

## Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica

di Massimo Grasso\*

Circa dieci anni fa, verso la fine del 1997, mi ero trovato a scrivere, su invito del Direttore della rivista "*Psicologia Clinica*", di cui ero allora coordinatore redazionale, qualche riflessione intorno al passato e al futuro della psicologia clinica e questo in occasione della chiusura delle pubblicazioni della rivista stessa (Grasso, 1997). Oggi come allora, quel direttore che è anche l'ispiratore della nuova avventura cui si devono queste pagine, ha la benevolenza di sollecitare una mia riflessione sulle sorti della disciplina. Un'esperienza allora si chiudeva: una nuova esperienza oggi si apre perché, come dice lui stesso, pensa di "ritentare l'avventura", per l'appunto. Indubbiamente un bel coraggio: gliene va dato atto.

Sono tornato a quello scritto e vi ho trovato conclusioni decisamente pessimistiche: in parte dettate, credo, dal fatto di dover fare i conti con la conclusione di un progetto culturale che aveva assorbito per lungo tempo impegno e competenze mie e di tanti altri colleghi, e quindi forse sovradimensionate per l'effetto di una qualche componente di frustrazione; in parte, continuo a credere, alimentate da una realistica, e quindi necessariamente depressiva, considerazione dei fatti.

L'aspetto più rilevante, allora, quello che aveva condotto alla chiusura della rivista, era costituito dalla esiguità di lettori, quindi di interlocutori: a causa di una scarsa incisività della politica editoriale della rivista o per mancanza di interesse per gli argomenti trattati? Probabilmente per entrambe queste cause. E, ciò che si preparava, non mi appariva molto diverso.

Uno sguardo al futuro, insomma, che non mi sembrò connotato troppo positivamente per la psicologia clinica: ma, come ebbi a dire in quella occasione, uno sguardo tutto sommato sereno, non *preoccupato*. A distanza di qualche anno, mi rendo conto che la mancanza di preoccupazione mi derivava fondamentalmente dall'intima decisione di voler comunque rimanere, come si dice, con le "mani in pasta", cercando di mantenere un atteggiamento non distaccato, esterno, rispetto alle problematiche o alle difficoltà in cui sovente si dibatte la psicologia clinica; provando a continuare, anche se spesso con fatica, a misurarmi con esse, da solo o in collaborazione con altri, dall'interno; a sentirmi parte di un processo, ad impegnarmi, per la mia parte, in quella infinita sequela di *lavori in corso*, che è poi il confronto culturale all'interno di una disciplina.

Insomma, con o senza rivista mi dicevo ritornando sul tema qualche anno dopo (Grasso, 2001), gli psicologi clinici, e chi scrive con loro, non cessano di esistere, di lavorare e, almeno alcuni, di interrogarsi sul loro lavoro. Chi psicologo clinico vuole diventare, non cessa di formarsi, di portare una qualche domanda di formazione. Ad essere sincero, le aggettivazioni che avevo usato in quella occasione erano diverse: parlavo infatti di una "sempre più forte, articolata e consapevole" domanda di formazione. Di questo non sono più tanto convinto, ma non voglio anticipare una riflessione che cercherò di sviluppare più avanti.

Nel 1997, comunque, in sede di bilancio della vita culturale della rivista, mi sembrava di poter annotare nella colonna delle *entrate* alcuni elementi che ritenevo significativi. Ad esempio la proposta di un superamento, dal punto di vista sia teorico che pragmatico, dandone conto sulla rivista, della scissione tra momento conoscitivo e momento dell'intervento in psicologia, così come la progressiva definizione di un modello integrato di ricerca, formazione e intervento: e questo, lo sottolineai allora e lo ribadisco oggi, costituisce un'acquisizione forte del modo di lavorare e di pensare di molti psicologi clinici.

Un tale processo mi appariva comportare un progressivo affrancamento dalla servitù ad un modello "medico" di intervento, catalizzatore di fuorvianti prospettive teoriche per la psicologia clinica e di indiscutibili miopie sul piano della prassi; e, parallelamente, un altrettanto progressivo affermarsi di un modello squisitamente "psicologico" in grado di fornire alle molteplici sfaccettature dell'azione psicologica un solido ancoraggio teorico e metodologico.

---

\* Professore ordinario di Psicologia clinica – Università di Roma "La Sapienza"

Lavorare intorno alla definizione di una teoria della tecnica in psicologia clinica ha significato, in questa ottica, provare ad uscire dalla logica delle tecnicità forti per misurarsi con la valenza tutta psicologica riconoscibile nella complessità dei contesti.

Nella colonna delle *uscite*, al contrario, segnalavo i grossi ostacoli incontrati a tenere il confronto con il forte potere di penetrazione culturale e con la rilevanza sociale di altri modelli di intervento e, di conseguenza, di formazione in psicologia clinica rispetto a quello che la nostra rivista si proponeva di prospettare: e questo non solo in ambito extra accademico, come facilmente si intuisce, ma anche in ambito accademico. Il che si è tradotto in una grande fatica ad occupare spazi culturali ed istituzionali, a stabilire alleanze produttive.

Mi sembrava inoltre che restassero molti nodi da sciogliere per i volenterosi, molte aree di criticità eventualmente da affrontare. Ne ricordo soltanto tre, che mi sembrano ancora attuali:

la necessità di una contestualizzazione delle tecniche, la quale implica un recupero *anche* delle tecniche in quanto tali;

l'opportunità di un approfondimento teorico-metodologico del rapporto psicologia clinica/psicoterapia; l'esigenza di ripensare il problema della verifica, che così come veniva trattato da varie parti, mi sembrava largamente insoddisfacente.

A questi vorrei aggiungere, nella prospettiva dell'oggi, quella che definirei la progressiva ambiguità ed incertezza della dimensione formativa.

La sensazione, allora, era di una certa fatica a lavorare con altri intorno ad una teoria unificata della psicologia clinica, e lo scivolare impercettibile, ma irrefrenabile verso una convivenza ateoretica e potenzialmente aconflittuale perché priva di confronto, di diversi modelli e diverse rappresentazioni della psicologia clinica medesima: per contrastare una simile prospettiva mi sembrava che fosse necessario un processo di integrazione, per certi aspetti molto stimolante. Anche se un tale faticoso lavoro, mi vado vieppiù convincendo, sembrava e sembra essere interesse soltanto di pochi. L'alternativa mi appariva essere il procedere in parallelo di culture diverse e modelli a volte reciprocamente opposti, magari senza darsi troppo fastidio.

A conclusione delle mie note di allora riportavo una frase di Maslow che compare in un suo noto saggio: "è una tentazione troppo forte – diceva Maslow – avendo solo un martello, non trattare ogni cosa come un chiodo"<sup>1</sup>. Quindi il rischio che vedevo è, come dire, ciascuno con il *suo* martello a battere sui *suo*i chiodi. Con buona pace di tutti, e di ognuno.

Qual è la situazione con cui ci troviamo a confrontarci adesso? La congettura di Maslow sembra essersi tradotta, dal mio punto di vista, da pura ipotesi in convincente oracolo.

Proviamo a dare uno sguardo, a questo proposito, alla definizione di psicologia clinica estratta dal regolamento del collegio dei docenti universitari di psicologia clinica, nella specifica sezione dedicata agli "Ambiti di competenza disciplinare"<sup>2</sup>.

