

Spettri di Witmer: la domanda di Psicologia Clinica tra continuità e cambiamento

di Roberto Vitelli*

1. Introduzione

Il ricorrere del centenario della pubblicazione della prima rivista di Psicologia Clinica, *Clinical Psychology*, fondata dal Lightener Witmer nel 1907, costituisce l'occasione per un ripensamento dell'attualità e degli orizzonti futuri della disciplina a cui lo stesso Witmer ha dato il nome. Sebbene apparentemente lontano, sia temporalmente che come luogo geografico di produzione, l'articolo introduttivo della rivista in oggetto, a firma dello stesso Witmer, può costituire in tal senso un buon punto di partenza. Articolare un discorso sul tema della "domanda di psicologia clinica tra continuità e cambiamento" presuppone, infatti, necessariamente, una riflessione preliminare sugli *a-priori storici* relativi ai primi due termini che vi compaiono: "domanda" e "psicologia clinica". Se, come scriveva Foucault, "l'uomo non è contemporaneo del proprio essere" (1966, p. 360), occorre infatti interrogarsi all'interno di quali specifiche *pratiche discorsive* venga a declinarsi e ad attualizzarsi la questione della *domanda*, nonché, ovviamente, l'idea stessa di una "*psicologia clinica*". Richiamarsi a Witmer, interrogarne il testo, non ha così tanto il senso di un mero richiamo storiografico, di un richiamo ad una storiografia lineare; si tratta piuttosto di cercare di definire il campo entro cui la questione della *Domanda di Psicologia Clinica* ha trovato e trova oggi la propria concreta possibilità d'enunciazione, i propri limiti, le proprie prospettive. Il parlante, infatti, lungi dall'aver una presa totale sul suo stesso discorso, fa derivare dal campo enunciativo le forme che esso assume: "è la positività del discorso che costituisce l'a-priori storico all'interno del quale si costituiscono tanto gli oggetti quanto i soggetti" (Sorrentino, 2005, p.XXIII). La posta in gioco, in particolare in questo preciso momento storico, non è irrilevante. Ad essere implicato nelle questioni sottostanti la domanda relativa all'attualità ed al futuro della Psicologia Clinica non è soltanto ciò che costituisce lo specifico della disciplina, il suo campo d'azione, ma anche i differenti attori coinvolti: i professionisti e coloro che a questi si rivolgono.

2. Il Metodo Clinico

Come è noto, è su un piano eminentemente pragmatico e soprattutto con uno sguardo rivolto alla Scienza Medica che la Psicologia Clinica ha visto i propri albori come disciplina autonoma. Tracce del profondo legame tra essa e la Medicina sono, infatti, di per sé presenti nella stessa aggettivazione presente nella locuzione, ovverosia nell'uso del termine "clinica", così giustificato da Witmer nel suddetto articolo di apertura:

"[...] parlare di associazione di psicologia clinica e clinica psicologica potrà indurre senza dubbio una serie di contraddizioni di termini relativi ai più disparati argomenti. Mentre il termine "clinico" è stato mutuato dalla medicina, la psicologia clinica non è una psicologia medica. Ho mutuato la parola "clinica" dalla medicina, perché è il miglior termine che ho potuto trovare per indicare la specificità del metodo che suppongo sia necessario per questo lavoro. Le parole raramente conservano il loro significato originale e la medicina clinica non è quello che la parola implica – il lavoro di un medico al letto di un paziente. Il termine "clinico" implica un metodo e non un luogo [...]."

