

L'autoreferenzialità in psicologia clinica e in psicoterapia

di Franco Di Maria* e Ivan Formica**

L'autoreferenzialità

Il termine «autoreferenziale» viene adoperato soprattutto in logica e serve ad indicare un enunciato che, in qualche modo, si riferisce già a sé stesso (si pensi, ad esempio, al paradosso di Epimenide, cretese, il quale afferma: «tutti i cretesi sono bugiardi»); la dimensione “autoreferenziale” permette di individuare il paradosso, secondo il quale lo stesso enunciato «tutti i cretesi sono bugiardi» andrebbe considerato, a sua volta, come una bugia.

In letteratura, troviamo numerosi esempi di autoreferenzialità. Basti pensare, ad esempio, al *Don Chisciotte della Manica* di Miguel de Cervantes, a *Se una notte d'inverno un viaggiatore* di Italo Calvino, a *Sei personaggi in cerca d'autore* di Luigi Pirandello. In altri termini l'autoreferenzialità compare tutte le volte in cui un autore si riferisce al suo lavoro all'interno del contesto del lavoro stesso.

L'autoreferenzialità è un concetto molto diffuso e utilizzato in matematica, filosofia, programmazione informatica, teoria dei sistemi e linguistica.

Solo di rado, invece, questo concetto viene utilizzato nell'ambito della psicologia. Dal nostro punto di vista, il tema dell'autoreferenzialità non può essere tenuto sottaciuto ma anzi crediamo sia un dovere etico e deontologico affrontare questo tema, in particolar modo nell'ambito della psicologia clinica e della psicoterapia, al fine di fare luce sui numerosi rischi che una posizione estremamente autoreferenziale potrebbe assumere nell'ambito di queste professioni.

Da un punto di vista prettamente storico, potremmo asserire che l'autoreferenzialità e la psicoanalisi nacquero insieme. L'autoanalisi compiuta da Freud può essere, infatti, letta come un tentativo di guardare le cose sempre con la stessa lente. Inoltre, riteniamo che anche l'invenzione della *resistenza* sia un esempio lampante di un atteggiamento autoreferenziale. Freud, infatti, affermava che se il paziente annuiva alle interpretazioni che lui forniva, ciò voleva dire che queste erano corrette; se invece resisteva (ossia poneva delle resistenze) equivaleva a dire, ancora una volta, che le sue interpretazioni erano sempre corrette ma che il paziente aveva difficoltà ad accoglierle in quanto inaccettabili. In altri termini, è come se dicessimo: “se viene testa vinco io, se viene croce perdi tu”.

Non crediamo che Freud si sia, invece, seriamente interrogato sulle resistenze che metteva in atto dinanzi alle resistenze del paziente.

Una direzione nel segno opposto la ritroviamo con la creazione del *Middle Group* (dove troviamo autori quali Winnicott, Fairbairn, Balint) sorto intorno agli anni '40 del secolo scorso allorquando la Società psicoanalitica britannica si ritrovò ad attraversare un periodo di forti contrasti derivanti dalla diversa posizione assunta da Anna Freud e da Melanie Klein. Questa disputa ebbe delle ricadute importanti e diede luogo a delle problematiche inerenti a chi doveva essere autorizzato a formare i futuri analisti. Si vennero, così, a creare due gruppi cui fu affidato il compito di curare il *training* degli studenti: il gruppo A composto da analisti kleiniani e il gruppo B composto da analisti vicini alle idee di Anna Freud. Ogni studente doveva avere due supervisori: il primo poteva essere scelto tra quelli appartenenti ad uno dei due gruppi; il secondo, per evitare rischi di una formazione unilaterale (potremmo dire autoreferenziale), non doveva appartenere a nessuno delle due correnti ma essere di

* Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Ordinario di Psicologia Dinamica, Università degli studi di Palermo.

** Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Ricercatore di Psicologia Dinamica, Università degli studi di Messina.

«mezzo». L'intento era quello di consentire ad ogni candidato la possibilità di operare liberamente le proprie scelte, pur all'interno del movimento psicoanalitico. Nacque così il cosiddetto *Middle Group*, che successivamente si autodefinì con l'aggettivo di indipendente (Lis, Stella & Zavattini, 1999).