Si tratta di un documento molto importante. Da qualche anno, gli psicologi clinici operanti presso le università, senza distinzione di qualifica accademica e di facoltà di riferimento, di impegno clinico e di ricerca, si sono cimentati nel produrre un documento che costituisca una sorta di carta costitutiva della disciplina, che ne tracci i connotati identificativi e le peculiarità distintive.

Se si scorre l'elencazione dei diversi punti che caratterizzano appunto gli ambiti di competenza disciplinare, è possibile trovare una evidente affermazione di quella dimensione relativa alla convivenza aconflittuale di culture diverse dal punto di vista sia teorico che pragmatico cui prima si faceva riferimento. Mi sembra che soprattutto i punti 5.) e 6.), attraverso i quali specificamente vengono descritti *modelli e metodi*, siano esplicativi. Osserviamoli più da vicino:

...

---

<sup>1</sup> Maslow A. H. (1969), *The Psychology of Science* (pagg. 15-16): "I suppose it is tempting, if the only tool you have is a hammer, to treat everything as if it were a nail".

<sup>2</sup> Cfr. [www.collegiopsiclinicauniv.it](http://www.collegiopsiclinicauniv.it)

**5. Modelli.** La tradizione di ricerca ed intervento della psicologia clinica è proficuamente alimentata da una pluralità di modelli. Tali modelli sono guidati da differenti presupposti epistemologici e teorico-metodologici, e connotati da irrinunciabili differenze nelle strategie cliniche e di ricerca, peraltro in costante evoluzione scientifica e culturale.<sup>3</sup>

**6. Metodi.** Le metodiche della psicologia clinica sono codificate da protocolli operativi, riconosciuti e legittimati dalle diverse tradizioni di studio, di ricerca e di applicazione clinica. I differenti procedimenti diagnostici, valutativi, e di terapia, pur utilizzando anche metodiche psicobiologiche o socio-psicologiche, si qualificano come 'psicologici' in virtù dei mezzi impiegati e degli effetti perseguiti. Tra le metodiche presenti nella Psicologia Clinica assume particolare rilevanza, come strumento d'intervento, il sistema soggettivo dello psicologo clinico. Sistema emotivo, cognitivo e relazionale costruito attraverso la formazione specifica e l'attività clinica.<sup>4</sup>

...

Nel documento si afferma quindi, da un lato, che la psicologia clinica si alimenta di una pluralità di modelli scaturiti da presupposti epistemologici e teorico-metodologici i quali presentano delle differenze *irrinunciabili*, e che tali differenze tendono a riproporre nelle strategie cliniche e di ricerca. Penso di poter dire che ciò faccia principalmente riferimento alle dimensioni che hanno fondato la psicologia clinica. Dunque tali differenze non solo non vengono avvertite come "problematiche", ma invece come apportatrici di evoluzione a livello scientifico e culturale. Dall'altro si sottolinea che come strumento centrale per la prassi psicologico-clinica si debba considerare il *sistema soggettivo* dello psicologo clinico: vale a dire quel "sistema" che viene costruito attraverso la formazione e la clinica. Ciò significa che, dovendo sia la formazione che la clinica necessariamente riferirsi ad un modello, ed essendo i modelli *irrinunciabilmente* diversi tra loro, l'esito non potrà che essere quello di attendersi nuove generazioni di psicologi clinici portatori di quelle differenze di tipo epistemologico e teorico-metodologico di cui sopra.

Come si vede la parola "integrazione" non è spesa affatto. Il risultato, quindi, è che gli psicologi clinici universitari, attraverso un confronto e un dibattito interni molto articolati e sicuramente apprezzabili, sono giunti alla conclusione che non solo non è *possibile* proporsi un obiettivo di integrazione, ma che in fondo esso non è nemmeno *auspicabile*.

A questo punto, le alternative riguardo agli esiti, relativamente a tale impostazione, non possono essere che due.

La prima: l'affermazione (per un insieme di ragioni: storiche, socio-politiche, culturali, economiche, di potere accademico, ecc.), o la lotta per l'affermazione, di un modello, o di una oligarchia di modelli, che ne sancisca la supremazia sugli altri e ne garantisca l'egemonia.

La seconda: il procedere ognuno all'interno del proprio modello di riferimento, cercando attraverso un confronto serrato, ma soltanto a questo livello, modi di integrazione e di progresso compatibili con le caratteristiche del modello stesso, e stimolare, con qualche regolarità, una dimensione di incontro tra le diverse prospettive in terreni possibilmente *neutri* in cui, con pari dignità (una sorta di *par condicio* scientifica), ci si scambii, o per meglio dire, ci si notifici per reciproca informazione e aggiornamento risultati conseguiti e possibilità di sviluppo. E questa seconda alternativa, per altro, mi sembra l'opzione che il collegio sta attualmente e già da qualche anno perseguendo con convinzione e continuità<sup>5</sup>.

E non è detto che l'una prospettiva escluda l'altra.

Se questa è l'opinione autorevole che gli universitari di psicologia clinica hanno espresso, che *noi* universitari di psicologia clinica abbiamo espresso, bisognerà necessariamente tenerne conto. Voglio dire, e lo dico soprattutto a me stesso, anche nei confronti di questa nuova *avventura* scientifico-editoriale.

---

<sup>3</sup> Corsivo mio

<sup>4</sup> Corsivo mio

<sup>5</sup> Si vedano, al proposito, i due convegni organizzati dal collegio negli ultimi due anni: il primo nel 2004 (2-4 aprile), a Napoli ed Ischia, dal titolo "*La psicoterapia: sviluppi ed innovazioni*"; il secondo, ancora ad Ischia, nel 2005 (8-10 aprile) dal titolo: "*Formazione e ricerca in psicologia clinica*".

Mi sembrerebbe allora più adeguato, in questo senso, parlare non tanto di *psicologia* clinica, ma di *psicologie* cliniche. Anche se, a ben guardare, sotto il concetto della *pluralità dei modelli* si affaccia, nemmeno troppo nascostamente, il riferimento alla pluralità dei *modelli psicoterapeutici*. Se ne ha la conferma osservando quanto il già ricordato documento contenente il regolamento del collegio dei docenti universitari di psicologia clinica, recita a proposito proprio della definizione di psicologia clinica, il primo aspetto ad essere preso in considerazione, negli “*Ambiti di competenza disciplinare*” di cui sopra, quindi il punto 1.):

**1. Definizione.** 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.*<sup>6</sup>

L'ultima parte della definizione evidenzia dunque, in maniera esplicita, il peso e la rilevanza che la psicoterapia come prassi si ritiene che assuma per la psicologia clinica, caratterizzandone la sua identità come ambito disciplinare e scientifico<sup>7</sup>. Ma parlare di psicoterapia, genericamente, non ha troppo senso sia dal punto di vista storico (Reisman, 1991; Freedheim, 1992; Tallis, 1998) che da quello della concreta operatività clinica (Wachtel, Messer, 1997; Cionini, 1998; Codispoti, Clementel, 1999): è più corretto, ovviamente, parlare di modelli di psicoterapia, dei modelli di psicoterapia esistenti e di quelli che vengono continuamente individuati o che potranno, anche nel futuro, essere proposti.

