

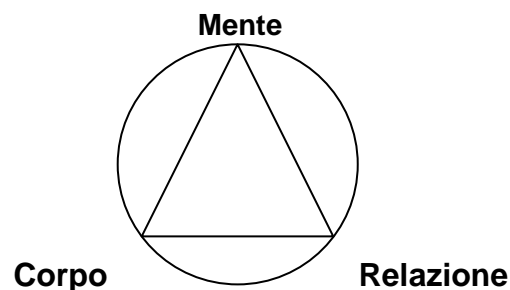
## La psicologia clinica

di Marie Di Blasi\* – Girolamo Lo Verso\*\*

Come immaginiamo sia accaduto ad altri riflettendo sul tema ‘La psicologia clinica’, ci siamo sentiti un po’ smarriti. Abbiamo letto la definizione proposta dal nostro collegio, ben fatta di per sé, e la cosa non è molto migliorata: la nostra ambizione epistemologica è uscita barcollante da tanta ampiezza. Proveremo, quindi, a contribuire con alcune riflessioni limitate, discorsive e dialogiche.

Ci troviamo oggi a condividere una concezione più ampia dello sviluppo della mente, all’interno della quale i fattori psichici (nella loro ampiezza sia intrinseca che di sguardo conoscitivo che su di essi si pone) possono essere guardati con più competenza clinica e in un’ottica relazionale attraverso il contributo di vari modelli psicologico-clinici (analitici, cognitivi, sistemico-relazionali, psico-somatici, ecc) e con l’integrazione di altri campi disciplinari (antropologia, neuroscienze, *infant research*, ecc).

In questa direzione, ad esempio, il modello mente-corpo-relazione con il quale da anni cerchiamo di creare un modello che aiuti un pensiero clinico complesso, ci sembra abbia fatto dei passi avanti verso una più piena maturità disciplinare, che ci rende meno difficile il compito di padroneggiare la complessità.



Accanto al ruolo tradizionalmente accordato alla neurotrasmissione sinaptica (Siegel, 2001), recenti studi delle neuroscienze (Pert, 2000), segnalano la presenza di un più diffuso e parallelo sistema extra-sinaptico (neurotrasmissione peptidica) che rappresenta il substrato biochimico delle emozioni. Nelle ipotesi della nota biologa Candance Pert, la possibilità di percepire ed esprimere liberamente le emozioni crea un equilibrio psicosomatico dinamico ed integrato che corrisponde ad uno stato di benessere vitale della persona. Quando invece le emozioni sono repressate, le vie biochimiche si ostruiscono bloccando il flusso di sostanze chimiche vitali per la nostra salute fisica e mentale. Alla luce di queste suggestive scoperte che segnano il definitivo tramonto dell’inutile dicotomia mente/corpo, risulta attendibile sia ritenere che tutte le malattie possano essere considerate ‘psicosomatiche’, sia affermare la centralità della dimensione *relazionale* che costituisce lo scenario reale ed immaginario all’interno del quale la nostra vita emotiva si dispiega (Lo Coco, Lo Verso, 2006).

Il raccordo tra queste problematiche e la pratica clinica è così forte da creare quasi una sovrapposizione di metodi, di prospettive, di oggetti di lavoro.

In un certo senso, psicologia clinica è in primo luogo *metodo psicologico-clinico*, e cioè una pratica che si dispiega all’interno di contesti relazionali definiti dalla soggettività dei clinici e dei loro pazienti, dalle realtà relazionali che si creano fra di loro, dai mondi da cui provengono, dalla cultura – antropologicamente intesa – in cui sono immersi, dagli obiettivi che si pongono, all’interno di setting creati come *situazioni relazionali* dove ciò che accade può essere vissuto emozionalmente, pensato e dotato di senso.

In quanto tale, il metodo psicologico-clinico è un metodo relazionale che ha un suo specifico disciplinare che non mostra molte condivisioni con discipline confinanti, con le quali invece presenta aspetti di forte integrazione a livello conoscitivo e spesso riguardo gli oggetti di lavoro.

