

Psicologia clinica: professione e ricerca di Renzo Carli *

Questo è un nodo avviluppato,
Questo è un gruppo rintrecciato.
Chi sviluppa più involuppa,
Chi più sgruppa, più raggruppa;

Ed intanto la mia testa
Vola, vola e poi s'arresta;
Vo tenton per l'aria oscura,
E comincio a delirar.

La Cenerentola o sia La virtù in trionfo
atto II° scena ottava
libretto di Jacopo Ferretti – musica di Gioacchino Rossini

1. Premessa

Perché interrogarsi, ancora una volta, su cosa sia la Psicologia Clinica?

Nel primo numero di questa rivista (1982), nella sua versione cartacea, diedero una risposta a questo interrogativo S. J. Korchin, L. Ancona e R. Holt; nell'ultimo numero della stessa rivista (1997) si posero il problema G. Trentini, A. Imbasciati, G. Guerra e N. Rossi, G. Montesarchio, S. Salvatore e M. Grasso. Oggi, nel primo numero della Rivista di Psicologia Clinica nella sua forma on line, ne parlano ancora M. Grasso, A. Imbasciati, e Di Blasi con Lo Verso, Cigoli con Margola, Di Maria con Falgares, Carli.

Di fatto, nell'arco di questi anni la Psicologia Clinica ha dato il suo nome a diversi Corsi di Laurea ed a molteplici Scuole di Specializzazione. Ha perso, alla fine degli anni novanta, una battaglia per l'affermazione professionale, cedendo il passo alla psicoterapia ed alle sue varie scuole ed indirizzi. Rimane, comunque, un'area della psicologia importante e di grande interesse. Perché?

Una risposta può essere trovata in ciò che la Psicologia Clinica ha inaugurato ed ha promosso in Europa: l'idea che la psicologia possa assumere non solo una funzione di studio e di descrizione della realtà, ma anche un ruolo di intervento per il cambiamento della stessa realtà. Il termine "clinica", come ricordava G. Guerra nel suo contributo del 1997, si riferisce al malato steso sul letto da un lato, all'atto del chinarsi su qualcuno, per rispondere alla sua domanda, dall'altro. E' al chinarsi, quale atto di intervento, che per lunghi anni si è rivolta la nostra attenzione e la nostra ricerca. Un atto, quello del chinarsi e dell'intervenire, che le scienze umane (sociologia, economia, antropologia) hanno messo da parte, per privilegiare la funzione di conoscenza; riservando l'eventuale intervento, entro la realtà conosciuta e descritta con proprie categorie e propri modelli, al potere del quale si sono fatte consulenti². La Psicologia Clinica (assieme alla Psicosociologia di matrice francese) ha elaborato propri modelli e metodi di intervento, concernenti individui singoli come anche strutture organizzative, nei più differenti ambiti e settori del sistema sociale.

2. – Per una definizione di Psicologia Clinica come intervento

Queste, in sintesi, le connotazioni salienti dell'intervento psicologico clinico:

* Professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma, presidente del corso di laurea "intervento clinico per la persona, il gruppo e le istituzioni", membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

¹ Guerra G. (1997), Psicologia Clinica e Psicologia Generale, *Psicologia Clinica*, 3, 58-66.

² Anche la Psicologia, in alcune sue forme, si è posta come consulente di un potere organizzativo, al quale fornire informazioni o pratiche utili al perseguimento degli obiettivi del potere stesso: si pensi, ad esempio, alla Psicologia del Lavoro o alla Psicomatria applicata.

a – l'intervento *risponde ad una domanda* che viene rivolta allo psicologo clinico in base ad un problema, "vissuto" da chi pone la domanda stessa; non ad una diagnosi di un qualche disturbo o disagio esercitata sulla base del mandato sociale

b – l'intervento non ha funzioni ortopediche (guarigione del disturbo, riduzione alla retta via, riconduzione al conformismo delle regole sociali, correzione di deficit), quanto la funzione di facilitare una *analisi della domanda* ed un *processo di conoscenza della relazione* che si istituisce con lo psicologo clinico.

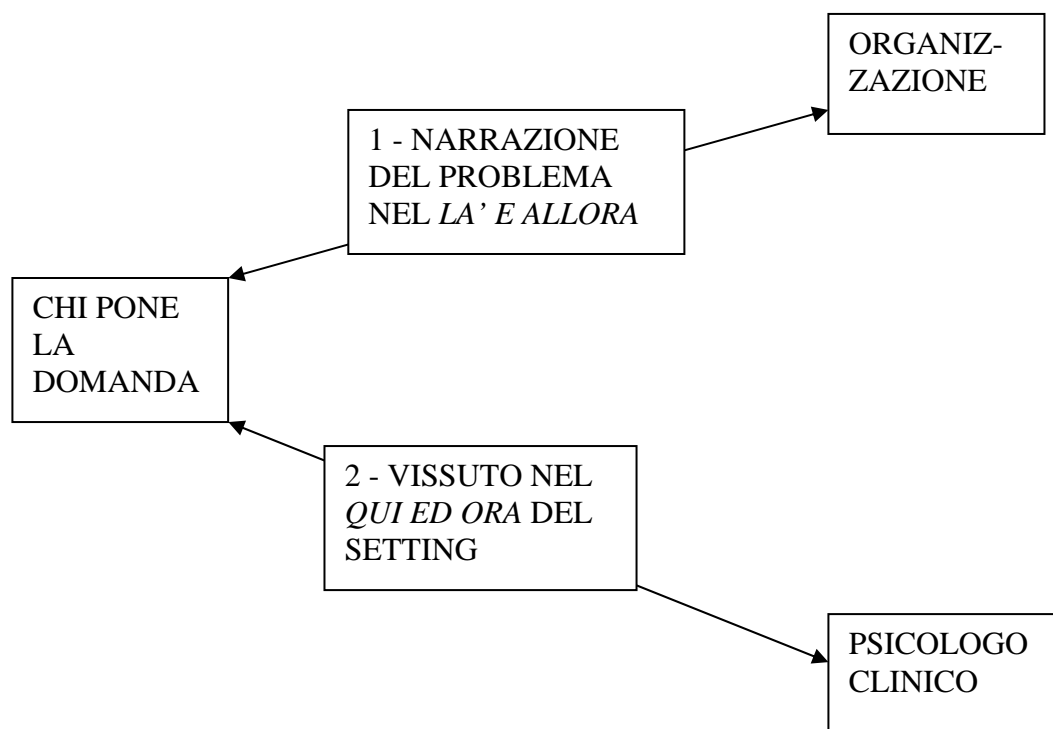
c – l'intervento è volto a promuovere lo *sviluppo* del sistema che ha posto la domanda, rimuovendo quelle dimensioni relazionali difensive che allo sviluppo si oppongono.

d - l'intervento può avere quali *committenti* singoli individui, gruppi sociali, organizzazioni ed istituzioni.

e - non si dà una relazione diretta tra problema che motiva la domanda allo psicologo clinico e teoria della tecnica che fonda l'intervento. In altri termini, le persone o i gruppi sociali si rivolgono allo psicologo clinico perché questi esiste ed è possibile attribuirgli una qualche funzione, sulla base di conoscenze stereotipali, imprecise, fondate su attese fantasmatiche. E' l'analisi della domanda che consente di elaborare la domanda stessa e di dare senso all'intervento, una volta riorganizzata la comprensione del problema.

f – l'intervento si fonda sull'analisi della relazione tra chi pone il problema e lo psicologo clinico.