Ecco allora che questo discorso sembra saldarsi fortemente con quanto precedentemente illustrato. In altre parole, si sostiene: la psicologia clinica è, sostanzialmente, psicoterapia e, dato che per quanto attiene la psicoterapia è necessario riconoscere la legittimità, dal punto di vista sia teorico che applicativo, della presenza di modelli teorici e conseguenti approcci operativi diversi, allora è giocoforza sottolinearne il parallelo diritto all'esistenza, affermando che, come abbiamo visto, la diversità dei presupposti epistemologici e teorico-metodologici alimenta proficuamente il progresso della psicologia clinica come disciplina. Va comunque ricordato e sottolineato che le differenze di cui stiamo parlando sono definite *irrinunciabili*. Irrinunciabili per chi? La risposta, neppure troppo maliziosa, che mi corre alle labbra è: chiaramente per i modelli di psicoterapia stessi, per le rispettive scuole di formazione, per i rispettivi ambiti di intervento, per le rispettive aree di penetrazione e diffusione culturale. Evidentemente ogni modello di psicoterapia ha, o ritiene di avere, troppo da perdere nel perseguire un qualsivoglia obiettivo di integrazione che riguardi la fondazione di una teoria della tecnica psicologico-clinica: come si diceva, dunque, ciascuno con il suo martello a battere sui

---

<sup>6</sup> Corsivo mio

<sup>7</sup> Non si discosta molto da questa prospettiva la declaratoria ministeriale che definisce il settore scientifico-disciplinare psicologico-clinico. Essa, infatti, recita:

“Il settore comprende le competenze relative ai metodi di studio e alle tecniche di intervento che, *nei diversi modelli operativi (individuale, relazionale, familiare e di gruppo)*, caratterizzano le applicazioni cliniche della psicologia a differenti ambiti (persone, gruppi, sistemi) per la soluzione dei loro problemi. Nei campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie (psicosomatiche, sessuologiche, tossicomane incluse), dette competenze, estese alla psicofisiologia e alla neuropsicologia clinica, sono volte all'analisi e alla soluzione di problemi tramite interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia”. [Corsivo mio]

*suoi* chiodi. Con buona pace di tutti, e di ognuno: con la garanzia per tutti e per ognuno, dei propri territori di “caccia”, dei propri spazi di affermazione, della propria *audience* di riferimento.

Anche se, forse, non è proprio tutto così “liscio”. Quando, nel 1997, mi riferii alla citazione di Maslow, proposi un’annotazione che mi sembrò e mi sembra ancora oggi di una qualche efficacia: certo è una paradossale e ironica coincidenza, ma l’originario inglese *nails* che traduciamo correttamente *chiodi*, significa anche *unghie*. E, forse, a forza di battere con il proprio martello sui propri chiodi si corre il rischio di schiacciarsi anche qualche unghia. Degli esempi? Ne citerò qualcuno, a mio parere significativo, senza la pretesa di essere esaustivo.

Per quanto riguarda un primo esempio, me ne dà l’occasione una breve incursione e una conseguente riflessione attorno al tema della verifica che, come si ricorderà, segnalavo più sopra come punto 3) delle aree di criticità da affrontare.

Ho esplorato di recente altrove (Grasso, Stampa, 2006a) il tema relativo ai modelli di normalità psicologica o di salute mentale che sono chiamati a fare da cornice di sfondo al lavoro di ricerca intorno all’efficacia delle psicoterapie<sup>8</sup>. Ne riprenderò in questa sede alcuni punti<sup>9</sup>.

La ricerca clinica indirizzata a misurare l’efficacia delle psicoterapie intende registrare e misurare i “progressi” del paziente. Verso quali modelli di “normalità psicologica” o di “salute mentale” sono orientati tali “progressi”? Se si esplorano alcuni contributi che fanno il punto sulla questione (Vaillant, 2003; Wakefield, 2004) è possibile giungere ad esiti paradossali, semplicemente declinando le estreme conseguenze di una visione intrinsecamente ideologica del problema, non riconosciuta dagli autori. Questa visione ideologica potrebbe essere espressa come una equivalenza che vede il conformismo uguale alla normalità e questa uguale alla salute: in essa il sentimento di benessere soggettivo, psicologico e/o fisico, corrispondente all’adesione a valori e stili di vita correnti, o al riconoscimento della propria appartenenza a un settore della società, è assunto acriticamente e in modo lineare quale parametro fondante il giudizio clinico.

In questa direzione non ci si può non sentire in difficoltà a condividere, almeno dal mio punto di vista, ad esempio la prospettiva che individua il processo di selezione all’interno del programma Mercury, quello per capirci che negli anni ‘60 consentì di scegliere i primi sette astronauti americani, come il prototipo delle ricerche volte alla definizione scientifica della salute mentale. Afferma, a questo proposito, il già citato Vaillant (2003):

Questo studio ha sottolineato sia l’importanza della salute mentale che i suoi legami con il senso comune. I sette astronauti effettivi non avevano solo curricula lavorativi esemplari, ma erano anche capaci di amare. Tutti provenivano da famiglie *intatte e felici*<sup>10</sup> di piccole cittadine. Intorno ai trent’anni, tutti si erano sposati e avevano avuto figli. Sebbene fossero avventurosi piloti collaudatori, avevano subito insolitamente pochi incidenti nei loro anni di attività come piloti, e anche nel periodo precedente. Potevano tollerare con facilità sia la stretta collaborazione interdipendente che l’estremo isolamento. Si fidavano degli altri e non si lamentavano in situazioni di disagio. Tolleravano bene sia le emozioni positive che quelle negative. Non essendo particolarmente introspettivi, gli astronauti indugiavano di rado sulle proprie emozioni interiori, ma erano capaci di descriverle se richiesto. Erano consapevoli dei sentimenti degli altri, ed evitavano le difficoltà interpersonali.

Se una tale descrizione deve ritenersi un valido esempio di ciò che può scientificamente intendersi per salute mentale, quale modificazione o innovazione può essere apprezzata rispetto a modelli più antichi che concepivano la salute mentale medesima come un ideale utopico o la vedevano strettamente connessa con la moralità, modelli dai quali pure si sostiene, nell’articolo citato e con il comune buon senso, sia necessario prendere le distanze? Che le finalità di simili affermazioni siano altre che non obiettivi “puramente” scientifici come si pretenderebbe di far credere? Sembrerebbe

<sup>8</sup> Cfr. anche Grasso, 2002, 2005.

<sup>9</sup> Una versione estesa di questo scritto è rintracciabile anche su questo numero della *Rivista di Psicologia Clinica on line* (Grasso, Stampa, 2006b).

<sup>10</sup> Corsivo mio.

proprio così: questi assunti, così elementari si direbbe, nella definizione di concetti invece multiproblematici come quelli di salute e malattia, così “rinunciatori” rispetto al confronto con qualsivoglia minimo paradigma di complessità, hanno forse come riferimento principale più obiettivi di controllo sociale che altro: ma questa è un’altra storia, che ho affrontato più analiticamente negli scritti di cui sopra, ai quali rimando chi ne fosse interessato e che non voglio riprendere qui.

Non si tratta, evidentemente, di contrapporre a una visione ideologica basata sulla valorizzazione del conformismo, una visione alternativa basata su altri valori. Si tratta di comprendere che questi modelli sono già paradossali in sé, sotto il puro profilo del metodo. Mi sia permesso, in questa sede, il salto di qualche passaggio nel mio ragionamento: la radice ultima del problema sta, probabilmente, nell’uso in psicologia dei paradigmi scientifici su cui poggia la medicina. Questo uso è altrettanto comune quanto improprio.