* Professore aggregato di Psicologia Clinica. Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata. Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Non Psicologia Medica, dunque, ovverosia Psicologia applicata ai problemi della Medicina in quanto insieme di conoscenze e abilità pratiche che il medico dovrebbe conoscere ed utilizzare nella propria professione, bensì questioni di metodo. Poco più avanti, infatti, è a Boerhaave, il celebre medico olandese vissuto a cavallo tra il XVII° ed il XVIII° secolo, che precisamente l'autore si richiama. Boerhaave è uno dei padri della moderna medicina, iniziatore di quella che lui stesso definì *Praxis Medica*, ovvero lo studio attento del caso singolo condotto alla luce delle conoscenze disponibili di fisiologia e fisiopatologia. Il richiamo di Witmer, dunque, sembra, da una parte, essere riferito a quello che in epoche successive sarebbe stato definito approccio ideografico, un approccio cioè al caso singolo, da un'altra sottolineare il senso più generale da attribuire alla disciplina nascente: quello di una declinazione eminentemente applicativa della Scienza Psicologica, di una messa al servizio, cioè, della vita concreta, reale, di tutto quanto gli psicologi erano venuti sino ad allora a conoscere ed a formalizzare a partire dai risultati ottenuti all'interno dei laboratori. È noto lo scetticismo, se non addirittura la franca ostilità con cui la Psicologia ufficiale guardò alla nuova declinazione della Psicologia proposta da Witmer: un'applicazione concreta era considerata un'aberrazione, qualcosa che andava ad inquinare la purezza e l'asetticità del laboratorio (Reisman, 1991). Volendo contestualizzare storicamente, ci troviamo agli inizi del Novecento: sono gli anni in cui, da una parte la psichiatria, abbandonate definitivamente le ipotesi pinelliane e esquirolliane, viene sempre più a fondarsi sul pensiero e l'opera di Kraepelin, sulla sua sistematizzazione nosografica delle *malattie mentali* con l'inevitabile corollario di una scomparsa sia del *soggetto conoscente* che del *paziente* con la sua particolarità; dall'altra la psicoanalisi, raccogliendo l'eredità dell'ipnosi e del metodo catartico, reintroduce il soggetto e la sua vicenda particolare, producendo un sapere ed una pratica, comunque, però, da qualche parte, ancora articolati a partire dall'orizzonte psichiatrico. La Psicologia, da poco nata¹, comincia ad estendere i suoi interessi: autori importanti producono, proprio in quegli anni, alcuni dei loro contributi più rilevanti: William James da poco ha pubblicato nel 1890 i suoi "Principles of Psychology", Galton, personaggio eclettico, geniale, ma anche decisamente discutibile, introduce l'uso della statistica in Psicologia, Cattell nello stesso anno di pubblicazione dell'importante lavoro di James pubblica il suo "V.-Mental Tests and Measurements" (Cattell, 1890)². La medicina, su un altro versante, lentamente si avvia sempre più inesorabilmente anch'essa verso quell'oblio del *soggetto* che sempre più l'avrebbe caratterizzata, in nome della obiettività dei dati clinici, dell'importanza dell'attendibilità delle conoscenze acquisite e dell'efficacia reale delle terapie proposte, della fede incondizionata nella strumentazione tecnica. In campo neurologico, in particolare, nonostante i molti avanzamenti realizzati sul piano delle conoscenze³, le possibilità di intervento curativo si rivelano spesso alquanto limitate ed è, in qualche modo, proprio a partire ed in funzione di tale *manca* che

¹ Come è noto la data di nascita della Psicologia generalmente indicata è quella del 1879, anno di fondazione a Lipsia del primo laboratorio di Psicologia Sperimentale ad opera di Wundt. Come data inaugurale della Psicologia Clinica, invece, usualmente si indica il 1896, anno in cui Witmer, peraltro formatosi a Lipsia con lo stesso Wundt, fondò la prima Clinica ed inaugurò il primo insegnamento di Psicologia Clinica all'Università di Pennsylvania.

² Quella qui proposta è ovviamente una ricostruzione storica approssimativa e parziale. Per una più ampia trattazione del panorama storico entro cui la Psicologia Clinica ha visto i propri albori, cfr. Reisman, 1991 e Lombardo & Foschi, 1999.

³ Agli inizi del '900 la neurologia costituisce ormai una disciplina abbastanza consolidata nel proprio corpus di conoscenze. Nel XIX° secolo, infatti, lo studio dell'anatomia e della fisiologia del cervello aveva ricevuto un notevole impulso grazie all'opera di autori come, ad esempio, Franz Joseph Gall, Pierre Flourens, Paul Broca, Karl Wernicke, Gustav Fritsch e Eduard Hitzig, David Ferrier, Jean-Martin Charcot, Theodor Schwann, Theodor Meynert, Camillo Golgi, Charles Sherrington e Santiago Ramón y Cajal (Civita, 1999). Il rapido succedersi delle scoperte in tale campo portò, sul versante limitrofo della nascente Scienza Psichiatrica, Griesinger (1817-1868), a dichiarare che "le malattie mentali sono malattie del cervello" (Wilson, 1993). La stessa correlazione tra l'infezione sifilitica e la paralisi progressiva, la scoperta degli effetti prodotti da alcune specifiche carenze nutrizionali sul funzionamento psichico con anche rilevanti sintomi psichiatrici e danni a livello del sistema nervoso centrale, così come le ricerche di Jacques-Joseph Moreau di Tours sugli effetti dell'hashish, d'altra parte, contribuirono ad ipotizzare un'origine biologica della malattia mentale, facendo da apripista a quelle correnti organicistiche tuttora fortemente presenti ed attive nel pensiero psichiatrico.

la Psicologia Clinica prende le sue prime mosse. Sono note le due storie comunemente riportate in letteratura relativamente alle motivazioni che spinsero Witmer a proporre una declinazione della Psicologia all'interno di un campo definito dal carattere strumentale ed operativo dei processi di conoscenza piegati alle esigenze curative di specifiche problematiche, poste ai limiti dello psichico e del somatico: la prima, raccontata da lui stesso (Witmer, 1907), riconduce l'origine dei suoi interessi alle difficoltà incontrate nei suoi anni di insegnamento presso una scuola preparatoria con uno degli allievi, presentante un ritardo nello sviluppo delle funzioni di linguaggio (scritto, parlato e delle capacità di comprensione), a suo parere non adeguatamente diagnosticato e curato; la seconda raccontata da Robert Brotemarkle (1947), collega ed amico di Witmer, secondo cui quest'ultimo sarebbe stato invitato da una sua conoscente, insegnante in una scuola pubblica, ad utilizzare le conoscenze in suo possesso per promuovere un miglioramento delle abilità fortemente compromesse in uno dei suoi allievi. Deciso ad approfondire il caso, Witmer avrebbe scoperto che in realtà il ragazzo aveva un primario disturbo visivo. Corretto quest'ultimo e presosi cura dello studente, sarebbe quindi riuscito dopo un po' a produrre un franco miglioramento della dislalia per la quale era stato inizialmente consultato. Colpito dal successo ottenuto, avrebbe deciso di approfondire, racconta Brotemarkle, le tematiche relative alla diagnosi ed al trattamento di quelle condizioni per le quali gli era parso che la Medicina non fosse in grado di porre rimedio o, comunque, non possedesse gli strumenti e le conoscenze adeguati per intervenire in maniera efficace.