Da gruppoanalista, Lo Verso (2006) ha avuto il merito di denunciare l'autoreferenzialità dei gruppisti rei, spesso, di essere rimasti miopi nei riguardi dell'evoluzione complessiva della psicoterapia e delle scienze che su di essa confluiscono. Nello specifico, ciò che Lo Verso rileva è, in particolar modo, un'attenzione insufficiente nei confronti dell'evoluzione internazionale, degli studi fatti in aree limitrofe a quelle della propria appartenenza, dell'evoluzione scientifica della psicoterapia e del lavoro con i gruppi. I testi su cui si studia e ci si aggiorna fanno riferimento, il più delle volte, alla parrocchia di ognuno di noi (che a volte è addirittura una chiesetta ma a cui si pensa come se fosse il mondo intero).

Fornero (2006) prevede che parrocchie e chiesette, in tempi di globalizzazione, non possono che proliferare (così come, del resto, gruppi dissidenti in tempi di certezze) essendo, storicamente, fenomeni che si danno in modi tendenzialmente proporzionali alla percezione diffusa di un'assottigliarsi e confondersi dei confini (ideologici, scientifici, etici, di ruolo, di genere, etc.).

L'autoreferenzialità come sedativo

L'acquisizione acritica, con la conseguente riproposizione, di pensieri, modelli, teorie trasmessi dai maestri della propria chiesetta di appartenenza, deriva, a nostro modo di vedere, da uno stato di diffusa incertezza e insicurezza che caratterizza chi svolge la professione di psicoterapeuta o di psicologo clinico soprattutto se si trova alle prime armi.

Facciamo un esempio: se un nuotatore si trova a nuotare in mare aperto e, ad un certo punto, il mare inizia ad agitarsi, cosa pensate farà il nuotatore? Cercherà un appiglio, uno scoglio ad esempio, un qualcosa a cui potersi appoggiare.

Più il mare si agiterà, più il nuotatore cercherà disperatamente un qualsiasi tipo di "salvagente" per potersi mettere in salvo.

Lo stesso dicasi per la psicoterapia. Non è un caso che il mare, insieme al viaggio, è una delle metafore maggiormente utilizzate per descrivere il lavoro clinico. Se la relazione psicoterapeuta-paziente si fa agitata, incontrollabile/incontrollata, lo psicoterapeuta cercherà appigli, sostegni su cui aggrapparsi. Tali appigli, nel caso della psicoterapia, il più delle volte sono i propri modelli di riferimento, il proprio apparato teorico, le frasi udite dai propri maestri.

I riferimenti ai propri maestri fungono, però, più come conferme del proprio operare che come stimolo alla ricerca ed al confronto; come se il contatto quotidiano con la sofferenza dei pazienti e nostra ci portasse a cercare rassicurazioni inevitabilmente più fruibili nel conosciuto e nella teoria, piuttosto che spingersi a rivedere e ripensare i nostri riferimenti e le nostre ipotesi metodologiche (Nosè, 2006).

Una domanda che potremmo, a questo punto, rivolgerci è: ma perché il lavoro clinico è in grado di generare così tanta incertezza, insicurezza, paura?

Potremmo rispondere, brevemente, ricordando che il "già noto" ci rassicura a differenza dell'ignoto che ci mette paura. Qualsiasi viaggio psicoterapico, che ci piaccia o no, è un viaggio nell'ignoto. Noi non conosciamo il tragitto, non sappiamo dove andremo, ogni singola tappa del percorso potrà nascondere insidie, difficoltà, inconvenienti. Ci saranno strade in salita, altre in discesa, ma noi non lo potremo sapere in anticipo ma soltanto in itinere. Ogni psicoterapeuta ha il compito di costruire un progetto terapeutico che, in qualche modo, delinea il percorso da compiere; ma, in ogni caso, il viaggio psicoterapeutico non diverrà mai un viaggio organizzato ma sempre da organizzare *step by step*. È un viaggio di cui non si conosce il fine e la fine.

Winnicott amava dire che lo psicoterapeuta deve stare dietro al paziente e recarsi nei luoghi in cui il paziente desidera condurlo.

L'unica cosa di cui disponiamo, e che più o meno conosciamo, è la nostra valigia all'interno della quale è depositata la nostra formazione, i nostri modelli appresi, la nostra esperienza, le nostre teorie di riferimento.