Da dove è entrato il “modello medico” nella psicologia clinica e nella psicoterapia? Come scrivono Nesse e Williams (1994)

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

Una “storia” americana, si dirà. E poi, se certe sostanze modificano l’umore o il comportamento in un senso atteso e convergente con quanto il paziente desidera, se favoriscono gli stanziamenti a favore dei centri di ricerca, se sono compatibili con le esigenze di controllo delle compagnie d’assicurazione, che male c’è?

C’è che il “modello medico” è imperialistico, come lo è così spesso la cultura americana in altri settori della vita delle comunità. Dalla psichiatria “pratica” di impianto biologico il “modello medico” (e assicurativo) filtra nella psicoterapia: si potrebbe ricordare, al proposito, il protocollo di intesa psicoterapeuta/paziente illustrato dal ponderoso e autorevole manuale di Davidson e Neale (1986). Stampa (1990) così lo riassumeva:

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

Impossibile, appunto, comprendere questa impostazione se non all’interno di un contesto nel quale le compagnie di assicurazione private determinano il mercato, ponendo alcune condizioni rigide:

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

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

Senonché la psicoterapia, in quanto intervento psicologico entro una relazione, non può adottare la stessa modellistica che si utilizza per un trattamento farmacologico. A meno che la psicoterapia non venga intesa come un intervento puramente anti-sintomatico... E qui ci sarebbero ben altre obiezioni. Ma, come si rapporta questo discorso con i *martelli*, i *chiodi* e le *unghie* di cui sopra? Semplicemente tenendo in considerazione che la riduzione della psicologia clinica a psicoterapia, comportando da un lato la giustificazione della equivalenza, da un punto di vista teorico e metodologico, dei diversi modelli di psicoterapia, sta comunque esitando, dall'altro, nell'affermazione egemonica di alcuni modelli e conseguenti metodologie di verifica, quelli più compatibili con le impostazioni ingenuamente (o non ingenuamente?) dicotomiche di cui sopra, alimentando per gli altri modelli – se si vuole pubblicare su riviste internazionali, dotate di *impact*, quindi avere finanziamenti per la ricerca, partecipare a congressi, vincere concorsi, ecc. – la tentazione di rinunciare al confronto e al collegamento con le proprie ipotesi fondative in nome di una adesione spesso acritica a semplificazioni del tipo di quelle citate precedentemente.

Questo, mi sembra, è quanto sta accadendo, in maniera consistente nel nostro paese, ai modelli terapeutici psicodinamicamente, o per dirla più chiaramente<sup>11</sup>, psicoanaliticamente orientati.

La riduzione operata su concetti complessi, al fine di una loro *operazionalizzazione*, è questione corrente. Prendiamo, per esemplificare, uno degli aspetti sicuramente più problematici e controversi della relazione terapeutica in una cornice psicoanalitica: il controtransfert.

Come spiegarsi, se non attraverso le argomentazioni prima avanzate, ad esempio la creazione del *Countertransference Index* (CI) (Hayes, Ricker, Ingram, 1997), uno strumento costituito da un unico *item* che, grazie ad una scala di tipo *Likert*, indica quanto, nel corso della seduta appena trascorsa, il comportamento del terapeuta sia influenzato dal controtransfert<sup>12</sup>?

Oppure, sempre riguardo lo stesso tema, come considerare il processo che ha portato alla costruzione e al conseguente uso dell'*Inventory of Countertransference Behavior* (ICB) (Gelso, Friedman, 2000), dove gli iniziali 32 *items* che avrebbero dovuto descrivere il comportamento controtransferale furono valutati da 11 psicologi giudicati esperti nell'area del controtransfert (da chi? E, soprattutto, in base a che cosa?) i quali, sempre attraverso l'utilizzo della solita scala *Likert*, dove 1 indicava che l'*item* non esprimeva alcun tipo di comportamento controtransferale e 5, invece, indicava che l'*item* ne fosse un ottimo indicatore, ne selezionarono i 21 poi in uso?

Non siamo di fronte, in questi casi, ad un massiccio processo di semplificazione? E cosa dire delle misure che attraverso tali strumenti si ottengono? A giudicare dagli usi che se ne fanno, come è possibile rinvenire in letteratura, si possono notare due tipi di esiti.

Da un lato la *concretizzazione* del concetto studiato: ciò che si ottiene per il controtransfert, in altri termini, non viene inteso come una probabilistica, nella migliore delle ipotesi, quando non casuale, stima di comportamenti legati alle dinamiche controtransferali, ma è il controtransfert al punto da arrivare successivamente ad indicare, ad esempio, che il controtransfert stesso, di cui si sono

---

11 Anche in questo caso, la declaratoria ministeriale del settore scientifico-disciplinare "dinamico" propone un chiaro riferimento alla psicoterapia:

"Comprende le competenze scientifico disciplinari che considerano da un punto di vista psicodinamico e psicogenetico le rappresentazioni del sé, i processi intrapsichici e le relazioni interpersonali (familiari e di gruppo), nonché le competenze relative alle applicazioni di tali conoscenze alla analisi e al *trattamento del disagio psichico e delle psicopatologie*. Comprende altresì le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi e alle tecniche che caratterizzano gli studi in quest'ambito disciplinare". [Corsivo mio]

<sup>12</sup> E quello che accade allo psicoterapeuta in relazione ad un determinato paziente, *fuori* dal setting terapeutico?

progressivamente persi, ricerca dopo ricerca, contorni e delimitazioni teoriche, è definito e costituito da otto dimensioni, che magari rappresentano soltanto l'esito di una semplice analisi fattoriale<sup>13</sup>. Senza contare che, a proposito di quest'ultimo esempio – quello riferito all'*ICB* –, i clinici coinvolti nello studio erano di formazione psicodinamica, eclettica (?), cognitivo-comportamentale: ma il concetto di controtrasfert non nasce e si sviluppa all'interno della tradizione psicoanalitica (Freud, 1937; Heimann, 1950; Racker, 1968 e, ovviamente, molti altri)? Come sarà, se lo sarà stato, concettualizzato altrove? Per esempio nella prospettiva eclettica, valutando naturalmente di che tipo di eclettismo si tratta?<sup>14</sup> Non è questo, credo, ciò che va inteso come integrazione di prospettive, che è un lungo e complesso processo di confronto culturale; questo appare piuttosto come un *melting pot* dove ogni caratteristica distintiva viene persa in nome di una non meglio precisata *empiria*.

Dall'altro, un atteggiamento più cauto che, consapevole della criticità di alcuni assunti, rivendica tuttavia il diritto-dovere a proporre valutazioni e/o concezioni magari rudimentali (perché, si afferma, non c'è di meglio) in vista di un progressivo e successivo affinamento: il problema è che, sulla base di quanto abbiamo visto, spesso non si tratta di misurazioni poco accurate, che potranno essere perfezionate successivamente, ma semplicemente di *non* misurazioni<sup>15</sup>. Con l'esito non infrequente di partire da un punto A e di giungere, attraverso passi successivi, ad un punto B che non ha più niente, o pochissimo, in comune con la dimensione di partenza: rischio, questo, che anche Horvath ha sottolineato al recente congresso della *Society for Psychotherapy Research*<sup>16</sup>.