Ora, come siano andate esattamente le cose poco importa, che cioè si sia trattato sin dall'inizio di un suo allievo o di un allievo di una sua amica non è rilevante: in entrambe le versioni dell'accaduto, ciò che salta agli occhi è che la *mancanza, il buco nel Sapere e nella Tecnica Medica*, ha costituito la matrice originaria a partire da cui la Psicologia Clinica ha dispiegato se stessa.

3. Psicologia Clinica e Medicina: convergenze e divergenze

Lungi dal porsi come semplice luogo inaugurale, l'iscrizione all'interno del *campo medico* della Psicologia Clinica sembra segnare nel profondo la sua stessa natura, avendo prodotto nel corso della sua storia una serie di effetti, per lo più implicitamente assunti e difficilmente messi a tema all'interno della letteratura corrente: lo stesso momento *psico-terapeutico*, abbastanza unanimemente riconosciuto come spina dorsale della Disciplina⁴, costituisce un indizio lampante di tale iscrizione. Se la "cura" del disagio psichico, declinata nel senso della *terapia*, è l'aspetto massimamente caratterizzante la Psicologia Clinica, la questione della rivendicazione dei territori e della delimitazione dei confini con la Psichiatria viene in qualche modo da sé. Ma è questa la sola possibilità di incarnazione della Psicologia Clinica? E la *psico-terapia* deve essere esclusivamente intesa nel modo appena indicato? Non è comunque necessaria un'attenta sorveglianza sugli *impliciti* e sulle *strategie discorsive* che fanno da sfondo a tale pratica? Domande complesse a cui cercheremo di dare qualche risposta. Ma prima di fare ciò, è forse necessario provare ad articolare meglio proprio tali impliciti: solo a partire da tale analisi potremo infatti provare a fornire una risposta, sia pur provvisoria, alla domanda relativa al presente ed al futuro della disciplina. Non è una cosa semplice per il fatto stesso che, come

4 Vale la pena qui riportare per intero la definizione degli ambiti di Competenza Disciplinare, così come formulati dal Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane (2003). "La psicologia clinica è un settore della psicologia i cui obiettivi sono la spiegazione, la comprensione, l'interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici. La psicologia clinica è identificabile con le metodiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia o comunque di intervento sulla struttura e organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e nei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici. La psicologia clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere socio-psico-biologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e ambientali. *La psicoterapia nelle sue differenti strategie e metodiche costituisce l'ambito applicativo che più caratterizza la psicologia clinica, come punto di massima convergenza tra domanda, conoscenze psicologiche disponibili, fenomeni indagati e metodi utilizzabili*" [corsivo nostro].

precedentemente detto, la possibilità di produzione di qualsivoglia enunciato, e quindi la stessa concreta possibilità definitoria della professione e dei singoli soggetti in essa implicati, appaiono segnati all'origine da tale iscrizione: tirarsene fuori può fare vacillare il discorso, laddove la logica che lo guida e lo sostiene rischia di inciampare appena ci si trovi a reinterrogarla.

Nello stesso articolo di apertura prima citato, Witmer scrive:

" [...] lo psicologo clinico, come ricercatore si pone l'obiettivo di scoprire la relazione tra la causa e l'effetto per quanto riguarda i metodi della psicologia clinica, essi sono chiamati in causa ogni qualvolta lo stato della mente di un individuo viene modificato attraverso un intervento svolto mediante l'osservazione, l'esperimento ed il trattamento pedagogico che inducono un cambiamento, cioè lo sviluppo della mente di un tale individuo".