Ma la conoscenza, anche se dettagliata e competente, della nostra valigia, non rende il viaggio esente di insidie ed enigmi. In ogni caso si tratta sempre di un percorso i cui itinerari sono poco conosciuti.

Ha ragione Kavafis che, nella sua splendida poesia *Itaca*, afferma: “*Quando ti metterai in viaggio per Itaca devi augurarti che la strada sia lunga, fertile in avventure e in esperienze*”; allo stesso modo, anche per lo psicoterapeuta deve valere lo stesso principio: ossia deve riuscire a vivere e a so-stare nell'avventura di un viaggio, deve riuscire a visitare quei luoghi apparentemente nascosti, inaccessibili, minacciosi ma che possono consentire nuove scoperte, nuove conoscenze ed arricchimenti senza temere di perdersi nei meandri di sentieri poco noti e oscuri in quanto soltanto l'esperienza del perdersi può consentirci di poterci ri-trovare.

Purtroppo, invece, ciò che constatiamo è la paura di perdersi, il bisogno di certezze rassicuranti, di mappe sicure, di bussole che ci guidino ed orientino.

Proviamo, a mò di esempio, ad accedere nel campo mentale di un qualsiasi psicoterapeuta (specie se all'inizio della sua professione) e fotografare ciò che accade in lui quando si trova di fronte ad un paziente che parla, parla, parla, ma che per lo psicoterapeuta non sta dicendo niente.

Pensieri dello psicoterapeuta: “*non sto capendo nulla... cosa gli rimando adesso?... interpreto o non interpreto (classico dilemma amletico dello psicoterapeuta)... non mi viene nulla di intelligente da dire ma se non gli restituisco nulla cosa penserà di me il mio paziente? Forse che sono scarso ed inesperto... no, allora devo provare a verbalizzare qualcosa... che possa risultare credibile soprattutto per il mio paziente... magari poco importa se non è molto credibile per me, l'importante è che lo sia per lui... l'importante è che non mi avverta come impreparato altrimenti rischio di perderlo... e resterei solo con due pazienti... che tradotto in soldoni significa con solo poche centinaia di euro al mese*”.

Tale viaggio all'interno di un ipotetico campo mentale (e vi assicuriamo che non si discosta di molto dalla realtà) è la dimostrazione di quanto scritto prima, ossia di questo bisogno incessante di certezze, di appigli, di bastioni su cui poggiarsi.

L'autoreferenzialità diviene, pertanto, quel processo attraverso il quale, appoggiandomi ad un pensiero noto, addomesticato e conosciuto, riesco a sedare l'ansia di un viaggio senza navigatore satellitare.

Un'altra spiegazione potrebbe fare luce sul motivo per il quale la maggior parte degli psicoterapeuti che si accingono ad esercitare la professione, si sente smarrita, spaventata, timorosa: la sensazione che la formazione compiuta sino a quel momento sia evanescente.

L'evanescenza ha a che vedere con la sensazione di non poter toccare con mano. Esperienze come la scuola di psicoterapia, le supervisioni, i *workshop* clinici, l'analisi personale sono esperienze fortemente importanti, ma essendo intangibili sfuggono al clinico che si troverà a domandarsi: “come mai, nonostante tutta la formazione svolta, mi sento così impreparato e spaventato all'idea di dover incontrare un paziente? In fondo, di esperienze ne ho fatte tante e stando a quanto ci ha insegnato Bion (apprendere dall'esperienza) avrei dovuto apprendere tante cose. Perché allora mi sento così inadeguato e non all'altezza nel mettere in pratica ciò che ho appreso?”

La nostra convinzione è che non si apprende proprio nulla dall'esperienza, ma si apprende dal *pensiero sull'esperienza*.

Ma di quale pensiero stiamo parlando?

Dal “già pensato” al “da pensare”

Il fondamento per la crescita autonoma di ogni individuo è la dialogica continuità/discontinuità. La continuità consiste nel permanere nell'identità o nell'*idem* che determina nel mondo interno del bambino un'organizzazione di immagini e di concetti che riflette, ripete e riproduce quel tipo di conoscenza e di adattamento all'ambiente suggerito

dall'identità con la quale ci si identifica. Tutti i comportamenti quasi-automatici, abitudinari, irriflessivi che albergano in ognuno di noi non sono altro che l'espressione e l'esito del permanere nella fase della continuità, ossia di quella fase di permanenza nel dogmatismo fisiologico, inteso come necessità mentale per il bambino di avere un copione già scritta da recitare e coordinate inscritte nel registro dell'accomunamento, indispensabili per potere realizzare la sua esistenza.