Questa relazione può essere così descritta:



Chi pone la domanda struttura una relazione che ha due componenti:

A – la *componente narrativa*, ove viene raccontato il problema, quale è vissuto nell'appartenenza organizzativa di chi racconta: un giovane adolescente parla della sua insicurezza nelle relazioni amorose; una madre parla dei problemi che incontra nelle sue relazioni familiari; un primario ospedaliero racconta dei problemi di conflitto tra le varie componenti sanitarie del reparto ed i pazienti o i familiari dei pazienti; i lavoratori di un'area aziendale parlano delle loro difficoltà a realizzare gli obiettivi assegnati, vista l'eccessiva severità del controllo al quale sono sottoposti dai capi; alcuni lavoratori precari parlano dell'assenza di carriera e di speranza che incontrano nel lavoro.

B – la *componente vissuta* nella relazione diretta tra chi pone la domanda e lo psicologo clinico.

E' interessante notare come la scissione tra le due componenti della relazione comporti due modi di intervenire opposti: quello che guarda al problema e lo tratta "cognitivamente", mettendo in secondo piano quanto avviene nella relazione; quello che guarda alla relazione ed alle sue dinamiche emozionali, indipendentemente dal problema proposto, considerato quale pretesto per la relazione stessa.

Siamo confrontati con le due aree più rilevanti della psicoterapia: la psicoterapia cognitiva da un lato, quella psicoanalitica dall'altro. Certo, le cose sono notevolmente evolute dagli albori di queste forme psicoterapeutiche, che si sono molto avvicinate l'una all'altra, in una sorta di ibridazione che vuole tener conto sia della relazione che del problema narrato cognitivamente. Rimane il fatto che l'obiettivo psicoterapeutico può essere situato nel problema narrato da un lato, nella dinamica della relazione, come è vissuta dal paziente, dall'altro.

L'intervento psicologico clinico guarda alla relazione, nel qui ed ora, quale *riproduzione* dei problemi che, chi pone la domanda, vive nel là e allora.

La riproduzione dei problemi entro la relazione, d'altro canto, può essere vista solo se si utilizzano modelli e teorie che concernono la relazione, non solo l'individuo.

E' questo, a mio modo di vedere, un nodo cruciale per la differenziazione dell'intervento psicologico clinico dalla psicoterapia tradizionalmente intesa.

3. – *Un esempio clinico*

Una donna cinquantenne va dallo psicologo clinico perché distrutta dalla scoperta che il marito l'ha tradita, da sempre. Si è dedicata al marito ed ai tre figli per trent'anni; ha sopportato la supremazia del marito in tutto, accettando di farsi piccola per avvalorare la sua *grandeur*. Ha annullato se stessa sull'altare della serenità familiare e della pace entro il focolare domestico, impersonando in modo classico il ruolo parsoniano di chi si assume la funzione di supporto affettivo, lasciando al marito la funzione strumentale di sostentamento, associata al suo potente successo lavorativo. Ed ora scopre che era tutto falso, che il marito ha condotto una sorta di doppia vita, concedendosi avventure e rapporti extra coniugali sin dai primi tempi del matrimonio.

Questa, in sintesi, la storia della paziente. Aggiungiamo che la donna si rivolge ad uno psicologo clinico di un servizio di psicologia che opera all'interno del Servizio Sanitario Nazionale; non chiede una specifica psicoterapia, come potrebbe essere il caso se si fosse rivolta ad uno psicoanalista o ad uno psicoterapista cognitivista entro uno studio privato. La problematica che la donna porta non è quindi il pretesto per accedere ad un'esperienza psicoterapeutica precisa, scelta in funzione del professionista a cui ci si rivolge.

Se guardiamo alla narrazione di questa donna che, nel corso del suo primo colloquio, mostra rabbia e risentimento nei confronti del marito che l'ha imbrogliata ed umiliata, possiamo pensare al necessario cambiamento delle sue strutture cognitive, nella rappresentazione di sé e del marito. Si potrebbe lavorare, ad esempio, sulla percezione di sé della donna, ricostruendone l'autostima. Questo lavoro sarà facilitato nel suo orientamento clinico, se organizzato attorno ad una qualche diagnosi del *disturbo* che la donna presenta con la sua narrazione.

Se guardiamo alla dinamica della relazione e ci fermiamo a questo, possiamo pensare ad un lavoro di interpretazione della relazione di transfert istituita nel rapporto con lo psicoanalista; ove rintracciare problemi che la donna riproduce con l'analista e che ha vissuto con il marito, entro una

idealizzazione della figura paterna vissuta come distante e importante per lei, soprattutto se la si confronta con il ruolo emozionale che ella ha attribuito alla madre, vera e propria persecutrice del padre e dei figli con la sua remissività e il suo vittimismo. Potremmo, anche, fare l'ipotesi che l'idealizzazione del padre abbia condotto la donna ad un'identificazione alla figura di vittima controllante, attribuita alla madre.

Pur considerando la dimensione riduttiva dell'esempio, nel primo caso siamo nel "là e allora" della narrazione; nel secondo, siamo nel "qui ed ora" della relazione transferale.

Proviamo ora ad utilizzare un modello della relazione. Quel modello che da molti anni sto proponendo sotto il nome di collusione.

Pensiamo al modo con il quale la signora organizza la sua relazione emozionale con lo psicologo, quando parla del *tradimento* da parte del marito. Pensiamo al verbo tradire, che etimologicamente deriva dal latino *trans* (oltre, al di là) e *dare* (consegnare). Si può pensare al tradimento come ad un consegnare al nemico la bandiera, una fortezza, una persona od una cosa che, chi tradisce, ha giurato od ha il dovere naturale di difendere. Nel termine tradire, dunque, è implicita una forte condanna per l'atto commesso. Giuda tradisce Gesù nel momento in cui lo consegna al nemico, essendo, lui, un discepolo vincolato da obbedienza e fedeltà. *Il tradimento, quindi, è un evento che comporta una relazione a tre: chi tradisce, chi è consegnato al nemico e una dimensione terza, obbligante alla fedeltà, e garante della stessa, che viene tradita, appunto.* Il tradimento non concerne soltanto l'atto del consegnare una cosa amica al nemico, quanto soprattutto il venire meno del patto che il traditore aveva stipulato con una dimensione terza: per Giuda il gruppo dei discepoli; per chi consegna la bandiera o un segreto militare al nemico, la Patria; per il giocatore di calcio che vende la partita all'avversario, la "fedeltà sportiva" per la squadra e così via.

