.
- Snowdon, D.A. (2001). *Aging with Grace*. New York: Bantam.
- Spitzer, R.L., & al. (1994). *DSM-IV Casebook*. Washington D.C.: American Psychiatric Press. Trad. It. (1997). *DSM-IV: Casi clinici*. Milano: Masson.
- Stampa, P. (1990). "Malpractice": Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell'errore in psicologia clinica. In P Colamonico, G. Montesarchio, & C. Saraceni. *Psico-diagnostica e psicoterapia: parliamo di errori*. Roma: SIRP.
- Tellegen, A., Lykken D.T., Bouchard T.J., Wilcox K.J., Segal N.L., & Rich, S. (1988). Personality Similarity in Twins Reared Apart And Together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1031-1039.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1272-1284.
- Wakefield, J.C. (2004). Realtà e valori nel concetto di salute mentale: il disturbo come disfunzione

dannosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 439-464.

Wakefield, J.C. (2005). Il concetto di salute mentale: una critica a Vaillant. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 91-96.

Weinberger, J., & McClelland, D.C. (1990). Cognitive vs Traditional Motivational Models. In R. Sorrentino, & T. Higgins (a cura di.), *Handbook of Motivation and Cognition* (pp. 562-597). New York: Guilford Press.

Western, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-633.

Wilson, W. (1967). Correlates of Avowed Happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.