Transitare dalla dimensione della continuità a quella della discontinuità (direbbe Napolitani: dall'*idem* all'*autòs*) equivale a riuscire a ri-scrivere il registro del già noto per aprire i propri scenari mentali al nuovo e all'ignoto; significa iniziare a pensare pensieri autonomi piuttosto che *pensieri già pensati* da altri altrove; equivale, infine, ad iniziare a parlare un linguaggio originale piuttosto che ripetere ecolalicamente parole già parlate da altri.

La discontinuità fonda anche la possibilità di evitare il rischio dell'autoreferenzialità come dogmatismo patologico, cioè la permanenza nel registro dell'accomunamento riflettente all'interno di un pensiero replicativo, in quanto fortemente saturato dal pensiero trasmesso dai propri maestri.

Nel caso della nostra professione, abitare l'universo della discontinuità implica, pertanto, la capacità di ri-pensare i propri modelli di riferimento, le proprie teorie e i propri paradigmi alla luce dei contesti e della singola peculiarità di ogni relazione clinica.

Situarsi, invece, nel registro della continuità, implica il recitare copioni già scritti e obbedire in modo dogmatico ai dettami, alle regole imposte ed in-segnate senza tener conto delle singole specificità. Significa far sparire il paziente con la sua storia.

Uno psicoterapeuta formatore che non consente l'accesso alla discontinuità, non fa un buon lavoro perché non fa altro che "riempire" la mente dei propri formandi destinate a divenire troppo blindate e piene di sbarre difficilmente varcabili per potere ospitare un pensiero diverso rispetto all'unico di cui sono stati investiti e di cui, in seguito, diverranno detentori; rimanendo così prigionieri all'interno del loro stesso campo mentale divenuto prigioniero.

Accade così che ciò che abbiamo imparato nel nostro percorso formativo, e cioè che la saturazione del pensiero è l'inizio di ogni psicopatologia, viene totalmente rimosso e sembra non valere quando diventiamo noi stessi formatori.

L'esito di una rigida continuità diviene, quindi, la creazione di un pensiero riflettente gli intenzionamenti dogmatici di un pensiero rigido altamente saturo, che non consente al soggetto di costruire un senso autonomo intorno agli accadimenti, in quanto saturati di senso. In altre parole, il pensiero riflettente addomestica l'evento nel registro del sapere già istituito.

Soltanto un'intelligente discontinuità, viceversa, permette la creazione di un pensiero riflessivo; ossia quel tipo di pensiero che riesce ad attribuire ad un evento un senso originale o una invenzione di senso. (Di Maria & Formica, 2005)

Così come ci ha insegnato Diego Napolitani (1987): *conoscere la realtà non significa semplicemente rispecchiarla in un proprio sistema percezione-conoscenza, ma significa invece inventarla; per cui scoprire la realtà è produzione di senso simbolico intorno al dato percepito.*

Pensiero riflettente e pensiero riflessivo seguono due percorsi differenti. Il primo segue la strada per cui l'accadimento viene filtrato dal registro dell'antiorità e del già noto e si trasforma in evento (da ex-venire) e cioè nell'attribuzione di un senso che avviene al di fuori dell'elaborazione soggettiva; il tragitto del pensiero riflessivo, invece, consente la trasformazione dell'accadimento in una attribuzione di senso frutto della *soggettiva* elaborazione trasformativa del pensiero; solo in questo modo l'accadimento si trasforma in invento (da in-venire) e cioè in originale, personale attribuzione di significato nell'ambito della concepitività e della attitudine trasformativa polisemica.

Detto in altri termini, la trasformazione dell'accadimento in evento rimanda al già noto, al già saputo; la trasformazione in invento, invece, propone il non ancora, il possibile, il trasformabile, consentendo la costruzione di un pensiero autenticamente generativo.