Nelle relazioni amorose, spesso, si parla di tradimento in modo improprio ma interessante sotto il profilo emozionale. Chi si sente tradito, di fatto, implica un terzo entro una relazione che ha a che fare con la coppia, quindi con una relazione duale. Un terzo che funge da testimone e da garante circa il misfatto del tradire; misfatto che non concerne più la persona tradita, quanto il patto preso davanti ad altri sulla fedeltà della relazione. Il matrimonio davanti al sacerdote od all'autorità civile è un buon esempio di questa dimensione terza che funge da garante del patto. Ora, la donna che parla del suo essere stata tradita, non pensa consapevolmente al patto matrimoniale, quanto al suo sentirsi sminuita per non essere stata capace di difendere la relazione con il marito, quindi implicitamente quel patto. Nel sentimento di essere traditi c'è la rabbia per il venir meno del patto, ma anche la crisi della propria autostima, per non essere stati capaci di difendere la relazione. Nel vissuto del tradimento c'è la confusione tra una relazione di coppia (a due) ed una relazione intesa come un patto di fronte ad un sistema sociale garante (a tre). La dinamica collusiva della donna che va dallo psicologo clinico perché si sente tradita, è volta ad investire lo psicologo di questa funzione di garante che può e deve indignarsi per quanto le è stato fatto. Non sembra difficile cogliere come la donna cerchi di controllare lo psicologo, affidandogli il ruolo di ipotetico garante della sua relazione tradita, proprio come cercava di controllare il marito con la sua remissiva e docile accettazione delle pretese di superiorità che il marito le infliggeva quotidianamente. Un marito che accettava il controllo, probabilmente, perché capace di liberarsene tramite altre relazioni meno vincolanti e colpevolizzanti, soprattutto relazioni clandestine che erano tali solo grazie al controllo esercitato dalla donna. Nel tradimento c'è l'assunzione di colpa nei confronti del traditore. Colpevolizzare il traditore sembra una sorta di compensazione emozionale per il torto subito.

Si pone allora un quesito per lo psicologo: quale domanda gli sta ponendo la donna?

Come si vede, interrogarsi sulla dinamica della domanda è diverso che chiedersi quale sia il problema della donna, o se si vuole quale problema *abbia* la donna. In quest'ultimo caso si ipotizza, sin dall'inizio della relazione psicoterapeutica, che la donna sia portatrice di un problema o di un *disturbo*, con la conseguente ipotesi che compito dello psicoterapista sia quello di risolvere

il problema, o meglio il disturbo della paziente. Se ci si interroga sulla domanda, di contro, non è più importante la *diagnosi* nei confronti della donna, quanto il cogliere le *caratteristiche emozionali della relazione* che la donna propone allo psicologo con la sua domanda. Si può allora fare l'ipotesi che la donna si sia sentita "sola e abbandonata" dal marito e che non abbia potuto reggere questa solitudine, risultato di una destrutturazione della relazione di controllo e di dedizione che l'aveva accompagnata per tanti anni. Ricerca, quindi, una compensazione riorganizzando una relazione di condanna del marito quale traditore: a patto che lo psicologo funga da garante del patto che, unica condizione, possa configurare il tradimento del marito e la sua condanna. Come si vede, la nostra ipotesi si è fondata sull'analisi della parola "tradimento" e sul suo uso non legale o giuridico, quanto psicologico. Nulla da eccepire se la donna, con le prove del tradimento da parte del marito, si fosse recata da un avvocato, per richiamare la violazione del patto matrimoniale e per chiederne ragione al marito. Il problema è che la donna, con la sua "accusa di tradimento" è andata dallo psicologo, non da un avvocato matrimonialista. Di qui il problema che nasce dalla domanda: ad esempio, la relazione di controllo che la donna può istituire con lo psicologo, se questi realizza collusivamente una relazione fondata sul lamentarsi della donna per il tradimento e sull'alleanza nel condannare le gesta di tradimento del marito. Relazione che potrà ripetersi, anche se in termini diversi, quella che la donna intratteneva con il marito stesso.

Facciamo ora un passo avanti, con un'ulteriore notazione: la donna parla di una relazione ove la dinamica collusiva messa in atto con il marito sembra fondata sul binomio: controllo – clandestinità. Il marito, nelle parole della donna, può vivere rapporti affettivi e sessuali, soltanto se agiti entro una clandestinità resa possibile dal controllo della moglie; quest'ultima sembra ricavare gratificazione dal controllo esercitato sul marito, costringendolo a scappatelle infantili relegate entro la clandestinità. Il fallimento della collusione si è verificato quando la clandestinità è venuta meno e le relazioni extraconiugali del marito sono emerse alla luce del sole. Di qui la rabbia ed il sentimento di fallimento vissute dalla moglie, così come le scuse e la promessa di non fare più queste cose da parte del marito. Si può capire, allora, il bisogno della donna di confidare la sua problematica ad uno psicologo: il suo silenzio precedente aveva reso possibile la collusione controllo - clandestinità, e tutto questo appare ormai chiaro alla consapevolezza della donna, che non può accettare il ripristino dello *statu quo ante*, richiesto a gran voce dal marito. Forse per la prima volta la donna sente il bisogno di una relazione ove l'affettività possa essere pensata e non agita entro dinamiche collusive. Sente, anche, che questo pensiero sulle emozioni non è possibile con il marito, in qualche modo vincolato alla clandestinità trasgressiva quale unica modalità di sperimentare emozioni ed affettività.

Nell'ottica che stiamo proponendo, l'oggetto dell'analisi è la relazione, nelle sue differenti declinazioni, e non la singola persona con le sue caratteristiche diagnostiche o proprie del mondo interno. Se si guarda alla domanda in questa prospettiva è anche possibile individuare le linee di sviluppo della domanda stessa: la relazione descritta nel là ed allora e ripetuta nel qui ed ora del rapporto con lo psicologo, è fondata sulla negazione dell'estraneità. Il controllo dell'altro, così come il lamentarsi, sono modalità che comportano fantasie di *possesso*, non di *scambio* con l'altro entro una relazione di estraneità. Ciò che la domanda pone quale problema di sviluppo è la possibilità, per la donna come per lo psicologo, di istituire una relazione di scambio, ove entrambi possano vivere l'altro nella dimensione di alterità estranea. Entro la relazione di scambio è possibile lo sviluppo di un pensiero su quanto la domanda pone come problema³.

4. – *Caratteristiche della Psicologia Clinica*

Propongo ora alcune considerazioni che, a mio modo di vedere, possono contribuire a caratterizzare la Psicologia Clinica quale intervento entro l'area psicologica generale.

4. 1. - *La Psicologia Clinica è un'area di pratica professionale degli psicologi, prima di essere una teoria della tecnica univoca e univocamente definibile.*

³ Si veda a questo proposito: Carli R., Paniccia R. M. (2003), *Analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna.