Se il richiamo al metodo clinico implicava, come abbia poc'anzi detto, il riferimento ad un approccio ideografico, la direzione epistemologica implicata nel programma di pensiero qui enunciato appare più complessa da definire. In particolare, l'indicazione della necessità per la Psicologia Clinica, nel proprio procedere, di una *individuazione dei rapporti tra la causa e l'effetto* sembrerebbe, a prima vista, proporre una sorta di avvicinamento dei metodi conoscitivi propri alle Scienze dello Spirito, (*Geisteswissenschaftten*) fondate sul *verstehen*, sul comprendere, e quelli propri alle Scienze della Natura (*Naturwissenschaftten*) fondati, invece, sull'*erklären*, sullo spiegare; ciò, attraverso l'individuazione di un rapporto particolare e singolare tra determinati fenomeni, al di là di una loro dipendenza da una legge universale. Ad una lettura più attenta, però, nel discorso witmeriano sembra piuttosto potersi rintracciare l'eco di quel darsi in essere della giovane Scienza Psicologica che, rivendicando per sé un posto all'interno delle "scienze forti", si congedava definitivamente dalla vecchia "psicologia razionale" di stampo filosofico, cercando con ciò una propria legittimazione come disciplina scientifica. La stessa declinazione della pratica psicologica in senso pedagogico, senso anticipatore di quella concettualizzazione degli interventi psicoterapeutici intesi alla stregua di strumenti volti alla correzione di un deficit, piuttosto che alla promozione dello sviluppo all'interno del rapporto tra individuo e contesto (Carli e Paniccia, 2005; Carli, 2007a; 2007b; Pazzagli e Benvenuti, 2006), sembra andare in questa direzione. Non si tratterebbe, allora, tanto di un tentativo di avvicinamento tra i due ambiti formalizzati da Dilthey⁵: l'indicazione di programma sembra piuttosto quello di un abbraccio (mortale?) con le Scienze della Natura.

4. *Questione di nomi*

Se la *psico-terapia* è l'incarnazione più propria della Psicologia Clinica, se cioè l'intervento sul *disagio mentale* ne costituisce l'asse portante, sembra quasi inevitabile l'assunzione di ciò che la psichiatria da più di duecento anni si è preoccupata di descrivere, catalogare e soprattutto reificare: il disagio mentale, appunto. Il senso della *cura* sarà allora quello di correggere i deficit o gli squilibri ora primariamente investenti il campo affettivo ora quello intellettuale, o magari quello di modulare specifici schemi cognitivo-affettivo-comportamentali con l'obiettivo di un miglior adattamento sociale, affettivo, lavorativo, e così via. Se oggi, come diceva qualche anno fa Edgar Morin, "l'aspirazione alla felicità individuale diventa esigenza" (Morin, 1962, p.82), se la produttività e la capacità di stare all'interno del circuito produzione-consumo costituisce l'unico valore assoluto di giudizio del singolo, compito della Psicologia Clinica sarà quello di un pronto recupero alla società del "soggetto", di un suo reinserimento all'interno di quel circuito "ludico-estetico" così acutamente descritto da Martin

⁵ Come è noto alla fine dell'Ottocento, Wilhelm Dilthey, aveva sistematizzato all'interno della sua *Introduzione alle Scienze dello Spirito* (1883), la differenza tra i procedimenti gnoseologici propri ai due differenti ambiti: da una parte le Scienze della Natura, fondate sull'*erklären*, sulla spiegazione causale deterministica degli eventi, e dall'altra le Scienze dello Spirito (leggi Storiche) fondate sul *verstehen*, sulla comprensione "dal di dentro" dei fatti "umani" realizzata a partire dagli stati interni del soggetto conoscente.

Heidegger nella sua caratterizzazione del *Das Man*, del *Si* anonimo e spersonalizzante⁶. La stessa ricerca in Psicologia Clinica verterà, allora, di volta in volta, sui “disturbo da Attacchi di Panico”, sui “disturbi del Comportamento Alimentare”, e così via, con l’obiettivo ultimo, ovviamente, di potenziare le strategie di “cura”. Ora, la questione non è tanto relativa alla legittimità di tutto ciò: qui non è tanto da mettere in discussione l’esistenza e la portata della “sofferenza” dell’anima e delle forme che questa può assumere, come delle necessarie modalità di lenimento di essa. La questione semmai è quella di un invito alla sorveglianza e, perché no, allo smascheramento dei trucchi, delle strategie e degli effetti che effettivamente, nella realtà dei fatti, possono sostenere una “certa” “cultura terapeutica” (Rovatti, 2006).

Già Emmanuel Kant scriveva: “C’è un genere di medici, i medici della mente, che ogni volta che trovano un nome, pensano di aver conosciuto una malattia” (1764, p. 59). Con tale affermazione il filosofo di Königsberg indicava l’operazione che sostiene l’intero campo del sapere psichiatrico, ovverosia l’azione reificante dell’atto di denominazione, peraltro effetto della specifica posizione da cui esso viene prodotto: il campo della Scienza, appunto. È questa l’operazione che porta a guardare e ad intendere il disagio psichico alla stregua di uno specifico, omogeneo e, pertanto catalogabile, *ente di natura*. Ora, per quanto spesso guardata con sospetto o francamente valutata criticamente, tale operazione sembra sostanzialmente sottendere oggi buona parte dell’intero campo della ricerca, della didattica e della stessa pratica psicologico-clinica⁷.