Autoreferenzialità sterile e autoreferenzialità generativa

L'accezione che, sino ad ora, abbiamo utilizzato del termine autoreferenzialità è stata negativa. In realtà, a nostro avviso, ciò non è sempre vero. Dal nostro punto di vista, infatti, sarebbe utile e corretto distinguere l'autoreferenzialità sterile da quella generativa.

La prima, di cui abbiamo scritto sopra, è appunto figlia di un'appartenenza, spesso rigida e dogmatica, ad una chiesa vissuta e percepita come l'unica chiesa possibile e pensabile. In questo caso, ci troviamo in presenza di un'accettazione fideistica di un modello che viene sentito essere come l'unico modello possibile e dove la chiesa diviene quel contenitore rassicurante e giustificante in grado di alleviare e/o sedare le ansie fisiologiche e/o patologiche che attraversano il clinico. Si tratta in questo caso di un'autoreferenzialità che ha più il compito di rassicurare e rispondere a bisogni interni, piuttosto che a motivazioni scientifico-professionali.

La seconda, invece, consiste in un'autoreferenzialità critica e consapevole, non necessariamente negativa, frutto dell'acquisizione di uno stile specifico che ogni psicoterapeuta dovrebbe mettere in scena nel suo lavoro individuale e/o grupppale. (Di Maria & Formica, 2007).

L'autoreferenzialità sterile sembra derivare dall'influenza derivante dal modello medico che sembra aver reso incerta l'evidenza empirica. Lo psicologo, orientato secondo la mimèsi del modello medico a diagnosticare lo stato di salute non può che fare riferimento al proprio indirizzo teorico, leggendo il "problema" del paziente in riferimento al modello terapeutico nel quale si è formato; in seguito, applicando le tecniche a cui è addestrato e leggendo il ripristino dello stato di salute in base alla griglia metodologica che a tali tecniche corrisponde (Del Corno & Lang, 2000). Quanto un tale processo anche in Italia sia ormai avanzato, è facilmente desumibile dai dati di una ricerca sugli enti di formazione psicoterapeutica, da cui risulta che la maggioranza degli psicologi finisce per riconoscere, dal punto di vista della propria appartenenza tecnico-professionale, quasi esclusivamente l'indirizzo e la scuola all'interno della quale si è formato (Lombardo *et al.*, 1991).

Se l'autoreferenzialità della psicologia clinica sembra gravemente minare l'evidenza e la riconoscibilità dei risultati terapeutici, va anche detto che la stessa parcellizzazione in scuole e indirizzi sembra agire in modo altrettanto confusivo sull'individuazione della specificità della psicoterapia.

Studiando il rapporto tra le specifiche tecniche delle varie scuole psicoterapeutiche, si è visto che i fattori di cambiamento sarebbero, per tutti gli indirizzi, di due generi: specifici (relativi al tipo di tecniche utilizzate) e aspecifici (che hanno scarsa attinenza con i modelli teorici e le prassi operative).

L'attimo fuggente

Facciamo un giochino:

Provate a leggere lentamente (una volta soltanto) la frase scritta in inglese che trovate sotto e immediatamente dopo provate a dirvi quante lettere "S" avete visto.

VIRGINIA WOOLF IS NOW RECOGNIZED AS A MAJOR TWENTIETH-CENTURY AUTHOR, A GREAT NOVELIST AND ESSAYIST, AND A KEY FIGURE IN LITERARY AS A FEMINIST AND A MODERNIST.

Dopo che vi siete detti quante lettere "s" avete visto, ritornate sulla frase e contate lentamente le lettere "s". Vi accorgerete che queste sono 9.

Molti di voi, in questo momento, si staranno dicendo: "ho sbagliato, io ne ho viste 3 piuttosto che 4 piuttosto che 7 e così via".

In realtà non ha sbagliato proprio nessuno. Infatti, ciò che vi abbiamo chiesto non è: quante lettere "s" *ci sono* nella frase ma quante lettere "s" *vedete* nella frase.

Dobbiamo smettere di pensare che dobbiamo vedere tutti la stessa cosa.

Nel bellissimo film del 1989 dal titolo "L'attimo fuggente", c'è una scena rimasta nella storia del cinema in cui il protagonista (Robin Williams nel ruolo di un docente) invita i suoi

studenti ad alzarsi dalle loro rispettive sedie, per salire sulla cattedra al fine di guardare le cose da angolazioni diverse.