E gli esiti paradossali non riguardano solo alcuni contenuti della ricerca scientifica nel nostro ambito, ma anche la stessa impalcatura che regge il riconoscimento internazionale della validità della ricerca stessa. Prendiamo ad esempio il tema dell'*impact factor*, al quale poco fa ho accennato.

---

13 Nello specifico: Overwhelmed/Disorganized, Helpless/Inadequate, Positive, Special/Overinvolved, Sexualized, Disengaged, Parental/Protective, Mistreated/Criticized (Cfr. Zittel, Westen, 2003).

14 Che il controtrasfert sia, come si usa dire oggi, a pan-theoretical concept? Una formuletta questa, utilizzata ad esempio per l'alleanza terapeutica (Horvath, 2005). Una scorciatoia, mi sembra, per evitare di fornirsi di strumenti concettuali prima che empirici per dare conto e dare senso a ciò che accade nelle dinamiche relazionali della psicoterapia.

15 Qualche altro esempio di semplificazione e di riduzionismo?

Un primo esempio. L'interessante volume di De Coro e Andreassi (2004), che propone un'ampia rassegna riguardante la ricerca empirica in psicoterapia, cita a proposito degli studi sull'efficacia della psicoterapia infantile la ricerca di Casey e Berman (1985), che viene ritenuta dagli esperti del settore un punto di svolta negli studi sull'argomento. Utilizzando la tecnica della meta-analisi i due ricercatori analizzarono 75 ricerche sulle psicoterapie infantili (pazienti dai 3 ai 15 anni di età) svoltesi tra il 1952 e il 1983, con l'obiettivo di fornire una risposta empirica a domande del tipo: la psicoterapia è efficace con i bambini? Ottenendo per la prima volta un esito più che affermativo con un effect-size di 0.71. Ci si chiede: con i bambini? Dai 3 ai 15 anni? Viene da domandarsi se Casey e Berman abbiano mai semplicemente visto un adolescente di 15 anni e un ragazzino di 3, per poterli pensare assimilabili. Viene altresì da domandarsi se i due ricercatori abbiano mai letto o sentito parlare ad esempio delle ricerche di Estes (1938), allievo di Allport, che lo portarono ad ipotizzare una "trained incapacity" a valutare le persone per chi aveva studiato psicologia negli anni '30.

Un secondo esempio. Rispettando la privacy racconterò quanto occorso in una recente occasione in un incontro di studio sulla ricerca in psicoterapia. Nell'illustrazione di un lavoro di ricerca, veniva presentato il campione (?) di riferimento costituito da soggetti dai 15 ai 65 anni. Un'osservazione avanzata da un componente della tavola rotonda all'autore della ricerca mirava a segnalare la problematicità di un tale gruppo (non campione!) per la disparità di età dei componenti e la non precisazione del livello socio-culturale degli stessi. La disarmante risposta fu: "Non si può tenere conto di tutto. La ricerca clinica non è cosa facile!".

Alla base di tutto questo sembra esserci quello che chiamerei un sorta di *feticismo* della quantificazione. L'analisi statistica si trasforma, in questi casi, da strumento a vero e proprio obiettivo del lavoro: si compie una ricerca perché sia possibile quantificare, tralasciando di considerare che cosa e come si sta quantificando. E ignorando, ancora una volta, i sistemi complessi con cui ci si confronta: è necessario ricordare le recentissime "disavventure" delle analisi statistiche volte a descrivere i comportamenti legati al voto politico in Italia, come in precedenza negli Stati Uniti?

<sup>16</sup> Cfr. l'intervento di A. O. Horvath alla tavola rotonda "L'integrazione dei trattamenti e la ricerca", al Congresso Nazionale della Sezione Italiana della *Society for Psychotherapy Research*, San Benedetto del Tronto (AP), 16-18 settembre 2005.

Non voglio riprendere in questa sede le argomentazioni critiche nei confronti dell'*IF* espresse autorevolmente ed estesamente da altri<sup>17</sup> che pure mi sento sostanzialmente di condividere; mi basta brevemente richiamare il lavoro di Vaillant (2003) cui più sopra facevo riferimento.

Bene, chi formula pur giuste censure alle sue affermazioni (cfr. ad esempio Wakefield, 2005, le cui censure sono anche piuttosto pesanti sul piano della coerenza teorico-metodologica espressa da Vaillant) non può ovviamente esimersi dal citarlo. Poniamo, per ipotesi, che l'articolo di Vaillant sollevi non qualche critica isolata, ma un coro di critiche: la conseguenza sarà che la rivista che ha pubblicato quel lavoro (*IF* = 6.913), anziché ricevere magari una nota di biasimo, per aver ospitato un saggio così poco condiviso dalla comunità scientifica dal punto di vista teorico e metodologico ed essere evitata da altri studiosi, vedrà invece aumentare il suo *IF* e dunque il suo *appeal*, giacché, come è noto, il numero di citazioni ricevute da una rivista rappresenta, rapportato ad altri, un indice di crescita dell'*impatto* di quella rivista.

Un po' quello che succede, verrebbe da dire, con il fenomeno dell'*audience* nella peggiore *trash tv*, in cui l'*indice di gradimento* è stato da tempo soppiantato dall'*indice di ascolto*: non è importante che di una trasmissione se ne parli bene o male, l'importante è che se ne parli, comunque, perché ciò significa che è stata vista, a prescindere dal suo valore che può essere – e spesso lo è – anche pessimo, e solo così può essere *venduta* ed essere appetibile per ricchi *commercials*.

Qualche altro esempio di unghie schiacciate? Vorrei citare due fenomeni, che mi hanno particolarmente colpito e che mi sembra rappresentino una dimostrazione dell'erosione, da destra e da sinistra si sarebbe detto una volta (il lettore decida dove collocare destra e sinistra, adesso non è più così immediato identificarle), degli spazi non solo di intervento, ma anche di presenza culturale della psicologia clinica.

Il primo fenomeno è rappresentato, a mio modo di vedere, dalla sempre più grande diffusione del *counselling* (Nelson-Jones, 1995): con la creazione di conseguenti percorsi formativi, richiesta di riconoscimento professionale, ecc. ecc. Tutto ciò parallelamente ad un progressivo sganciamento dalla matrice psicologica e più in particolare psicologico-clinica di questa pratica. Il processo di allontanamento dalla psicologia di una prassi così squisitamente psicologica, giunge al suo compimento con il recupero del *counselling filosofico*, la cui data di nascita è fissata per concorde riconoscimento degli studiosi del settore circa venticinque anni fa.