Questo avviene in Italia, come nel resto d'Europa e nella maggior parte dei paesi occidentali. Ciò significa che la domanda rivolta agli psicologi, entro l'area "clinica", crea una sorta di stato di fatto che sembra più rilevante delle possibili definizioni della Psicologia Clinica da parte degli psicologi stessi. Differenti persone, gruppi, organizzazioni possono rivolgersi allo psicologo clinico, sulla base dei problemi più disparati. Ciò che conta, è il fatto che la Psicologia Clinica sembra essere un referente sufficientemente chiaro e univoco per questo insieme di problemi.

Gli psicologi clinici, d'altro canto, sono la componente maggioritaria entro la professione psicologica. Gli iscritti alle Lauree che preparano alla Psicologia Clinica sono i più numerosi, in moltissime Facoltà di Psicologia italiane. Le ricerche sulla professione degli psicologi mostrano, con regolarità ripetitiva, che l'area clinica è quella maggioritaria, tra gli psicologi che esercitano una professione.

4.2. – La Psicologia Clinica, in quanto area professionale degli psicologi, è sistematicamente identificata con la Psicoterapia.

E' questo un passaggio molto importante, che può essere riconosciuto come una conseguenza della legge 56/89, istitutiva della professione di psicologo in Italia.

Nella legge 56/89, ricordiamolo, l'art. 1 definisce la professione di psicologo, mentre l'art. 3 regola l'accesso degli psicologi, assieme ai medici, all'esercizio della psicoterapia⁴. Ragioni storiche e di tradizione della professione psicologica hanno destrutturato la professione "clinica", possibile in base all'art.1, ed hanno creato le premesse per il perseguimento dell'abilitazione alla psicoterapia nella grande maggioranza degli psicologi italiani gravitanti entro l'area clinica. Si pensi alla debole tradizione della professione psicologica sino agli anni settanta del secolo scorso: quando, nel 1972, sono iniziati i Corsi di Laurea in Psicologia⁵ gli psicologi italiani erano poco più di 200 in tutta Italia; alla fine del 1994 gli psicologi iscritti all'Albo professionale erano circa 23.000, mentre al 31 dicembre 2005 siamo già arrivati a 53.063 iscritti, con un tasso di incremento elevatissimo di anno in anno. Questo rapido sviluppo della professione psicologica non è stato accompagnato da una adeguata formazione professionale, sufficientemente articolata e approfondita per le varie aree della domanda sociale potenzialmente rivolta allo psicologo. L'articolo 3 della legge istitutiva della professione psicologica nacque per salvaguardare una esigua minoranza di psicoanalisti "ortodossi" italiani che non si voleva riconoscere entro la professione psicologica e che, grazie alla legge, riteneva giunto il momento per un riconoscimento

⁴ Ricordiamo i due articoli della legge ora menzionati:

Art. 1. La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità.

Art. 3. L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia, attivati ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica.

⁵ I Corsi di Laurea in Psicologia vengono istituiti presso la Facoltà di Magistero con il D.P.R. del 21 luglio 1971, n. 183, a Roma, e con il D.P.R. 5 novembre 1971 n. 279, a Padova. Con il D.P.R. 6 febbraio 1985 n. 216 si realizza la modificazione dell'ordinamento didattico dei corsi di laurea in Psicologia con l'istituzione di corsi quinquennali, distinti in un biennio propedeutico e in trienni distinti per indirizzi; gli indirizzi previsti erano: Psicologia generale e sperimentale; Psicologia dello sviluppo e dell'educazione; Psicologia clinica e di comunità; Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Nel novembre del 1991, in seguito alla ristrutturazione della Facoltà di Magistero alla quale sino a quel momento appartenevano i Corsi di Laurea in Psicologia, viene istituita la Facoltà di Psicologia a Roma. Nel novembre del 1992 viene istituita la Facoltà di Psicologia di Padova. Nel 2002 si realizza una nuova riforma degli studi universitari, nota come 3+2: anche a Psicologia si organizzano corsi triennali "professionalizzanti" e bienni specialistici che completano l'iter degli studi per il conseguimento della vera e propria laurea in Psicologia. E' in quell'anno che a Roma la "vecchia" Facoltà di Psicologia si separa in due Facoltà, Psicologia 1 (a prevalente indirizzo generale e clinico) e Psicologia 2 (a prevalente indirizzo sociale e del lavoro). Nel 2006 esistono in Italia 49 corsi di Laurea triennali e 52 corsi biennali specialistici.

ufficiale della professione psicoterapeutica “psicoanalitica”, di derivazione sia medica che, più genericamente, psicologica. In realtà, agli inizi degli anni settanta gli psicoanalisti italiani vedevano al loro interno professionisti provenienti dalle più disparate professioni e preparazioni accademiche: medici, evidentemente, ma anche magistrati, assistenti sociali, laureati in lettere e filosofia, architetti. La stessa cosa accadeva per chi si professava “psicologo”. Con l’art. 3 si sanciva che, da quel momento in avanti, per accedere alla professione di psicoterapeuta (con il sottinteso che psicoterapia valeva “psicoanalisi”) si doveva avere una formazione soltanto medica o psicologica. E che per esercitare la professione della psicoanalisi, bisognava frequentare una scuola almeno quadriennale, che obbligasse ad un training specifico, per la tutela dei pazienti dagli psicoanalisti “selvaggi”. Gli estensori della legge non prevedero il fatto che, con l’art. 3, si sarebbe verificato un allargamento di grande entità delle scuole private, riconosciute dallo Stato, per la formazione degli psicoterapeuti: oggi sono circa 300. Così come non prevedero l’espansione della professione psicoterapeutica in Italia: da poche decine, all’inizio degli anni ’70, gli psicoterapeuti sono oggi circa 45.000⁶, se si considerano sia gli psicologi che i medici iscritti agli appositi elenchi, entro i rispettivi Albi professionali. Questa espansione della psicoterapia fu una conseguenza, sembra importante sottolinearlo, dell’assenza di concrete e credibili proposte professionali psicologiche entro le Università; ma fu anche la causa di questa mancata proposta⁷. E’ nel convulso ed aggroviato inizio dei Corsi di Laurea a Padova e a Roma – due città ove mancava una tradizione professionale degli psicologi - che si coniugarono le docenze della tradizione sperimentalista con quelle di medici (psicoanalisti e terapisti sistemici) che vennero “ingaggiati” per insegnare nei Corsi di Laurea, in assenza di altre professionalità psicologiche. Questa identificazione della Psicologia Clinica con la Psicoterapia ha avuto conseguenze di grande rilievo:

a – il necessario ancoraggio della Psicoterapia ad una qualche forma o dimensione di “disagio”, “sofferenza”, “disturbo” che giustifichi, secondo mutazioni dalla prassi medica, l’intervento dello psicoterapista.