L’assunzione della nosografia medico-psichiatrica, che pure a taluni potrebbe sembrare inevitabile in virtù della necessità dell’assunzione di un linguaggio condiviso all’interno della “comunità scientifica”, non è, però, un’operazione di per sé *neutra*, un’opzione come altre, e ciò se si considera che l’atto di denominazione prodotto dal Sapere Psichiatrico ha inevitabili effetti sugli stessi processi di *soggettivazione* dati all’interno di un dato contesto storico-sociale: l’atto di denominazione, infatti, si colloca all’interno di quella rete di istituzioni e pratiche da cui il “*folle*” è *preso e definito*: “è l’identità stessa del singolo individuo che viene definita attraverso l’essere malato e quindi bisognoso di cure. Ed è anzi l’individuo stesso che trova nella cultura terapeutica che lo interpella tutti gli elementi discorsivi (con i loro effetti pratici e sociali) per costruire la propria identità di soggetto” (Rovatti, 2006, pp.26-27). Non è soltanto, dunque, che “il sintomo psichico si trasforma, mite e accondiscendente ai cambiamenti sociali” (Lolli, 2005, p.8), è la stessa performatività degli Atti di Parola che produce effetti rilevanti sui processi di soggettivazione attraverso i diversi mediatori di volta in volta dati: la televisione, i giornali, le aule universitarie e così via⁸. È un’attenta sorveglianza, un uso attento e consapevole di quest’insieme tutt’altro che neutrale di strumenti concettuali che occorre evidentemente allora oggi pretendere. O forse, in maniera più radicale, è venuto il tempo di congedarsi dalla psichiatria con un atto deciso e coraggioso, accompagnando i “pazienti”, ovverosia

⁶ Con una mirabile ed acuta interrogazione del tempo attuale, così Heidegger diceva di quella dimensione anonima ed omogeneizzante da lui definita *Das Man*, il *Si*, quale modalità più propria dell’inautenticità: “ce la spassiamo e ci divertiamo come ci si diverte; leggiamo, vediamo e giudichiamo di letteratura e di arte come si vede e si giudica. Ci teniamo lontani dalla “gran massa” come ci si tiene lontani, troviamo “scandaloso” ciò che si trova scandaloso. Il *Si*, che non è un esserci determinato, ma tutti (non però come somma) decreta il modo di essere della quotidianità (Alltäglichkeit)” (Heidegger, 1927, p. 163).

⁷ Ovviamente, rispetto a tale questione vi sono molte voci critiche: valga per tutte la posizione espressa da Alessandro Salvini: “... dalla psicoanalisi al cognitivism, concetti metaforici come “strutture”, “stadi”, “fasi”, “schemi”, “reti”, “istanze”, “patologie” sono pensati come entità psichiche realmente esistenti, facendogli assumere forza esplicativa, ma perdendo per strada insieme al “come se” la loro ambiguità metonimica, e la loro natura analogica” (Salvini, 2007, p.23).

⁸ In questa direzione ci sembra vada letta l’autentica esplosione di casi di anoressia mentale, come le sempre più numerose domande di riattribuzione chirurgica del sesso in relazione a condizioni di disforia di genere: quanta parte hanno avuto ed hanno ancora oggi le continue riproposizioni mass-mediatiche di tali specifiche declinazioni dell’esistenza nei processi di soggettivazione? Si badi bene, comunque, che quello che qui si propone non è il vecchio brodo riscaldato della semplicistica lettura sociologica della malattia mentale o di un’approssimata lettura foucaultiana del problema; la questione è di guardare a quei confini tra individuo e contesto che indirettamente lo segnano nel profondo, attraverso una complessa articolazione con le vicende intrapsichiche.

coloro che sono portatori di sofferenza”, verso altre direzioni o processi di soggettivazione, in qualche modo posti al di là di quella logica del *Medesimo* e dell'*Altro*, da Foucault posta all'origine del *Sapere-Potere* psichiatrico (Foucault, 1966).

5. Medicina, vuoti e mancanze ...

Al di là dei rapporti peraltro complessi con la psichiatria, c'è un altro versante relativo alla relazione tra Medicina e Psicologia Clinica che, pur assente nel discorso witmeriano, sembra oggi particolarmente rilevante, soprattutto come possibile importante scenario futuro. Con una sorta di nuovo passaggio per i luoghi delle origini, è a partire da una *mancanza* nel *Sapere* e nella *Tecnica* medica che la Psicologia Clinica sembra oggi venire ad essere interpellata. Oramai completamente inascoltato l'appello di Karl Jaspers per un recupero da parte della Medicina delle proprie componenti umanitarie (1986), il posto riservato alla Psicologia Clinica all'interno della *Pratica* propria a tale *Sapere* sembra essere quello relativo a quella casella lasciata vuota dalla Medicina stessa, casella relativa all'ordine del *senso*, del *significato*. A rileggere i testi scritti dal medico/filosofo tedesco tra il 1950 ed il 1955 appare evidente, infatti, come questi non avesse colto fino in fondo l'irreversibilità di un processo che ancor più oggi configura la medicina come una branca del *Sapere* fondata su una pressoché totale tecnicizzazione del proprio operare, su una pressoché radicale esclusione, dunque, dell'orizzonte del *senso*. Se è vero, come ricorda Umberto Galimberti, richiamandosi appunto a Jaspers (1986), che “in occasione di qualsiasi malattia, l'ordine della mia esistenza subisce un profondo capovolgimento, che non è un'implicanza secondaria che si aggiunge alla malattia come sua inevitabile <<conseguenza psicologica>>, ma ne è piuttosto l'essenza” (2005, p.284), di tale capovolgimento non è certo il medico che si potrà occupare, almeno stando allo scenario che ormai è oggi sotto gli occhi di tutti⁹. La direzione che la Medicina sembra aver preso, infatti, nonostante i reiterati appelli ad un ripensamento del proprio operare (ad es., Lown, 1999), pare sostanzialmente come scarsamente modificabile: il riduzionismo biologico, la tecnicizzazione, il ricorso all'ordine dell'*erklären*, il modello meccanico della malattia (Wulff, et al., 1986), la spersonalizzazione del rapporto tra il medico ed il paziente, risultano quasi una sorta di inevitabile corollario dei progressi raggiunti.