Condividiamo con Carli la convinzione che la psicologia clinica sia *scienza della relazione*, ma sentiamo l’esigenza di una definizione che includa in modo più esplicito tra i suoi oggetti di analisi,

\* ricercatrice Università degli Studi di Palermo

\*\* Professore ordinario di Psicologia clinica Università degli Studi di Palermo

*la relazione in atto nel momento dell'incontro, i partecipanti della relazione, i mondi relazionali interni ed esterni in cui essi hanno vissuto e vivono, il contesto relazionale ed istituzionale in cui la situazione relazionale si dispiega.*

Condividiamo anche l'asserzione del nostro regolamento in cui si definisce la psicoterapia come l'ambito che più caratterizza la psicologia clinica; tuttavia, pur riconoscendo che i due ambiti hanno considerevoli scambi ed integrazioni, riteniamo che non vadano sovrapposti.

La psicologia clinica dispone di quadri teorico-metodologici e di campi di applicazione decisamente più ampi. In essa concetti importanti anche per la psicoterapia quali quelli dell'analisi della domanda, il campo, il contesto, le istituzioni, diventano imprescindibili. Temi quali il disagio, la diagnosi, il sociale, le relazioni interpersonali, diventano per la psicologia clinica il diretto campo di lavoro e di ricerca. Senza questi produttivi contributi, sarebbero impensabili gli interventi clinici nelle nuove frontiere del lavoro clinico-sociale come, ad esempio, le relazioni d'aiuto nel lavoro di strada, gli interventi con adolescenti a vario titolo in difficoltà (antisociali, istituzionalizzati, etc), configurazioni cliniche inedite che sempre più frequentemente ci impegnano nella costruzione di 'nuovi setting' che se condotti attraverso consapevoli ed adeguate formazioni di tipo clinico-terapeutico, possono produrre innovazioni e conoscenze stimolanti anche per la riformulazione di teorie e tecniche. Senza un approccio psicologico-clinico ampio, non avremmo certo potuto studiare, per quanto ci riguarda, la *psiche mafiosa* né comprendere le connessioni tra mafia, mondo interno e familiare, sociale e dimensione antropologica (Lo Verso 1998; Lo Verso, Lo Coco, 2002).

Pur essendo di recente anch'esso utilmente ibridato da conoscenze provenienti da altri campi conoscitivi, riteniamo che il lavoro psicoterapeutico, di contro, debba essere definito come un ambito più *ristretto e specifico*.

La psicoterapia è una pratica di cura mirata al benessere delle singole persone e in quanto tale richiede di assumere per certi aspetti ottiche e responsabilità di tipo sanitario. Questo non vuol dire che la psicoterapia, e ancor meno la psicologia clinica, agisca con metodi e prospettive epistemologiche di tipo medico-obiettivistico. I suoi oggetti di lavoro sono la relazione, la soggettività, i vissuti, le emozioni, i significati; né essa può utilmente ricalcare, come sottolinea Carli, la 'mimesi ortopedica' nell'intento di ridurre nelle persone lo scarto tra un funzionamento problematico e un adattamento a modelli di funzionamento socialmente condivisi.

Tuttavia, la psicoterapia, per come la intendiamo a partire dalla nostra pratica quotidiana, non è nemmeno, per le persone che vi ricorrono, l'ambito relazionale in cui si realizza soltanto l'esigenza di un'esperienza esistenziale, di un percorso di conoscenza personale ricco e stimolante. Le persone che si rivolgono a noi mostrano, con livelli diversi di intensità e consapevolezza, sofferenza, malattia, disagio mentale caratterizzabili come disturbi relazionali - legati ai mondi interni e familiari - che intrappolano il loro sviluppo e la loro vitalità, che impediscono loro di avere, di vivere, di sentire le relazioni con gli altri in modo autentico e soddisfacente con conseguenze di limitazioni e sofferenze psichiche.