Ciò ha comportato, per la Psicoterapia, la sua assimilazione alla nozione di “cura” di un qualche disturbo, con il fine volto a perseguire una “guarigione” dal disturbo stesso. Si sono così adottati acriticamente, entro la formazione psicologico clinica, quei manuali concernenti i disturbi mentali, elaborati in ambito psichiatrico. Manuali proposti agli studenti in Psicologia, ed all’esame di stato per l’abilitazione alla professione psicologica, senza alcun orientamento critico, nonostante le palesi contraddizioni tra quanto viene affermato entro questi manuali e quanto propongono la teoria e la tecnica in ambito psicologico.

b – l’orientamento individualista della prassi psicologico clinica – psicoterapeutica.

Cura e guarigione sono nozioni che, nella loro stretta parentela con le simili dimensioni mediche, hanno a che fare con il singolo individuo. L’orientamento individualista, se affiancato alla nozione di cura, comporta l’assunzione implicita di *modelli conformisti* ai quali tendere con l’intervento psicoterapeutico. In questo senso la Psicologia Clinica, così intesa, rischia di diventare la *longa manus* del potere sociale che ha interesse al controllo ed all’uniformizzazione dei comportamenti e dei sistemi cognitivi. Con ciò si correggono deficit, nell’ipotesi che lo Psicologo clinico possa ricondurre, chi “devia”, alla retta via (letteralmente: retta via = ortodossia).

⁶ Il calcolo è approssimativo, per mancanza di dati certi. Circa il 65% degli iscritti all’albo degli psicologi accede all’elenco degli psicoterapisti (35.000); ad essi va aggiunto un numero di medici iscritti allo stesso elenco presso l’ordine dei medici, che calcoliamo attorno a 10.000.

Non si vuole, con questo, affermare che gli psicoterapisti in Italia siano troppi; manca una valutazione reale del fabbisogno di psicoterapisti nel nostro paese, pur arrivando il tasso di psicoterapisti a 0.80 (siamo ormai vicini all’unità) ogni 1000 abitanti. Di fatto, moltissimi psicologi abilitati alla psicoterapia sono oggi sottooccupati: svolgono mansioni che potrebbero svolgere persone non solo non abilitate alla psicoterapia, ma anche non laureate in psicologia. Il problema non sta nei “troppi” psicoterapisti, quanto nel fatto che l’unica area occupazionale che la Psicologia Clinica sembra aprire ai suoi laureati è la psicoterapia.

⁷ Si veda in proposito: Carli R., Cecchini M., Lombardo G. P., Stampa P. (1995), *Psicologi e Psicoterapia: oltre la siepe*, FrancoAngeli, Milano.

c – la nozione di psicoterapia è un ombrello molto ampio, sotto il quale trovano posto tutta una serie di tecniche psicoterapeutiche che hanno la caratteristica di definire, in modo strettamente *autoreferenziale*, non solo la pratica clinica ma anche la problematica che la pratica può trattare. Questo per via del fatto che, entro le tecniche psicoterapeutiche teoricamente forti, la teoria della tecnica è anche la teoria che fonda il problema. Le psicoterapie forti, quindi, sono in grado di trattare un problema soltanto dopo averlo trasformato, in coerenza con la teoria della tecnica che fonda l'intervento terapeutico stesso. Lo stesso problema, in sintesi, può essere trasformato in modo da diventare coerente con la teoria della tecnica psicoanalitica, oppure della tecnica cognitivista o di quella sistemico-familiare.

d – con l'approccio individualista, strettamente connesso alle differenti tecniche e volto a problemi letti in modo autoreferenziale, si è persa l'attenzione a problemi di altra natura ed a domande di altro genere, non trattabili con l'applicazione ortodossa delle tecniche psicoterapeutiche.

In tal modo la Psicologia Clinica ha pagato e sta pagando un tributo di grande rilievo alla sua identificazione acritica con la psicoterapia. Si pensi, ad esempio, alle situazioni di crisi in cui possono trovarsi popolazioni o gruppi sociali e familiari in seguito a calamità naturali o di guerra. Si pensi al grande tema dell'integrazione di differenti culture entro un medesimo contesto sociale. O al tema dell'orientamento al cliente ed alle sue esigenze da parte di interi comparti sociali, nell'ambito dei servizi energetici, del traffico, dei sistemi di telecomunicazione, del servizio bancario e di quello assicurativo, della Pubblica Amministrazione. Si pensi all'adattamento scolastico ed alla richiesta rivolta alla scuola di sapersi integrare entro la domanda formativa del territorio entro il quale opera. Si pensi alle famiglie dei malati mentali ed al sistema sociale entro il quale è previsto l'inserimento dei malati mentali stessi, spesso abbandonati a se stessi, senza aiuto e sostegno, nel difficile compito di convivere con il malato (soprattutto), e di reinserirlo socialmente. Si pensi al sistema sanitario ed al cambiamento che dovrebbe compiere per essere al servizio del cittadino, e non chiuso entro la cultura medica autoriferita. Si pensi, inoltre, a situazioni relazionali problematiche, com'è il caso clinico più sopra sinteticamente descritto, ed alla modalità riduttiva con cui possono essere trattate se viste entro un modello individualista. Gli esempi potrebbero continuare; è evidente la restrizione impoverente della Psicologia Clinica, se limitata ad una funzione psicoterapeutica che si occupi di singoli individui tramite una specifica tecnica, sovente poco integrata entro le prospettive culturali della Psicologia Generale.

4.3. – *La Psicologia Clinica può utilizzare modelli individualisti come, anche, modelli della relazione.*

L'intervento in Psicologia Clinica è fondato ed organizzato dalla relazione. Ad esempio la relazione di domanda e di costruzione della committenza; la relazione che fonda la psicoterapia; l'alleanza terapeutica quale fattore aspecifico per le psicoterapie; la relazione di counselling, quella che organizza la consultazione in ambito sanitario, la relazione che lo psicologo clinico istituisce ogni qual volta si pone entro una prassi di intervento, con un gruppo di pazienti, con una classe scolastica, con i capi intermedi o il top management di un'organizzazione produttiva o di servizi, con le componenti di una comunità immigrata. Gli esempi potrebbero, ancora, continuare.