Dice Robin Williams nel film: *“È proprio quando credete di sapere qualcosa che dovete guardarla da un'altra prospettiva. Quando leggete non considerate soltanto l'autore, considerate quello che voi pensate. Dovete combattere per trovare la vostra voce; più tardi cominciate a farlo, più grosso è il rischio di non trovarla affatto. Non affogatevi nella pigrizia mentale, guardatevi intorno, osate cambiare e cercate nuove strade”*.

La lezione che il film ci dona, ci fa venire in mente come a volte accada che dinanzi ad un paziente che tende ripetutamente a sfiorare l'orario di fine seduta, lo psicoterapeuta si chieda: che faccio?

Provo a chiudere in orario, così appago quella parte di me che deve aderire acriticamente a degli in-segnamenti appresi (nella fattispecie quello relativo all'importanza della durata della seduta), oppure gli concedo altri cinque minuti per consentirgli di finire il suo discorso?

E in questo altalenare tra le due forze contrapposte che agiscono dentro di noi, ci siamo persi l'obiettivo del nostro lavoro: ossia quelli di prenderci cura del nostro paziente (inteso come fruitore di un servizio).

Forse la domanda che dovremmo porci e che dovrebbe divenire oggetto di dialogo in seduta dovrebbe essere: “qual è il senso dello sfiorare per me terapeuta e per il mio paziente (a sua volta dentro una relazione)? Cosa significa finire in orario per il mio paziente e cosa significa per me? Che rapporti ho io, e che rapporti ha il mio paziente con le regole? Che ruolo hanno avuto le regole nell'ambito della storia familiare del mio paziente? Qual è la mia difficoltà a dire: “la seduta è finita”? Ovviamente potremmo proseguire all'infinito.

In altre parole, dobbiamo essere in grado di transitare dal registro della risposta (o chiudo in orario, oppure gli concedo altri cinque minuti) al registro della domanda (intesa come apertura di un pensiero, ricerca di nuove donazioni di senso che possano aiutare terapeuta e paziente ad ampliare le storie di ognuno e le loro trame relazionali).

Grazie al processo di identificazione, l'essere umano *ap-prende* (ossia prende stabilmente dentro di sé) tutto ciò che il collettivo (genitori, contesti in cui vive, gruppi dei quali fa parte, etc.) gli *in-segna* (gli segna dentro). Se la costruzione dell'identità può essere letta come l'esito di innesti continui che tendono a rendere il soggetto un perfetto replicante di copioni pre-costituiti, assoggettato ai propri gruppi di appartenenza, fortunatamente avviene anche un altro processo, consistente in un'attitudine espressiva che consente al soggetto nel suo cammino di costruzione del senso della sua identità, di ri-concepire il mondo che l'ha concepito.

Tale processo, che Napolitani chiama simbolopoietico, permette all'individuo di divenire curioso, di operare scelte originali, di farsi una propria idea della vita e di riguardare il mondo che lo ri-guarda.

La parola chiave è, quindi, creatività. Soltanto essendo creativi possiamo liberarci dai vincoli della cultura istituita. Soltanto se siamo creativi possiamo transitare dal registro della risposta al registro della domanda, e riuscire ad aprire orizzonti di riflessione nuovi ed originali che potranno permetterci di attribuire donazioni di senso, rispetto alla difficoltà di chiudere la seduta in orario.

Soltanto il pensiero creativo, essendo capace di creare e non semplicemente di recitare copioni già noti, è un pensiero legato alla crescita. È importante ricordare che il verbo crescere è l'iterativo del verbo creare. Crescere vuol dire essere capaci di produrre creazioni successive. In altre parole, più creiamo più cresciamo.

Riteniamo quindi che soltanto un pensiero creativo può essere in grado di sfuggire ai rischi di una posizione autoreferenziale. Dobbiamo, pertanto, essere in grado di sviluppare il nostro pensiero creativo. Un pensiero che, in questa sede, vogliamo definire “pensiero egregio” rifacendoci al significato etimologico del termine egregio, ossia fuori dal gregge. Soltanto un pensiero egregio, che è in grado di discostarsi dal gregge, dalla massa, dal già pensato, può caratterizzare una professione come quella della psicologia clinica e/o della psicoterapia.