Riteniamo di relativo interesse stabilire se e in quale misura questi disturbi relazionali siano riconducibili a categorie diagnostiche di tipo psichiatrico; a nostro parere, ciò che caratterizza l'approccio psicologico-clinico alla sofferenza come più adeguato, è la capacità di focalizzare lo sguardo, attraverso la relazione terapeutica co-costruita con il paziente, su quegli aspetti del mondo interno e familiare connessi e implicati nella genesi della sofferenza stessa. È attraverso questa lente, incessantemente calibrata dalla relazione terapeutica, che le problematiche relazionali rigide, intrappolanti, invasive e, quindi, patologiche della sofferenza prendono senso aprendo la strada alla possibilità di un più o meno evidente recupero della vitalità psicologica e relazionale della persona.

Il concetto di *cura* e quello di *guarigione*, fuori dai quadri epistemologici della medicina, rimangono, in questa prospettiva, cardini imprescindibili che indirizzano la pratica psicoterapeutica, la sua etica e i suoi obiettivi.

All'assunzione della funzione di cura rispetto alla sofferenza mentale e alla conseguente assunzione di responsabilità terapeutica, colleghiamo, altresì, il nostro interesse per la ricerca e per la valutazione e l'importanza che accordiamo ad alcune caratteristiche dei percorsi formativi.

Iniziamo dalla valutazione per ribadire in modo conciso la nostra nota posizione di chiusura e disinteresse verso piani di ricerca orientati da logiche riduttive ed obiettivistiche, nonché verso la

manualizzazione dei trattamenti che di queste logiche, coniugate con interessi economici, raffigurano il risultato.

Negli ultimi due decenni non è possibile negare che la diffusione di progetti di ricerca di valutazione delle psicoterapie all'interno della nostra comunità scientifica abbia contribuito, direttamente ed indirettamente, a dei cambiamenti significativi che riguardano molti aspetti del lavoro terapeutico, ma anche del lavoro clinico più in generale.

Innanzitutto un cambiamento culturale ravvisabile in una aumentata capacità di dialogo, confronto, scambio tra modelli e teorie differenti spesso facilitata dal doversi confrontare non solo su evidenze empiricamente fondate, ma anche su dati contraddittori, incerti e difficilmente interpretabili, su questioni che rimangono aperte.

Prendiamo, ad esempio, il problema dei 'fattori comuni o aspecifici': al di là di un iniziale turbamento, il tema consente a tutti di ripensare alcuni luoghi comuni di cui per lungo tempo ci siamo nutriti, come il fatto che l'importanza accordata al mondo interno sia una questione che riguarda soltanto gli analisti o che l'attenzione ai sintomi sussista solo nelle terapie cognitive.

Il confronto intersoggettivo sui temi della ricerca, ha aiutato la comunità scientifica negli ultimi decenni a pensare alla psicoterapia come una *scienza specifica* che si caratterizza innanzitutto come *metodo di cura* che come tale deve essere in grado di comunicare con chiarezza, rendere ostensibili metodologie, obiettivi e risultati.

La questione della responsabilità della cura aiuta a nostro avviso i terapeuti a porsi in modo più consapevole il problema dell'efficacia, delle indicazioni, dei risultati e quindi un'*attenzione etica* verso ciò che realmente si fa, su ciò che accade ai pazienti, sui limiti dei modelli, sugli insuccessi delle terapie.

A questa maggiore capacità di guardare se stessi e il proprio lavoro, ha contribuito lo spostamento del focus della ricerca - inizialmente centrata solo sul paziente - verso il setting e il terapeuta, il quale crea e gestisce il dispositivo di cura attraverso cui può leggere la sofferenza del paziente.

In questa direzione, nella nostra esperienza e in quella di molti autorevoli colleghi, si è rivelato utile per la comprensione del lavoro clinico, un superamento della tradizione analitico-psichiatrica che studia il caso centrando l'attenzione sul paziente come se fosse possibile un'ossequazione a-contestuale, per orientarsi a studiare con maggiore cura il *setting*, il dispositivo teorico-clinico e ciò che lo fonda, il fatto che attraverso la costruzione del setting il terapeuta *crea* il suo lavoro ed attraverso questo 'legge' il paziente, la sua storia, la sua sofferenza.