Il problema che qui interessa, d'altro canto, non è collegato al fatto che lo psicologo clinico lavora con la relazione. E', di contro, la teoria della tecnica che fonda la relazione. Riteniamo che entro la teoria della tecnica si pongano *modelli individualisti* che definiscono la relazione quale risultante dell'incontro tra individui descritti e conosciuti in quanto individui; oppure *modelli che guardano alla relazione in quanto tale*, la descrivono e la rilevano sperimentalmente. Se l'intervento è finalizzato alla modificazione dell'"altro", sia essa una modificazione affettiva, cognitiva, delle simbolizzazioni affettive concernenti la realtà, o una modificazione del comportamento, allora la teoria della tecnica non può essere che individualista. Un esempio può essere dato dalla "sostituzione del Super Io severo con un Super Io ausiliario meno severo e più tollerante" in un paziente nevrotico, secondo la proposta di Strachey⁸. *La relazione può essere intesa come un mezzo per un cambiamento che concerne strettamente e univocamente l'individuo.* In questi casi si parla della relazione utilizzando

⁸ Utilizziamo qui il termine utilizzato da Strachey per spiegare il valore terapeutico della pratica psicoanalitica. Si veda: Strachey J., The nature of the therapeutic action of psychoanalysis, *Int. J. Psychoanal.*, 15, 127-159, 1934 (trad. it. *Rivista di Psicoanalisi*, 1, 92-126, 1974).

categorie e modelli individualisti. Un esempio è dato dalla nozione di “alleanza terapeutica”: definita da Lingiardi e Colli, ad esempio, come “dimensione interattiva riferita alla capacità di paziente e⁹ terapeuta di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente”¹⁰. Interessante notare che la dimensione viene riferita “interattiva”, ma poi l’interattività è vista come la risultante di “capacità” del paziente da un lato, del terapeuta dall’altro di... Abbiamo a che fare, quindi, con una relazione che è fondata su dimensioni individuali, ove la relazione stessa dipende da dimensioni dell’uno e dell’altro.

Manca una visione modellistica che guardi univocamente e direttamente alla relazione, non agli individui che la determinano. Si tratta, nel caso della prospettiva individualista, di una visione legittima e per certi versi anche proficua; ma così non si considera la relazione *in sé*, quanto la relazione come risultante di ciò che fanno, vivono, provano due (o più) individui.

Riflettiamo sul tema. Essere alleati significa vivere un contratto reciproco, fondato sulla visione condivisa della realtà. Non è possibile definire l’alleanza come atteggiamento, comportamento o sentimento di una sola persona o di più persone. L’alleanza esclude dalla sua dimensione l’individualità. L’alleanza comporta un patto, una decisione che ha a che fare con la relazione. L’alleanza è un modo di espressione della relazione. L’alleanza comporta, d’altro canto, il riferimento ad una cosa terza che è l’oggetto dell’alleanza stessa. Due o più persone non sono alleate, se ognuna di loro assume specifici ed idiosincratici atteggiamenti o comportamenti. L’alleanza prescinde da atteggiamenti o comportamenti dei singoli: è *caratteristica della relazione e non dei singoli individui*, sia pure in relazione tra loro.

Questo vale, a maggior ragione, entro la nozione di alleanza terapeutica: connotazione che definisce specificamente la relazione tra paziente e terapeuta, non il paziente o il terapeuta. E’ quindi riduttivo chiedere al paziente o al terapeuta se “esiste” un’alleanza tra di loro. L’alleanza ha a che fare con la loro relazione, non con le impressioni o le valutazioni dell’uno e dell’altro.

In Psicologia Clinica si è fermi, a mio modo di vedere, ai modelli che concernono l’individuo. Mancano ancora i modelli che concernono la relazione.

Più sopra abbiamo accennato alle conseguenze di questa assenza. Qui vorrei richiamare le origini dei modelli individualisti e di quelli che concernono la relazione. Il comportamentismo, inteso quale risposta comportamentale ad uno stimolo, è la matrice delle concezioni individualiste in psicologia: il comportamento, infatti, è una nozione che ha a che fare con l’individuo; il sistema sociale, nell’ottica comportamentista, è la sommatoria degli individui che rispondono ad uno stimolo ambientale. La relazione, di contro, è propria della scuola chiamata gestalt, che prevede la costruzione della realtà (perceptiva ma anche emozionale) in base a elaborazioni dello stimolo che prevedono un rapporto con la realtà. Di qui il costruttivismo, di qui la prima topica freudiana, la psicopsicologia francese, sino alla nostra proposta del costrutto di collusione e di analisi della domanda. La Psicologia Clinica è figlia delle due matrici teoriche e sperimentali della Psicologia generale: il comportamentismo ha dato origine alla terapia omonima e poi al cognitivismo in tutte le sue diramazioni; la gestalt ha dato origine alle scuole di tipo costruttivista, alla prima psicoanalisi ed al costrutto di “modo di essere inconscio della mente”, all’intervento psicopsicologico, all’interazionismo simbolico nel suo versante psicologico. I primi guardano all’individuo ed al suo sistema mentale, i secondi alla relazione ed alle sue implicazioni cliniche. Credo che queste siano le due aree, compatibili ma irriducibili l’una all’altra, che fondano dal punto di vista della teoria della tecnica, la Psicologia Clinica.

5. – Presunzione di normalità dello Psicologo clinico – psicoterapeuta.

Guardiamo ad una implicazione della prospettiva individualista in Psicologia Clinica che ha riflessi interessanti entro la cultura di chi pratica questa professione.

⁹ Il corsivo è nostro. Ricorda il titolo di un trattato di Psicologia Sociale: Krech D., Crutchfield R. S., Ballachey E. L. (1962), *Individual in Society – A textbook of Social Psychology*, McGraw – Hill, N.Y., che venne tradotto in italiano: *Individuo e Società*, da Giunti nel 1971.

¹⁰ L’articolo al quale facciamo riferimento è: Lingiardi V., Colli A., *Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni*; articolo che si può trovare sul sito internet *Psychomedia* al seguente indirizzo <http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/38-lingiardi-coli.htm>.

Si tende ad assumere come “vera” l’ipotesi che la psicologia clinica si debba occupare di persone problematiche, quindi di persone che dipendono dallo psicologo e dalla conoscenza definitoria, spesso chiamata in modo scorretto diagnostica, che egli può avere sull’altro problematico. Nell’ipotesi, scontata, che se l’altro è problematico e si rivolge allo psicologo, *per definizione lo psicologo, grazie alla sua capacità conoscitiva ed al contempo per legittimare questa stessa competenza a conoscere e classificare l’altro, debba essere esente da problemi*. Questo è specifico della psicologia così intesa, si badi bene, come anche della psichiatria; non della chirurgia, dell’ortopedia o della pediatria. Spieghiamoci: un chirurgo che opera di tumore gastrico deve possedere una buona tecnica operatoria; ma nessuno gli chiede di essere esente da tumori ed in particolare da tumori gastrici. Un ortopedico che cura una scoliosi, non deve di certo garantire di avere, a sua volta, una colonna vertebrale sana, non scoliotica. Ma uno psicologo clinico che cura una persona affetta da disturbi di attacco di panico non “può” essere affetta dallo stesso disturbo, né da altri problemi citati nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM). In qualche modo si presume che lo psicologo clinico, così come lo psichiatra, debba essere “normale”. Questa *presunzione di normalità* deve essere garantita da lunghi studi, da esperienze di psicoterapia personale, dalla supervisione dei casi clinici trattati nella fase iniziale dell’esperienza professionale; in sintesi, da un lungo training. Il futuro psicologo clinico che voglia esercitare la psicoterapia, deve subire ed accettare lunghi anni di formazione, spesso lunghissimi per una formazione periodicamente ripetuta, al fine di aver sancita una qualche appartenenza societaria. E’ questa appartenenza che funge da garanzia della normalità, quindi da garanzia nei confronti di quell’esenzione da disturbi che renderebbero dubbio l’intervento conoscitivo e terapeutico nei confronti di chi è “malato”.