Una prima risposta alla questione della *domanda attuale di Psicologia Clinica* può dunque forse ben essere rintracciata nella domanda di *senso*, ma a tale domanda sembra oggi piuttosto voler (poter) rispondere la Filosofia.

6. La Psicologia Clinica tra Scienze Empirico-Positivistiche e Scienze Ermeneutico-filosofiche: senso, significato, orizzonti.

Nella sezione specificamente dedicata ai ringraziamenti, all'interno del proprio ultimo libro “psicopatologia del senso comune”, Giovanni Stanghellini, riferendosi al mondo degli psichiatri, scrive come “non più di qualche anno fa, molti di noi provavano una specie di pudore, qualcuno persino di vergogna, nel rivelare il proprio interesse per un'area ancora poco definita e clandestina come il rapporto tra ‘filosofia e psichiatria’” (Stanghellini, 2006, p.3). In effetti, proprio l'avanzare imperioso

⁹ A tale proposito occorre notare come oggi, in realtà, sia possibile osservare un duplice fenomeno: da una parte, appunto, il Medico sembra aver dimenticato l'antica indicazione ippocratica “iatros philosophos isotheos” (“il medico che si fa filosofo - ovverosia amante della saggezza - è simile ad un Dio”), risultando ad esempio complessivamente insignificante il tempo riservato alla Psicologia nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, dall'altra lo spazio sempre maggiore riservato ad essa nei Corsi di Laurea delle Discipline Sanitarie sembra indicare un nuovo spostamento, con l'attribuzione di specifiche “abilità” psicologiche alle nuove figure professionali emergenti: infermieri, ma anche dietisti, logopedisti, eccetera. Quest'ultima operazione in alcuni casi, tuttavia, per quanto sicuramente importante, sembra portare con sé la necessità di una particolare cautela, in virtù della possibile attribuzione/assunzione immaginaria di un sapere solo fittizio.

delle prospettive biologico-riduttivistiche in psichiatria sembra ad oggi aver prodotto di rimbalzo la necessità per essa di un nuovo, serrato dialogo con le discipline filosofiche¹⁰.

Se è vero, a questo punto, che anche la Psicologia Clinica non ha mai smesso di guardare, magari anch'essa vergognosa e di sottocchi, alla sua antica "cugina", è pur vero che essa sembra oggi piuttosto stretta tra due diverse tendenze: da una parte la forte rivendicazione del proprio carattere "scientifico" e, dunque, l'adozione di una irriducibile *matematizzazione dell'umano*, magari quale necessario argine a pericolose derive "metafisiche" o più semplicemente per una rivendicazione della propria stessa legittimità di esistenza quale "disciplina scientifica", dall'altra l'inquietudine provocata dalla nascita di pratiche in sé alquanto ambigue, genericamente indicate come pratiche filosofiche¹¹. Le due cose, del resto, sembrano rimandarsi specularmente l'immagine l'una dell'altra.