Una disciplina, quella della consultazione filosofica, come si può anche leggere negli ampi spazi che le vengono dedicati sul *web*, che mira a dare aiuto e orientamento a individui che non riescono a fronteggiare da soli i problemi che la vita quotidiana pone loro di fronte. Compito del *counselor* è aiutare le persone a riflettere sulle proprie scelte di tipo professionale, affettivo, sulle dinamiche relazionali ed emotive e sul significato riconoscibile in eventuali stati di ansia e di depressione provati. Con queste parole Galimberti sul quotidiano "*la Repubblica*"<sup>18</sup>, alla fine del 2004, ne annunciava, con un qualche entusiasmo, la diffusione anche presso di noi:

Chi chiede una consulenza filosofica non è "malato", è solo alla ricerca di un senso. E dove è reperibile un senso, anzi il senso che, sotterraneo e ignorato, percorre la propria vita a nostra insaputa se non in quelle proposte di senso in cui propriamente consiste la filosofia e la sua storia? Fu così che nel 1981 il filosofo tedesco Gerd Achenbach aprì in Germania il primo studio di Consulenza filosofica, a cui seguì la fondazione di una Società per la pratica filosofica, divenuta poi internazionale per la sua diffusione in Olanda, Francia, Stati Uniti, Israele. Nel 1999 sorge anche in Italia l'Associazione Italiana di counseling filosofico, si traducono i libri di Pierre Hadot, *Esercizi spirituali e filosofia antica* e di Lou Marinoff, *Platone è meglio del Prozac* e *Le pillole di Aristotele* che avvicinano il grande pubblico alla figura del filosofo che si occupa degli individui senza proporsi come "terapeuta". Nel 2003 la Facoltà di Scienze della formazione dell'università di Catania promuove il primo Convegno di studi sulle pratiche filosofiche, mentre l'università di Venezia ha allestito un primo corso entro un più generale progetto sulle pratiche filosofiche che prevede anche l'istituzione di un master sulla materia. L'ospedale torinese Le Molinette ha affiancato un consulente filosofico allo psicologo in

<sup>17</sup> Cfr. ad esempio Figà-Talamanca, 2000.

<sup>18</sup> Cfr. U. Galimberti, *Se un filosofo ti prende in cura*, "*la Repubblica*", 15 dicembre 2004

uno sportello d'ascolto per i propri dipendenti, mentre il Quartiere 4 del Comune di Firenze ha istituito un servizio pubblico di consulenza filosofica come ampliamento dell'offerta di servizi sociali ai cittadini.

E, ancora:

E chi si rifiuta di consegnarsi all'ottundimento, perché ancora dispone di una discreta consapevolezza di sé, a chi si rivolge quando incontra non questo o quel dolore, intorno a cui si affollano le psicoterapie, ma quell'essenza del dolore che è l'irreperibilità di un senso? Qui le psicoterapie non servono perché non è "patologico", come si vorrebbe far credere, porsi domande, sottoporre a verifica le proprie idee, prendere in esame la propria visione del mondo per vedere quanto c'è di angusto, di ristretto, di fossilizzato, di rigido, di coatto, di inidoneo per affrontare i cambiamenti della propria vita e i mutamenti così rapidi e imprevisi del mondo. Se non tutto il dolore è patologia, una risposta a questo genere di sofferenza e di disagio, meglio della psicoterapia, la può dare la filosofia ...

Sembra chiaro che la psicoterapia e con essa la psicologia clinica vengano pienamente assimilate all'idea di "malattia", di guarigione da un "patologico" che trova la sua necessaria fondazione in una prospettiva decisamente medica: in questo, si direbbe, accontentando proprio quegli psicologi clinici che riscaldano la loro annacquata identità nel confortante calore del camice. Con il risultato, tuttavia, di una progressiva erosione, come si diceva, di presenza culturale e professionale negli ambiti della cosiddetta "normalità".

Emblematico, a tale proposito, appare il titolo di uno dei volumi citati da Galimberti: *Platone è meglio del Prozac*. Perché questo alla fine sembra il disegno nemmeno troppo oscuro e nemmeno troppo nuovo: da un lato l'intervento medico-psichiatrico sul disagio mentale, dall'altro l'intervento di tipo filosofico sulle problematiche esistenziali<sup>19</sup>. E la psicologia? La psicologia clinica? La sua specificità? Paradossalmente assente. La sottolineatura della psicoterapia come struttura portante della psicologia clinica comporta, credo, proprio derive di questo genere.

È allo psichiatra, allora, che spetta confrontarsi con la patologia, ed è al *counselor* filosofico che tocca di aiutare a capire le radici dell'insoddisfazione del quotidiano, dei rapporti affettivi, del lavoro: in una parola è al *counselor* filosofico che tocca fare lo psicologo, lo psicologo clinico.

Il secondo fenomeno che voglio ricordare riguarda recenti provvedimenti ministeriali che assegnano le Specializzazioni universitarie *post lauream* in psicologia clinica agli ordinamenti didattici di area medica e ne attribuiscono l'attivazione presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia, con il corollario di una conseguente richiesta di modifica dell'intitolazione delle medesime da scuole di specializzazione in psicologia clinica a scuole di specializzazione in psicoterapia. Questi eventi che hanno prodotto un cospicuo contenzioso fatto di ricorsi al TAR, pronunciamenti degli ordini regionali e dell'ordine nazionale degli psicologi, richiesta di pareri al Consiglio Universitario Nazionale, testimoniano, a mio parere, della avventatezza, per gli psicologi clinici, di assimilare *tout court*, dal punto di vista culturale e scientifico, la psicologia clinica alla psicoterapia: questo comporta ancora una volta il rischio della perdita di una propria specificità con la conseguenza, come in questo caso, di poter essere fagocitati da poteri culturalmente più forti.

---

<sup>19</sup> Girovagando sul *web* è possibile fare delle curiose e interessanti scoperte. Per esempio si può venire a conoscenza che sono presenti almeno due importanti associazioni legate al *counseling filosofico* (e sicuramente ne trascuro altre, con le quali mi scuso): una, con una qualche contaminazione psicologica almeno nell'intitolazione, l'AIP (*Associazione Italiana Psicofilosofi*), l'altra la SICOF (*Società Italiana di Counseling Filosofico*), che conta una propria scuola, una rivista, addirittura un albo professionale (?) con tanto di relativi iscritti. Si può anche leggere, spigolando informazioni dai *curricula* che vengono offerti da parte degli esponenti più rappresentativi, che qualcuno di loro può vantare una formazione di base che prevede specializzazioni in psichiatria, e magari competenze professionali accessorie legate all'ipnosi, alla sessuologia, e perfino alle terapie elettroconvulsivanti, come comprovato anche da docenze e pubblicazioni: *primum vivere*, si direbbe come ammoniva l'antico adagio, *deinde philosophari*.

Né va dimenticato che le Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica sono strutturalmente collegate al Servizio Sanitario Nazionale. In connessione con quanto sopra, ciò sembrerebbe significare che la presenza degli psicologi clinici presso le strutture territoriali sia ritenuta necessaria solo in quanto dispensatrice di psicoterapia: e il lavoro di consultazione, di analisi dei contesti, delle dimensioni organizzative, di formazione?

È curioso, ma forse nemmeno tanto, che questi fatti si correlino mirabilmente a fenomeni del tipo di quelli ricordati prima a proposito del *counseling filosofico*: sono figli entrambi, mi sembra, della semplificazione e del riduzionismo che ormai ci governano in tanti aspetti della vita sociale, politica e culturale e che procedono con una vigoria inarrestabile, alimentati come sono dal progressivo disfacimento culturale generale e dall'impovertimento specifico che si registra sul piano della formazione di base dei giovani, stretta tra carenze di risorse e di progetto e mancanza di *appeal* rispetto ai valori socialmente vigenti.

E siamo giunti allo spinoso problema appunto della formazione. Come si ricorderà, in apertura di queste note segnalavo il mio scetticismo nei confronti della domanda di formazione (per quanto attiene lo specifico di cui qui mi occupo, ovviamente, cioè la psicologia clinica) che non mi appare "sempre più forte, articolata e consapevole" come mi appariva solo cinque o sei anni fa, dal mio specifico vertice di osservazione, la formazione universitaria.