Assumendo questa prospettiva ci è apparso sempre più chiaro che nella psicoterapia il quadro procedurale ha delle caratteristiche specifiche che vanno riconosciute ed esplicitate. *Il setting terapeutico non esiste in natura*: esso è un contesto relazionale artificiale, una costruzione culturale, concettuale, tipica dell'occidente dell'ultimo secolo (da Freud in poi). Come scrive T. Nathan (1996), il setting è un quadro tecnico, un dispositivo totalmente 'costruito' dal terapeuta entro il quale ciò che accade viene concepito *come se fosse 'naturale'*.

Il quadro teorico e quello tecnico hanno proprio la funzione di costruire un dispositivo all'interno del quale ciò che accade nella relazione terapeutica si iscrive in un'operazione di costruzione di senso *indotta* dal dispositivo stesso: *ciò che accade nel nostro lavoro accade e acquista senso proprio perché è all'interno di un setting*. È proprio questo aspetto di costruzione che lo caratterizza come una dimensione che essendo al di fuori delle dinamiche quotidiane, rende possibile la creazione di uno spazio mentale all'interno del quale vengono vissute e condivise vicende psichiche e relazionali significative e profonde.

Tale campo mentale, sia esso gruppale, duale, familiare o integrato non viene definito una volta per tutte, ma si costruisce e si auto-organizza attraverso la rete di comunicazione condivisa tra paziente e terapeuta.

Il quadro procedurale, inoltre, in quanto derivato da specifici vertici teorici, epistemologici e clinici, determina la visibilità e la pensabilità degli eventi che si presentano sulla scena terapeutica: *gli accadimenti stessi mutano la loro conformazione e il loro significato in base al setting in cui si presentano*. Infatti, in funzione di specifici aspetti teorici, metodologici e clinici, ogni psicoterapia focalizza l'attenzione sui modelli di attaccamento, sui conflitti intrapsichici, sulle ideazioni disfunzionali, sulle trasformazioni corporee delle emozioni, sulle relazioni gruppali o familiari, e via dicendo.

Tutto ciò evidenzia ulteriormente l'importanza della capacità del terapeuta di riflettere sui propri modelli procedurali e teorici per meglio adattarli alla situazione terapeutica nei suoi momenti di

evoluzione e trasformazione e per non bloccare la processualità (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi, Giannone, 1998; Di Nuovo, Lo Verso, 2006).

In questa prospettiva, il nostro gruppo di ricerca ha elaborato nel corso degli ultimi anni alcuni strumenti empirici e clinico-osservativi per la lettura, l'analisi e la visualizzazione di un insieme di variabili che hanno una importanza fondamentale in relazione al processo terapeutico grupppale.

Gli aspetti riguardanti la persona del terapeuta e le caratteristiche della relazione sono importanti temi di indagine che ci consentono di collegare la questione della ricerca con quella della formazione.

Diversi studi recenti hanno, infatti, dato risalto all'importanza dei *fattori soggettivi* implicati nel processo di cura riguardanti la persona del terapeuta: il suo funzionamento psichico e la qualità del suo benessere emozionale, nonché l'interesse che egli prova nei confronti del paziente, emergono come fattori correlati con il buon esito dei trattamenti. Ciò stimola a porre maggiore attenzione alla qualità e al rigore dei percorsi formativi, all'integrazione nei percorsi di contributi teorici e metodologici in grado di implementare la competenza e la capacità degli allievi di osservare il proprio lavoro e di tollerare di essere osservati, di valutare ciò che realmente si fa, gli obiettivi e i risultati raggiunti. Questi aspetti costitutivi della competenza professionale vanno, del resto, a rafforzare gli assetti tradizionali della formazione quali la supervisione e soprattutto il lavoro terapeutico su se stessi che rimane lo strumento principale riguardo al quale le scuole di psicoterapia devono, a nostro avviso, porre un'attenzione rigorosa rifuggendo da pericolose scorciatoie quali quelle di ritenere un equivalente dell'analisi personale un gruppo di formazione di cento ore svolto all'interno della scuola stessa. A questo proposito riteniamo che, alla luce degli studi sull'alleanza terapeutica e sulla persona del terapeuta, anche gli orientamenti più 'tecnici', quali quello sistemico o quello cognitivo, non possano mostrarsi indifferenti alle problematiche personali degli allievi in formazione.