Pensare politica-mente la psicologia clinica e la psicoterapia

Alla luce di quanto scritto, riteniamo indispensabile esercitare un'azione di ripensamento politico della psicologia clinica e della psicoterapia.

Il primo passo da compiere, in questa direzione, è a nostro avviso quello di ripensare il tema della formazione.

Oggi, assistiamo (sia nelle Università e che nelle Scuole di Psicoterapia) ad una parcellizzazione smisurata delle offerte formative, molte delle quali nate più da interessi di potere che da competenze reali. Circa 3.500 corsi di laurea presenti in Italia sono la triste testimonianza di un panorama frammentato e sterile.

Inoltre, quando ci riferiamo alla formazione in ambiti quali la psicologia clinica e/o la psicoterapia, non possiamo non evidenziare l'importanza di una formazione che non sia intesa unicamente come semplice trasmissione di tecniche o prassi operative perché così facendo perderemmo di vista la relazione clinica con le sue infinite specificità.

Dobbiamo, necessariamente, transitare da una formazione esplicativa (caratterizzata dalla trasmissione di contenuti e competenze da apprendere in forma replicativa) ad una formazione implicativa (intesa come spazio di elaborazione soggettiva dei significati che si strutturano nella specifica situazione di apprendimento).

Come afferma giustamente Grasso (2004), la formazione replicativa è scarsamente funzionale nel caso in cui si voglia acquisire, ad esempio, la capacità di utilizzare il proprio mondo emozionale come strumento di lettura della relazione in atto. Si possono, infatti, replicare comportamenti o addirittura intere sequenze di comportamenti ma non si possono replicare dimensioni emozionali a cui dar senso contestuale.

In questa direzione, alcuni autori (Salvatore & Scotto di Carlo, 2005), anche se da una prospettiva diversa, hanno sottolineato come la formazione universitaria, in ambito psicologico, abbia spesso assunto le caratteristiche di un puro e semplice trasferimento di conoscenze disciplinari, lasciando al singolo individuo, una volta ottenuto il titolo finale, il compito di creare un nesso tra l'apprendimento conseguito e il suo possibile utilizzo sul piano professionale.

Il modo di intendere la formazione in ambito psicologico clinico, *in primis* quella universitaria, deve pertanto iniziare ad essere intesa come un percorso di interrogazione continua, di accettazione della problematicità degli eventi e della mancanza di risposte univoche e rassicuranti nei confronti di tale problematicità. Ciò al fine, come afferma Grasso (2006), di riuscire a transitare dalla dogmatica assertività alla dimensione dell'esplorazione.

Spesso, avvertiamo alto il rischio di caratterizzare il percorso formativo più nel senso di determinare un'appartenenza che non in quello di acquisire una competenza.

Come scrivono Montesarchio e Venuleo (2006) bisogna riconfrontarsi con i temi della tecnicità che non deve essere più intesa come sterile riproposizione di sequenzialità rigide e ritualizzate, vincolate soltanto alla maggiore o minore aderenza ad una qualsivoglia ortodossia, ma come elementi che trovano il loro senso in ragione della relazione e del setting cui ci si riferisce.

Ciò comporta, sul piano formativo, uno spostamento da un addestramento all'uso della tecnica ad un *training* a pensare la tecnica e il suo utilizzo.

Infine, desideriamo spendere qualche parola conclusiva sul tema della valutazione delle psicoterapie. A nostro avviso, se vogliamo veramente provare ad uscire dalla dimensione autoreferenziale non possiamo ancora pensarla come gli psicoanalisti ortodossi che non consentivano l'ingresso di apparecchiature audio/video in quanto queste, a loro dire, avrebbero inquinato il setting. Noi crediamo che, se le registrazioni delle sedute possano essere utili al fine della ricerca e quindi a ri-pensare il lavoro clinico, ben vengano i setting inquinati.