Non ci si è, forse, soffermati abbastanza su questa presunzione di normalità dello psicologo clinico, necessaria quando si adotta la prospettiva individualista e si definisce la psicoterapia o l’intervento psicologico quale cura rivolta a persone disturbate, malate, sofferenti, portatrici di disagio psichico, affette da disturbi mentali o altre definizioni del genere. Questa presunzione di normalità, associata alla conoscenza che la psicodiagnosi - comunque intesa o definita - comporta sull’altro, struttura una specifica relazione di potere agito; quel potere agito che prevede la dipendenza di chi “sta male” nei confronti di chi opererà per il suo star bene, quindi per la sua riconduzione alla norma¹¹. Questa presunzione di normalità non è soltanto nelle attese e nell’identità dello psicologo clinico, dello psicoterapista o dello psichiatra. E’ anche la componente fondamentale delle attese del sistema sociale nei confronti di chi si debba o si possa occupare della sofferenza psichica. L’attesa sociale di normalità sembra essere lo scotto che lo psicologo clinico deve pagare, visto il grande potere che gli viene affidato con l’assunzione di dipendenza, necessaria da parte di chi si vuol far curare, nei suoi confronti.

Questa presunzione di normalità (o, se si vuole, di conformismo) è, a nostro modo di vedere, una delle ragioni rilevanti nel produrre quel processo di *deformazione* entro la formazione clinica in psicologia, se orientata dal paradigma individualista. Supponenza, distacco emozionale, falsa modestia, atteggiamento onnipotente, tendenza a comportarsi come un oracolo, affettata disponibilità e serenità, sorriso falsamente benevolo sempre affiorante nell’espressione, pacatezza inquietante, tutto questo ed altro ancora caratterizza il nostro psicologo clinico pronto a prendersi cura dell’“altro”, malato, a partire dalla sua “normalità” competente. C’è da interrogarsi, con Said¹²,

¹¹ L’etimo di *normale* rimanda a chi è aderente alla norma; norma, nella lingua latina, significa “squadra” quale strumento di misura; normale vale, quindi, “chi è fatto secondo la squadra, che sta ad angolo retto”; di qui rettitudine o attesa della normalità. In sintesi, l’aggettivo normale vale colui che si conforma, che sta nella forma prevista dalle attese predefinite; *la vicinanza tra normale e conformista è ben evidente*

¹² Said E. W. (1975), *Orientalism*, Pantheon Books, N.Y.; (trad. it. 1991), *Orientalismo*, Bollati Boringhieri, Torino. Alcune brevi premesse, per capire la citazione riportata.

L’Autore si rifà al discorso che Arthur James Balfour tenne alla Camera dei Comuni il 13 giugno 1910 sui problemi dell’Egitto.

Gli antefatti sono noti: nel 1869 fu inaugurato il Canale di Suez, fatto che accrebbe ulteriormente la già importante funzione strategica dell’Egitto; contro i sempre più forti tentativi di ingerenza straniera, prese corpo l’attività di un movimento nazionalista antieuropeo guidato da Ahmad Arabi Pascià, ministro della guerra nel 1882, che si ribellò all’asservimento dell’Egitto; è questo il pretesto per l’occupazione militare inglese, avvenuta nello stesso anno: l’Inghilterra, sconfitto l’esercito nazionalista egiziano a Tell el Kebir, assume il pieno controllo del canale e del paese; nel 1984 la conferenza di Berlino sancisce lo stato di fatto.

sul *come salvare la nostra umanità*. Vale a dire sul come evitare, al pari degli inglesi colonialisti, l'ostilità implicita in una tendenza a distinguere l'umanità in persone malate, problematiche, sofferenti da un lato, in persone con la presunzione di normalità dall'altro. Possiamo quindi interrogarci sulla disistima dilagante, sull'ironia con la quale vengono guardati gli psicologi, ed in particolare gli psicologi clinici. Disistima che è tanto più forte ed evidente, quanto più vengono valorizzati ed idealizzati quegli psicoterapisti che hanno raggiunto fama e potere entro uno specifico contesto. Come se l'ambivalenza, evocata da chi si occupa clinicamente della mente, del comportamento, dell'adattamento degli "altri", possa essere facilitata in un investimento scisso, ove le persone legittimate nella loro normalità sono rispettate e stimate; mentre l'aggressività di rivolge a chi viene percepito quale "usurpatore" di questo raro dono della normalità, una sorta di mistificatore rifiutato e disistimato. Come sappiamo, d'altro canto, la stima e l'ammirazione che esita ad un processo di scissione può facilmente rivoltarsi contro chi ne fruisce, grazie ad un facile spostamento dell'aggressività. Ricordando che la scissione conseguente all'ambivalenza comporta un investimento radicalizzato delle emozioni su oggetti "parziali", che possono con facilità confondersi, e sempre con la prevalenza della componente distruttiva nell'emozione ambivalente.

6. – Conclusioni

"Il settore M-PSI 08 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."

Balfour parla ai Comuni per attenuare malumori interni all'Inghilterra sul suo dominio in Egitto. Un parlamentare, Robertson, aveva chiesto con quale diritto gli inglesi assumessero quell'aria di superiorità nei confronti dell'Egitto e di quei popoli che gli inglesi avevano deciso di chiamare orientali. Balfour riprende la stessa domanda, trovando una risposta logica ed inoppugnabile nella *conoscenza* che gli occidentali avevano di quella civiltà, dalle origini al declino. "Conoscenza significa sollevarsi al di sopra dell'immediato, uscire dal proprio angusto sé, per accogliere ciò che è lontano e differente. L'oggetto di una siffatta conoscenza deve essere intrinsecamente coglibile; può essere, sì, un "fatto" che muta e si sviluppa come appunto fanno le civiltà, ma deve anche essere fondamentalmente, persino ontologicamente, immutabile. Possedere la conoscenza di un ente di questo tipo equivale a possedere l'ente stesso, a dominarlo, ad avere su di esso piena autorità. E avere autorità significa negargli l'autonomia – autonomia politica, se si tratta di un paese orientale – perché "noi" lo conosciamo ed esso può esistere, per un certo verso, solo in quanto conforme a tale conoscenza. Il sapere britannico intorno all'Egitto è l'Egitto, per Balfour; e il potere della conoscenza è tale da far sembrare futili le dispute sulla superiorità o inferiorità di questo o quel paese. Non che Balfour si sogni di negare la superiorità britannica e l'inferiorità egiziana; semplicemente le dà per scontate, e accantona un punto di vista che ritiene banale, per approfondire il più interessante tema del sapere." (op. cit., pagine 38 e 39).