Non credo di essere il solo a segnalare una marcata sensazione di decadimento generale nell'ambito formativo: certo, sono sempre rintracciabili gli studenti motivati, preparati, responsabili, e per altro le prospettive che siamo in grado di offrire loro si sono notevolmente immiserite in questi anni. Ma la gran parte di coloro che si formano, storditi, al pari dei loro docenti, dal valzer irriflessivo di riforme e controriforme che li individua non come referenti privilegiati, ma piuttosto come vittime sacrificali, frastornati dalla vacua ritualità dei crediti e dei conseguenti corsi parcellizzati da 350 pagine (non una di più!) di preparazione, confusi dalla ridondanza e dalla contraddittorietà delle norme e dei vincoli organizzativi, sembrano divorati dal demone del "far presto" piuttosto che del "far bene", in vista di traguardi di cui spesso sono imprecise le definizioni in termini sia professionali che scientifici<sup>20</sup>. O per meglio dire, sembravano. Credo che nel corso dell'ultimo anno, anno e mezzo, si stia assistendo all'abbandono progressivo anche di quest'ultima sterile chimera: il "far presto", in altri termini, appare altrettanto inefficace del "far bene", quest'ultimo troppo complicato e difficile. Non resta che il "fare", tanto per fare verrebbe da dire.

C'è poi da notare un ulteriore paradosso che riguarda proprio la psicologia clinica.

Da un lato, esso è costituito dal fatto che la già ricordata pluralità di modelli che si individua alla base della disciplina tende a produrre, ovviamente, tante *irrinunciabili* differenze anche nei progetti formativi "clinici" che si sono concretizzati, con alterne fortune, in diverse realtà universitarie del nostro paese, con la formula resa nota come "3 + 2".

Dall'altro, la "semplificazione" ministeriale (ancora una!) dei settori disciplinari, fa sì che, nell'ottica di garantire un'ossatura costitutiva ad un "corso clinico", ci si basi più sulla scorza della sommatoria di elementi magari diversi che non sulla sostanza di contenuti possibilmente integrati: in altri termini, facendo ad esempio riferimento a due corsi "clinici" attivati presso due diverse università, un qualsivoglia insegnamento, purché targato con la *label* identificativa del corrispondente settore (per la psicologia clinica è il settore contrassegnato dalla sigla M-PSI/08), in pratica viene ritenuto assimilabile (sovrapponibile?) a qualsiasi altro dello stesso settore<sup>21</sup>. Un po' come se si ritenessero equivalenti due cesti di frutta, per il solo fatto che contengono frutta, senza riguardo al fatto che in uno vi siano in prevalenza arance e nell'altro in prevalenza mele: e senza dire che esistono diverse tipologie e di arance e di mele. Con il risultato che la presunta e sottolineata possibilità di mobilità da

<sup>20</sup> Vedi il *flop* della sezione B dell'Albo degli psicologi, quella dedicata ai *triennialisti*. L'Albo degli psicologi del Lazio, il più grande d'Italia, ne contava, nel 2004, a fronte di circa 11.000 iscritti nella sezione A, di cui più di 5.000 psicoterapeuti, soltanto 14.

<sup>21</sup> È così anche teoricamente possibile che corsi di studio che si autodefiniscono "clinici" possano non contemplare alcun insegnamento denominato "Psicologia Clinica" (a prescindere da che cosa l'involucro contenga, ovviamente!), ma magari proporre altri insegnamenti contrassegnati M-PSI/08, con denominazioni più o meno "liberamente ispirate a ...".

un corso di base ad un altro, da un corso di base qui ad un corso specialistico là, risulta di fatto irrealizzabile o realizzabile solo formalmente: i sapori, per tornare alla frutta, restano diversi, l'uno tende a soppiantare l'altro o ad esserne soppiantato, e la macedonia che talvolta ne deriva è spesso immangiabile o comunque non facilmente assimilabile da un organismo, per altro mi viene da dire, già "provato". E l'ulteriore paradosso è che intorno a tutto questo ferve una parossistica attività di verifica (nuclei di valutazione, commissioni ad hoc, ecc.)<sup>22</sup>: verifica che può essere un fatto meramente procedurale o un fatto prima di tutto culturale.

Ma se la formazione da processo di contestualizzazione e integrazione di contenuti disciplinari si riduce, nel migliore dei casi, a mera giustapposizione di prospettive rinuncia di fatto alla sua caratteristica di momento di importanza capitale per fondare e far crescere una cultura della verifica critica. E questo non tanto o non solo sul piano della trasmissione di contenuti, quanto sul piano più sostanziale della maturazione esperienziale degli attori implicati nel processo formativo. Come dire che non è possibile pensare ad una formazione alla verifica critica senza passare necessariamente attraverso una verifica nella formazione.

In conclusione? Devo confessare che confrontandomi con i temi che ho segnalato in queste note non posso non ritrovarmi con una spiacevole sensazione di *déjà vécu*. Mi sembra, insomma, dopo più di trent'anni di permanenza all'interno dell'ambito disciplinare della psicologia clinica, che alcune tematiche ciclicamente si ripropongano, che alcune conflittualità tendano a riprodursi, come se quanto si è detto, fatto, scritto al proposito non abbia lasciato traccia alcuna, non abbia portato ad alcuna dimensione integrata o, quanto meno, non abbia prodotto alcuna memoria.

A proposito della atomizzazione delle dimensioni comportamentali, a volte indiscriminata, operata nei procedimenti di misurazione, di cui sopra abbiamo avuto qualche esempio, è davvero necessario ricordare Rapaport? Negli anni '50, Rapaport riferendosi ad un dibattito allora in atto, proprio relativo alla valutazione e alla misurazione, distingueva tra comportamenti "molari" e "molecolari" e con un richiamo alle concezioni gestaltiste sosteneva:

sono unità di comportamento quei segmenti che sono degli interi, in quanto hanno un *significato* che si completa all'interno di essi, ma lo perderebbero se si suddividessero ulteriormente. La psicologia della Gestalt chiama tali unità, unità molar, in contrasto con le unità molecolari che si ottengono facendo suddivisioni che non tengano conto del significato (pag. 188).

E ancora, sempre nel 1950, metteva in guardia dal pericolo di reificazione consistente nell'attribuire ai costrutti concettuali usati per esprimere dati ricavati da un'operazione di testing, il valore di relazioni *realmente* operanti nell'organizzazione psichica di un qualsivoglia individuo.

E allora è un po' come scavare una buca nella sabbia: basta poco, il vuoto viene colmato dalla sabbia che è stata tolta e accatastata a lato e tutto torna come prima. E magari si ricomincia a scavare<sup>23</sup>.

Se è così allora significa che ci stiamo confrontando con un problema che prima di tutto è un problema culturale. Interno alla nostra disciplina da un lato, dall'altro amplificato dalle connotazioni che i contesti sociali tendono progressivamente ad assumere: cioè dai valori di superficie che vengono sempre più propagandati, dalla sottolineatura di una cultura dell'immagine e del

---

<sup>22</sup> Può così accadere di scoprire, ad esempio, che la quota di "soddisfazione" dei nostri studenti si attesta intorno all'80%, decimale più, decimale meno. Quindi apparentemente tutti gratificati: studenti, docenti, corsi di laurea, facoltà, ateneo. Si trascura però che la percentuale è calcolata sui frequentanti, su quelli, cioè, che possono essere "testati". Se, ad esempio, coloro che frequentano sono il 30% dei potenziali utenti (su un ipotetico totale di 250 poniamo, quindi, 75 unità), è sensato rassicurarsi con l'80% di questi "contento" (60 unità), o non è più saggio interrogarsi sul più del 75% complessivo (190 unità) che, dato che non frequenta o non è soddisfatto, proprio "contento" non dovrebbe essere?