La ricerca condotta in questi anni, oltre a dimostrare l'efficacia della psicoterapia e ad aumentare la conoscenza dei suoi meccanismi interni, ha consentito ai singoli terapeuti di pensare il lavoro ponendo in modo più consapevole l'importante questione della *responsabilità della cura*. Pensare ai trattamenti psicoterapici non più come arte (per quanto questo possa essere romantico e suggestivo) ma in termini di *metodi di cura*, implica il porsi, responsabilmente, il problema dell'efficacia, delle indicazioni comparative di trattamento, dei risultati ottenuti. Al di fuori dei quadri di ricerca strutturati, questo contribuisce ad elevare

l'attenzione etica a ciò che realmente si fa, a ciò che accade ai pazienti, ai limiti del terapeuta e dei suoi modelli di riferimento, ai drop-out, agli errori, ai fallimenti, ecc. In quest'ottica si è rivelato utile, per la comprensione del lavoro clinico, superare la tradizione analitico-psichiatrica che studia il caso centrando l'attenzione sul paziente, per osservare il dispositivo teorico-clinico e ciò che lo fonda: il fatto che il terapeuta crea il suo lavoro, ed attraverso questo "legge" il paziente e la sua storia.

Il confronto scientifico ha aumentato il dialogo, l'integrazione e il rispetto reciproco tra le scuole di psicoterapia. Si va progressivamente raggiungendo il traguardo di definizioni consensuali o comunque ostensibili su questioni importanti come la cura, i suoi metodi, gli obiettivi. E' più frequente lo scambio di strumenti, dati, esperienze cliniche, che contribuiscono a laicizzare la comunità scientifica professionale. A questo ha molto contribuito la fondazione dell'S.P.R., che oltre ad essere il principale punto di riferimento scientifico per gli studiosi del campo, punta a costituirsi come una sorta di 'banca' dove ognuno può immettere e prelevare conoscenze.

Tutto questo ci sembra (lo ribadiamo) un buon passo nella direzione di arginare l'irrompere di tsunami autoreferenziali.

Crediamo però che, per quanto utile, si parli troppo spesso di "efficacia clinica della psicoterapia", mentre non abbiamo mai sentito parlare, nemmeno una volta, di "efficacia clinica degli psicoterapeuti".

Riguardo "l'efficacia clinica degli psicoterapeuti", crediamo che questa debba essere la prossima direzione da intraprendere.

Bibliografia

Del Corno, F. & Lang, M. (2000). (Eds). *Psicologia clinica*. Milano: FrancoAngeli.

Di Maria, F. & Formica, I. (2005). La mafia interiore. In *MicroMega*, 3 (pp. 74 – 85).

Di Maria, F. & Formica, I. (2007). Riflessioni a due su "Note sparse per un confronto". In *Gruppi*, Vol. IX, 2 (pp. 119 – 122).

Fornero, S. (2006). Riflessioni su "Note sparse per un confronto" a proposito dei lavori di Girolamo Lo Verso e Flavio Nosè. In *Gruppi*, Vol. VIII, 2 (pp. 121 – 123).

Grasso, M. (2006). *Dall'asserzione all'indagine: appunti a margine delle esperienze di supervisione*. In: Montesarchio, G. & Venuleo, C. (Eds.). *Narrazione di un iter di gruppo. Intorno alla formazione in psicologia clinica* (pp. 158 – 173). Milano: FrancoAngeli.

Grasso, M. (2004). *Psicologia clinica e psicoterapia*. Roma: Kappa.

Lis, A., Stella, S., Zavattini, G.C. (1999). *Manuale di psicologia dinamica*. Bologna: Il Mulino.

Lo Verso, G. (2006). Fare gruppi di terapia analitica. Note sparse per un confronto. In *Gruppi*, Vol. VIII, 1 (pp. 111 – 116).

Lombardo, G.P., Stampa, P., Cavalieri, P., Ciuffo, E. & Farnese, M.L (1991). Strutture e risorse degli enti privati di formazione alla psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*. V, 1, pp. 113-146.

Montesarchio, G. & Venuleo, C., (2006). *Narrazione di un iter di gruppo. Intorno alla formazione in psicologia clinica*, Franco Angeli, Milano.

Napoletani, D. (1987). *Individualità e gruppaltà*. Torino: Bollati Boringhieri.

Nosè, F. (2006). Raccogliendo le note sparse di Girolamo Lo Verso. In *Gruppi*, Vol. VIII, 1 (pp. 117 – 119).

Salvatore, S. & Scotto di Carlo, M. (Eds.) (2005). *L'intervento psicologico per la scuola: modelli, metodi, strumenti*. Roma: Carlo Amore.