La rivendicazione della scientificità della disciplina, sostanzialmente sostenuta con il richiamo alle leggi dei grandi numeri, all'impiego rigoroso della statistica quale unica possibile via per la produzione di enunciati aventi in sé un sufficiente grado di approssimazione alla "verità delle cose", sembra in effetti sempre più spesso sostanzialmente incapace di fornire risposte adeguate ai bisogni della *clinica*. D'altro canto, sembra proprio che in virtù di tale incapacità la Filosofia stia rivendicando per sé nuovi spazi. Se tutto ciò è vero, a fronte di quella che viene giudicata come una impropria *invasione di campo* della filosofia (cfr. ad es., Grasso, 2006), peraltro effettivamente legittimata da quelle espressioni più estreme delle pratiche filosofiche variamente indicate in letteratura come counseling filosofico o filosofia terapeutica (Neri Pollastri, 2006), più che prodursi in una difesa dei propri confini, in una rivendicazione delle giuste competenze da attribuirsi ai diversi campi del Sapere, sarebbe allora utile piuttosto chiedersi se quanto sta accadendo non vada ricondotto alle originarie scelte di campo, a quell'originario posizionamento, rivendicato con sempre maggiore forza, in seno alle Scienze della Natura. Non sta andando, infatti, forse la filosofia a rispondere ad una specifica domanda sociale a cui la Psicologia Clinica sembra non essere più in grado fino in fondo di rispondere? Non è proprio in risposta ad una *Domanda di Senso* che le pratiche filosofiche, come si dice, si stanno sviluppando (Rovatti, 2006; Brentari, 2006)? Se la "incredulità nelle meta-narrazioni", come scriveva Lyotard (1979), ovvero sia la messa in crisi dei sistemi tradizionali di valori, regole, racconti, che hanno sostenuto per secoli la scienza, la letteratura e le arti almeno fino all'inizio del XX° secolo, caratterizza la condizione post-moderna, il sentimento di smarrimento può effettivamente costituire il segno dei tempi attuali, magari anche declinato, espresso in senso clinico. Ma se ciò è vero, occorre necessariamente procedere ad un ripensamento delle proprie pratiche, nonché, perché no, a quello dell'orizzonte a cui riferirsi. Se, come si diceva poc'anzi, ad esempio, la Medicina, al di là di una spesso stanca e vana retorica, non è in grado di dar conto sino in fondo del "significato dell'evento malattia", costituendo il paradigma biologico l'unico effettivo punto di ancoraggio del proprio operare, e se è vero che ad occupare la casella lasciata vuota dalla Medicina viene chiamata oggi la Psicologia Clinica, non è forse giunto il tempo di una nuova articolazione del sapere psicologico con quello filosofico, con chi dell'interrogazione intorno al senso, alla temporalità ed alla finitudine dell'esistenza ha fatto la propria stessa ragion d'essere? Si tratta di una scelta coraggiosa e probabilmente inattuale, ma non impossibile in senso assoluto: la psicoanalisi, il pensiero sistemico, gli approcci interattivo-costruttivisti, alcune declinazioni del cognitivismo clinico, nonché ovviamente le correnti umanistico esistenziali, da sempre si nutrono di un dialogo fecondo con l'antica cugina. In particolare, relativamente alla psicoanalisi, come ci ricorda Meletis Meletiadis:

"[...] quando non pretende di essere la nuova religione, cioè una concezione totale sull'uomo e sul mondo, non fa altro che occuparsi della varietà delle Parole, delle problematiche dell'ente vivente, dei passaggi e delle vie senza uscita, delle rabbie e dei dolori, della paralisi della mente e dei labirinti della ragione. Per questo la relazione tra la filosofia e la psicoanalisi è stretta a tal punto che, giustamente, si ritengono o sorelle o nemiche;

¹⁰ In realtà, v'è da dire che in alcune specifiche, fertili regioni del territorio psichiatrico tale dialogo non era mai stato interrotto. Si pensi, infatti, alle correnti fenomenologiche.

¹¹ Lo stesso Rovatti vede in molte delle forme di consulenza filosofica una sostanziale ambiguità che finisce per inserire tali pratiche all'interno del medesimo "circuito della cura", ambito questo già da tempo occupato da psicologi clinici, counsellors, psicoterapeuti, ecc. (Rovatti, 2006).

tale da attirarsi sino a fondersi, o da odiarsi fino ad escludersi completamente. Entrambe come studio del come e del perché, approfondimento dei modi di vita, con la loro tendenza a risolvere gli irrisolvibili, a portar luce nelle tenebre dell'ignoranza, ortodossia nella distorsione del soggettivismo, ricerca se non produzione di significato per ogni cosa e per tutta l'esistenza, si ritengono giustamente dei luoghi conduttori dell'anima umana; tutt'e due chiedono di condurre l'uomo dal sentiero del non essere a quello dell'essere, della verità; mirano alla sua educazione in un modo, in una pratica della vita, di una presa di posizione di fronte al mondo.... La psicoanalisi è prima di tutto, direttamente o indirettamente, una pratica terapeutica. Il suo scopo non è la ricerca di una situazione indolore e insensibile, di un'infondata felicità, ma la scoperta del senso della vita, nel senso della convivenza con essa, sia questa piena di gioia oppure di dolore e sconvolgenti sensazioni [...]" (Meletiadis, 2006, pp.104-106).

Questioni di etica, questioni di prassi, forse effettivamente terribilmente "inattuali". D'altra parte, probabilmente, con Nietzsche, ciò che oggi ci resta da fare è rispondere ed agire "in modo inattuale – ossia contro il tempo, e in tal modo sul tempo e, speriamolo, a favore di un tempo venturo" (Nietzsche, 1874; p. 5).