Un'importanza particolare riveste, inoltre, la formazione teorica di base impartita all'interno dei corsi di laurea specialistica che, oltre a comprendere contributi teorici aperti e moderni, deve fornire consapevolezza e competenza epistemologica (in che modo le nostre modalità di conoscere influenzano la conoscenza del lavoro clinico), neurobiologica (le influenze del nostro lavoro sul corpo e viceversa), antropologica (la contestualizzazione del lavoro clinico e dei problemi che in esso si affrontano), organizzativo-istituzionale (la padronanza dei fattori costitutivi del setting, prioritaria nel lavoro clinico-sociale, comunitario, nei servizi pubblici).

Per concludere riteniamo che sostenere la connessione tra clinica, ricerca e formazione, possa contribuire al consolidamento della psicologia clinica come scienza peculiare.

La questione non va certamente posta nei termini del raggiungimento di una mitica "obiettività" della prassi clinica; tuttavia, crediamo che avere a disposizione teorie e metodologie scientificamente accreditate, in grado di produrre conoscenze e risultati qualitativi e quantitativi ricchi, ostensibili e condivisibili, costituisca un grosso aiuto a vantaggio della qualità e dell'efficacia dell'intervento clinico e della sua possibilità di qualificazione scientifica.

Il concetto di scientificità a cui facciamo riferimento è quello di una "prassi aperta al confronto intersoggettivo, che dà definizioni chiare dei concetti e dei postulati, usa procedure leggibili e ripetibili e si avvale di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi teoriche" (Di Nuovo S., 1998). All'interno di questo concetto di scienza, e nel quadro delle riflessioni aperte dal Paradigma della Complessità, la psicologia clinica si qualifica come prassi scientifica, nella misura in cui esplicita i quadri teorici e metodologici che la guidano, indica e descrive, in maniera il più possibile chiara, i suoi oggetti e le caratteristiche che li connotano, il contesto in cui opera e le sue specificità, ma anche indica e descrive il modo di procedere per conoscere o trasformare le realtà su cui opera, quali metodi e quali strumenti intende utilizzare. Su questi parametri è possibile, a nostro avviso, costruire un approccio metodologico per una scientificità rispettosa della complessità degli oggetti qualitativi complessi della psicologia clinica, compresa la psicoterapia. Anche il lavoro psicoterapeutico, infatti, come abbiamo più volte ribadito, se vuole qualificarsi come scientifico deve potere esplicitare quali sono i quadri, i modelli teorici ed epistemologici a cui fa riferimento, definire in modo insieme ampio e dettagliato l'oggetto del proprio intervento, indicare quali obiettivi intende perseguire, quali strumenti utilizzare e per quanto possibile, a quali esiti intende raggiungere.

Si tratta di una scientificità peculiare intorno alla quale riteniamo proficua la costruzione di un confronto approfondito di convergenze e divergenze, limiti e possibilità, all'interno degli orientamenti psicologico-clinici più consolidati.

Queste indicazioni, infine, vogliono contribuire ad un altro aspetto importante per la psicologia clinica nella misura in cui esso concorre a rilanciare l'importanza della *questione etica*: una maggiore consapevolezza epistemologica, metodologica, formativa contribuisce, infatti, a migliorare la presa in carico dei problemi e a formulare in modo più chiaro e corretto il progetto di intervento e/o di cura.

#### *Bibliografia*

Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F., (1998). *Valutare le psicoterapie: La ricerca italiana*. Milano: Franco Angeli.

Di Nuovo, S., & Lo Verso, G., (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.

Lo Coco, G., & Lo Verso, G., (2006). *La cura relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Lo Verso, G., (1998). *La mafia dentro*. Milano: Franco Angeli.

Lo Verso, G., & Lo Coco, G., (2002). *La psiche mafiosa*. Milano: Franco Angeli.

Nathan, T., (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Pert, C., (2000). *Molecole di emozioni*. Milano: Corbaccio.

Siegel, D., (2001). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.