<sup>23</sup> D'altra parte questa alternanza di "maree" e la conseguente sensazione di stagnazione non è solo un fatto della psicologia clinica: è riscontrabile anche nel più vasto campo sociale, culturale, politico. Che convenga "cambiare aria", emigrare, come pure autorevolmente sostiene qualcuno di questi tempi?

sensazionalismo alimentata dall'invadenza mediatica così spesso priva di contenuti che non siano l'amplificazione proprio dell'immagine stessa, dalle già ricordate tendenze alla semplificazione, alla generalizzazione, al riduzionismo, al conformismo. Mi fermo, perché mi accorgo che il rischio che corro è quello di assumere toni savonaroliani e non è assolutamente questo il mio intento: voglio soltanto evidenziare il fatto che queste sono, a mio modo di vedere, le dimensioni di contesto di cui è necessario prendere atto e con cui, per chi lo desidera, è possibile confrontarsi. Ognuno deciderà se il proprio martello batte più chiodi o più unghie.

L'avventura tentata con l'apertura di questa rivista *on line*, mi sembra possa provare a offrire un contributo serio all'analisi e all'esplorazione, mi auguro e per la mia parte mi sforzerò in questo senso, non dogmatica o militante di questi problemi.

Anche se, volendo esprimere una mia emozione, non mi sento troppo fiducioso.

Sono comunque sereno: perché se il mio sentimento di sfiducia e di scetticismo dovesse trasformarsi in una vera e propria crisi esistenziale, so che potrei rivolgermi a qualcuno che possa aiutarmi a ritrovare fiducia e senso. E fuori dal campo della psicologia. Della psicologia clinica, in particolare.

Per esempio potrei contattare il *Center Sophon* che proprio questi problemi tratta, pare con ottimi risultati, anche se purtroppo ha sede a Gerusalemme.

"*Non c'è problema*", tuttavia, come recita la giaculatoria più *trendy* del nostro tempo: perché il *Center Sophon* ha attivato già da qualche tempo il servizio *Philoso-phone* che intende, per l'appunto attraverso il telefono, fornire "*a first-aid hot-line for ethical dilemmas and existential problems*"<sup>24</sup>.

A proposito di chiodi/unghie-*nails* e di circostanze che tendano a compromettere una qualsivoglia realtà, gli inglesi usano anche dire, con una metafora un po' macabra, ma efficace, che qualcosa o qualcuno possano rappresentare *a nail in the coffin* per quella determinata realtà: una visione troppo pessimista rispetto alla psicologia clinica e a ciò che la circonda? Può darsi, e mi auguro di essere smentito: ma intanto, a guardare quanto c'è intorno, mi sembra proprio che così è ... se ci pare. E anche se non ci pare.

#### *Bibliografia*

Casey, R. J., & Berman J. (1985). The Outcome of Psychotherapy with Children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

Cionini, L. (1998). *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Roma: Carocci.

Codispoti, O., & Clementel C. (1999). (a cura di). *Psicologia clinica. Modelli, metodi, trattamenti*. Roma: Carocci.

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

De Coro, A., & Andreassi, S. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.

Figà-Talamanca, A. (2000, ottobre). *L'Impact Factor nella valutazione della ricerca e nello sviluppo dell'editoria scientifica*. Presentato al IV Seminario Sistema Informativo

---

<sup>24</sup> Cfr. [www.geocities.com/centersophon/pc-sophon.html](http://www.geocities.com/centersophon/pc-sophon.html)

Nazionale per la Matematica SINM 2000: un modello di sistema informativo nazionale per le aree disciplinari, Lecce.

Freedheim, D. K. (1992). *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Trad. it. (1998). *Storia della psicoterapia: Un secolo di cambiamenti*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

Freud, S. (1937). *Die endliche und unendliche Analyse*. Trad. it. (1979). *Analisi terminabile e interminabile*. Torino: Boringhieri.

Galimberti, U. (2004, 15 dicembre). Se un filosofo ti prende in cura. *la Repubblica*.

Gelso, C. J., & Friedman S. M. (2000). The Development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1221-1235.

Grasso, M. (1997). A proposito della chiusura della Rivista *Psicologia Clinica*: qualche riflessione sul passato e sul futuro della Psicologia Clinica in Italia. *Psicologia Clinica*, 3, 101-105.

Grasso, M. (2001). *Introduzione*. In M. Grasso (a cura di), *Modelli e contesti dell'intervento psicologico* (pp. 13-22). Roma: Kappa.

Grasso, M. (2002). Alcune note sul rapporto tra etica e competenza in psicoterapia. *Psicologia clinica e Psicoterapia psicoanalitica*, 1, 59-69.

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

Grasso, M., & Stampa, P. (*in corso di stampa*). *Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia*.

Grasso, M., & Stampa, P. (2006 Settembre). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia. Presentato al congresso Nazionale SPR./Italia Ricerca in psicoterapia e qualità della cura, San Benedetto del Tronto (AP).

Hayes, J. A., Ricker, J. R., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference Behavior and Management in Brief Counseling: A Field Study. *Psychotherapy Research*, 7, 145-153.

Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

Horvath, A. O. (2005). The Therapeutic Relationship: Research and Theory. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.

Maslow, A. H. (1969). *The Psychology of Science: A Reconnaissance*. Chicago: Gateway/H. Regnery Co.

Nelson-Jones, R. (1995). *The Theory and Practice of Counselling*. London: Cassel.

Nesse, R.M., & Williams, G.C. (1994). *Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine*. Trad. it. (1999). *Perché ci ammaliamo?* Torino: Einaudi.

Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. Trad. it. (1970). *Studi sulla tecnica psicoanalitica*. Roma: Armando.

Rapaport, D. (1950). *Implicazioni teoretiche dei procedimenti psicodiagnostici*. In M. M. Gill (1977). (a cura di). *Il modello concettuale della psicoanalisi: Scritti 1942-1960* (pp. 181-205). Milano: Feltrinelli.

Reisman, J. M. (1991). *A History of Clinical Psychology*. Trad. it. (1999). *Storia della psicologia clinica*. Milano: Cortina.

Stampa, P. (1990). "Malpractice": Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell'errore in psicologia clinica. In P. Colamonicò, G. Montesarchio, & C. Saraceni, *Psicodiagnostica e psicoterapia: parliamo di errori* (147-159). Roma: SIRP.

Tallis, F. (1998). *Changing Minds. The History of Psychotherapy as an Answer to Human Suffering*. London: Cassel.

Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1272-1284.

Wachtel, P. L., & Messer, S. B. (1997). (a cura di). *Theories of Psychotherapy. Origins and Evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.

Wakefield, J.C. (2004). Realtà e valori nel concetto di salute mentale: il disturbo come disfunzione dannosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 439-464.

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

Zittel, C., & Westen, D. (2003). *The Countertransference Questionnaire*. Emory University. Manoscritto inedito.

*Sitografia*

[www.collegiopsiclinicauniv.it](http://www.collegiopsiclinicauniv.it)

[www.geocities.com/centersophon/pc-sophon.html](http://www.geocities.com/centersophon/pc-sophon.html)