Bibliografia

- Brentari, C. (2006). La domanda di filosofia nel mondo contemporaneo. In C. Brentari, R. Màdera, S. Natoli & L. Vero Tarca (Eds.), *Pratiche filosofiche e cura di sé* (pp.239-244). Milano: Paravia Bruno Mondadori.
- Brotmarkle, R. (1947). Clinical Psychology: 1896-1946. *Journal of Consulting Psychology*, 11, 1-4.
- Carli, R. (2007a). Proposte per una definizione degli obiettivi della psicologia clinica: Correggere deficit o promuovere sviluppo. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica: Dialoghi e confronti* (pp.3-20). Milano: Springer-Verlag Italia.
- Carli, R. (2007b). Psicoterapie Psicodinamiche. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica: Dialoghi e confronti* (pp.67-75). Milano: Springer-Verlag Italia.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Civita, A. (1999). Neuroscienze e malattia mentale. In A. Civita & D. Cosenza (Eds.), *La cura della malattia mentale: storia ed epistemologia* (pp.30-88). Milano: Bruno Mondadori.
- Cattell, J. McK. (1890). V.-Mental Tests and Measurements. *Mind*, 15, 373-381. Retrieved September, 24, 2007 from <http://psychclassics.yorku.ca/Cattell/mental.htm>.
- Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane (2003). Ambiti di Competenza Disciplinare. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica: Dialoghi e confronti* (pp.315-316). Milano: Springer-Verlag Italia. Retrieved September, 24, 2007 from: http://www.collegiopsiclinicauniv.it/ita_ambiti.htm.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard (trad. it. *Le parole e le cose: Un'archeologia delle scienze umane*, Rizzoli, Milano, 1998).
- Galimberti, U. (2005). *La casa di psiche: dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*. Milano: Feltrinelli.
- Grasso, M. (2006). Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica. *Rivista di psicologia Clinica*, 1, 3-18. Retrieved September, 24, 2007 from: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Grasso.htm>.
- Heidegger, M. (1923). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer (trad. it. *Essere e Tempo*. Longanesi & C., Milano, 1976).

- James, W. (1890). *Principles of Psychology* (2 vols.). New York: Henry Holt (Reprinted Bristol: Thoemmes Press, 1999). Retrieved September, 24, 2007 from: <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/index.htm>.
- Jaspers, K. (1986). *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München: Piper (trad. it. *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina, Milano, 1991).
- Kant, I. (1764). Versuch über die Krankheiten des Kopfes. In Werke, Bd. II, S. 301-316.50 (trad. it. Saggio sulle malattie della mente. Ibis, Como-Pavia, 1992).
- Lolli, F. (2005). *L'ombra della vita: psicoanalisi della depressione*. Milano: Bruno Mondadori.
- Lombardo, G.P. & Foschi, R. (1996). *Studi di storia della psicologia*. Roma: Kappa.
- Lown, B. (1996). *The lost art of healing*. New York: Ballantine Books (trad. it. *L'arte perduta di guarire*. Garzanti, Milano, 1997).
- Liotard, J.-F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Minuit (trad. it. *La condizione postmoderna: rapporto sul sapere*. Feltrinelli, Milano, 1985).
- Meletiadis, M. (2006). Aspetti comuni dei luoghi della filosofia, della teologia e degli atti psicoanalitici nella cura di sé. In C. Brentari, R. Màdera, S. Natoli & L. Vero Tarca (Eds.), *Pratiche filosofiche e cura di sé* (pp.104-113). Milano: Paravia Bruno Mondadori.
- Morin, E. (1962). *L'esprit du temps: essai sur la culture de masse*. Paris: Grasset (trad. it. *Lo spirito del tempo*. Meltemi, Roma, 2002).
- Nietzsche, F. (1874). *Unzeitgemasse Betrachtungen. Zweites Stuck Vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben. Gesammelte Werke. 23 voll.* Muenchen: Musarion Verlag. (trad. it. *Considerazioni inattuali: Sull'utilità e il danno della storia per la vita. II*. Adelphi, Milano, 1973).
- Pazzagli, A. & Benvenuti P. (2006). Per una psicologia del patologico. *Rivista di Psicologia Clinica*. 2-3, 2006. Retrieved September, 24, 2007 from: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Pazzagli_Benvenuti.htm.
- Pollastri, N. (2006). La consulenza filosofica come "pura" filosofia. In C. Brentari, R. Màdera, S. Natoli & L. Vero Tarca (Eds.), *Pratiche filosofiche e cura di sé* (pp.168-186). Milano: Paravia Bruno Mondadori.
- Reisman, J.M. (1991). *A history of clinical psychology*. New York: Hemisphere Publishing Corporation. (trad.it. *Storia della Psicologia Clinica*, Raffaello Cortina, Milano, 1999).
- Rovatti, P.A. (2006). *La filosofia può curare?* Milano: Raffaello Cortina.
- Salvini, A. (2007). La reificazione come rischio in psicologia clinica. In E. Molinari & A. Labella (Eds.), *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti* (pp.21-27). Milano: Sprinter-Verlag Italia.
- Sorrentino, V. (2005). Le ricerche di Michel Foucault. In M. Foucault, *Antologia* (pp. VII-LV). Milano: Feltrinelli.
- Stanghellini, G. (2006). *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wilson, M. (1993). DSM III and the transformation of American psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 399-410.
- Witmer, L. (1907). Clinical Psychology. *Psychological Clinic*, 1, 1-9. Retrieved September, 24, 2007 from <http://psychclassics.yorku.ca/Witmer/clinical.htm>.
- Wulff, H.R., Pedersen, S.A. & Rosenberg R. (1986, 1990), *Philosophy of Medicine*. Oxford-London-Edinburgh: Blackwell Scientific Publication (trad. it. *Filosofia della medicina*. Raffaello Cortina, Milano, 1995).