Assieme a Balfour, Said menziona ripetutamente la posizione di Lord Cromer, suprema autorità inglese in Egitto dal 1882 al 1907, sull'argomento. "L'orientale - per il governatore inglese dell'Egitto - è irrazionale, decaduto (o peggio, degenerato), infantile e <diverso>, così come l'europeo è razionale, virtuoso, maturo, <normale>" (op. cit., pag. 46). Ancora, e la notazione di Said è interessante per noi: "La conoscenza dell'Oriente, nata da una posizione di forza, in un certo senso *crea* l'Oriente, gli orientali ed il loro mondo" (op. cit., pag. 46).

Più avanti (op. cit. pag. 52) Said si chiede: "Si può dividere la realtà umana, che sembra in effetti di per sé divisa, in culture, eredità storiche, tradizioni, sistemi sociali e persino razze diverse, e salvare la propria umanità dalle conseguenze? Con "salvare la propria umanità dalle conseguenze" mi riferisco alla possibilità di evitare l'ostilità implicita in una divisione di questo genere, come quella tra <noi> (occidentali) e <loro> orientali."

Così recita la descrizione dei contenuti scientifico disciplinari del Settore M/PSI 08, denominato Psicologia Clinica, definita dal MURST (D.M. 4 ottobre 2000, allegato B).

Guardiamo alle parole chiave della definizione, che mostra al suo interno due “anime”, o se di vuole due ottiche sintetizzate in un vero e proprio compromesso.

Il *primo paragrafo* ha quali parole chiave: studio – intervento – individuale – familiare – gruppo – applicazioni – persone – gruppi – sistemi – soluzione – problemi.

Come si vede, si parla di *problemi* e di *intervento*.

Lo scenario cambia, di molto, con il *secondo paragrafo*: salute – sanitario – disagio – psicopatologie – psicosomatiche – sessuologiche – tossicomaniacche – psicofisiologia clinica – neuropsicologia clinica – problemi – interventi – valutazione – prevenzione – riabilitazione – psicoterapia. Qui ricompaiono i termini *problemi* ed *intervento*, e con questo si potrebbe chiedere quale sia il motivo dell'ulteriore specificazione. Specificazione che vede comparire le parole: *psicopatologia* e *psicoterapia*.

Cambia il contesto, si potrebbe obiettare. Prima si trattava del contesto “individuale, relazionale, familiare e di gruppo”; ora del contesto “sanitario” con il connesso contesto della “salute”.

Com'è grande la forza del modello medico! C'è da chiedersi in quale ambito possano comparire problemi psicosomatici, sessuologici, tossicomaniacchi, di disagio psicologico (sic!), se non presso individui, famiglie, gruppi sociali e relazioni organizzative. Che bisogno c'era, allora, della seconda specificazione? Lo scenario cambia, perché si parla di *psicopatologia* e di *psicoterapia*.

Già, ma che differenza c'è nell'indicare, quale ambito della Psicologia Clinica, i *problemi* (primo paragrafo) o la *psicopatologia* (secondo paragrafo)?

E quale differenza c'è nell'indicare, quale metodo di lavoro della Psicologia Clinica, l'*intervento* (primo paragrafo) o la *psicoterapia* (secondo paragrafo)?

Nessuna, a ben vedere. Eppure le due definizioni sono molto, molto diverse.

La prima, quando si parla di problemi e di intervento, utilizza termini che rimandano a *modelli psicologici*. Modelli, come prima si vedeva, che affidano al vissuto di persone, gruppi od organizzazioni sociali la motivazione all'intervento dello psicologo clinico. Se lo psicologo clinico interviene sui problemi che il committente gli porta, allora è l'analisi della relazione di domanda che consente di organizzare e orientare l'intervento psicologico clinico.

La seconda, pur con la foglia di fico degli “aspetti psicologici delle psicopatologie”, utilizza termini e definizioni che fanno parte del *linguaggio psichiatrico*, aprendo la strada a quella dimensione ibrida e poco definita che chiamiamo psicoterapia. Con una ulteriore confusione: da un lato l'estensore rimanda, quale oggetto dell'intervento psicologico la psicopatologia, si direbbe ufficiale, allargata alla psicosomatica, alla psicopatologia sessuologica ed alla tossicomania; dall'altro ricorda l'intervento psicoterapico (pur con il complemento che fa riferimento alla valutazione, o per meglio dire alla diagnosi, alla prevenzione ed alla riabilitazione, tutte modalità di intervento che rimandano all'art. 1 della legge 56/89). Già, ma quanti sono oggi in Italia gli psicologi clinici che si definiscono riabilitatori, diagnostici o dediti alla prevenzione? E le forme di psicoterapia, nella loro stretta autoreferenzialità, quanto hanno a che fare con la nosografia psicopatologica? Se, in ambito sanitario, si sostiene la rilevanza della psicopatologia, poi sarebbe corretto e coerente indicare forme di cura che siano strettamente correlate con la stessa psicopatologia. Ora, quale psicopatologia è direttamente implicata con la psicoterapia psicoanalitica? E quale psicopatologia è indicata per la psicoterapia sistemica familiare o per la psicoterapia cognitivista? Se, come è convinzione comune, la scelta della forma psicoterapeutica è indipendente dalla psicopatologia presente nella persona, nel gruppo o nell'organizzazione, perché la definizione che stiamo commentando mette in relazione psicopatologia e psicoterapia? Si tratta solo di incompetenza dell'estensore, o c'è dell'altro? Ad esempio la necessità di compiacere la lobby delle scuole di psicoterapia?

L'estensore della definizione poteva fermarsi alla prima frase, ed aveva detto tutto quello che era utile dire, per la Psicologia Clinica. L'aggiunta della seconda frase, pur nella ripetizione dei termini “problemi” e “intervento”, apre a dimensioni ambigue che contribuiscono ad equivoci e confusioni tra dimensioni psicologiche e dimensioni psichiatriche, o più genericamente mediche. Ricordiamo

che la psicopatologia, soprattutto nella sua espressione più evidente quale appare nel DSM, entro le sue varie edizioni, non appartiene per nulla alla Psicologia. Si potrebbe dire che il DSM appartiene solo marginalmente anche alla Psichiatria; quest'ultima, per la descrizione e la proposta di una patogenesi dei disturbi mentali, ha formulato classificazioni e manuali ben più raffinati del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. La vera differenza sta nella precisazione dei contesti entro i quali la definizione si applica: nella prima frase non c'è specificazione di ambiti, e l'intento è quello di definire ricerca ed intervento entro la Psicologia Clinica. Nella seconda frase si aggiunge una specificazione che concerne "i campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie", come se la soluzione dei problemi di persone, gruppi e sistemi potesse assumere versioni diverse, se gli stessi problemi sono considerati in ambito sanitario. La perplessità per questa definizione resta molto alta, e l'esigenza di una sua revisione altrettanto forte. Speriamo si provveda al più presto.