

Michele Minolli

Ricerca Psicoanalitica, 1993, Anno IV, n. 2, pp. 109-123.

Psicoterapia e psicologia clinica

SOMMARIO

Vengono criticamente affrontate le ragioni per le quali in Italia a tutt'oggi la psicologia clinica soffre di una mancata precisazione di competenze. Tra le varie cause la più vistosa appare la considerazione storica che la psicoterapia ha svolto da parecchi anni opera di supplenza.

Sulla centralità di questo tema l'A. presenta alcune riflessioni provenienti da ambiti sensibili alle problematiche peculiari della Psicologia clinica nel nostro paese. Esse definiscono quale specifica competenza della psicologia clinica l'analisi della domanda e l'analisi della "collusione".

L'A. riconosce quale specifica competenza del ruolo dello psicologo clinico l'analisi della domanda, in quanto individuazione della richiesta, ma critica l'estensione che ne viene fatta anche all'elaborazione della "collusione" in quanto sconfinamento indebito in ciò che invece appartiene alle competenze della psicoterapia.

Concludendo, l'A. prospetta in primo luogo l'urgenza di una Teoria psicologica che si ponga come superamento delle esistenti teorie riduttivistiche e in secondo luogo la possibilità di "inventare" tecniche specifiche per la psicologia clinica attraverso un'attenta riflessione dei rapporti tra teoria-metodo e tecnica.

SUMMARY

Clinical psychology and psychotherapy

This paper discusses the reasons why in Italy today the area of clinical psychology is not yet clearly defined. Among the various causes, the most evident seems to be the fact that historically psychotherapy has been playing a substituting role.

The Author presents some reflections on the centrality of this issue collected from areas and persons interested in the peculiar issues of clinical psychology in our country. They define the specific role of clinical psychology, the analysis of demand and of "collusion".

The Author considers the analysis of demand the specific role of clinical psychologist, as an identification of demand, but criticises its application to the elaboration of collusion, as an undue attention to the specific task of psychotherapy.

As a conclusion the Author suggests first of all the need for a psychological theory capable of going beyond the present reductionist theories and an opportunity for inventing specific techniques for clinical psychology through a thoughtful analysis of the relations between theory-method and techniques.

In questi ultimi anni si assiste nel campo della psicologia clinica all'attivarsi di iniziative mirate a sollecitare un dibattito con l'obiettivo dichiarato di stimolare la produzione di cultura in questo campo.

Esiste, in effetti, in Italia l'esigenza, molto diffusa in questo momento storico, di creare situazioni e luoghi in cui portare le proprie esperienze per poterle pensare, per potere dare loro un valore verificato, riconosciuto e condiviso.

Senza queste iniziative è quasi automatico cadere nella tentazione di disfarsi delle tecniche, e soprattutto delle teorie che le fondano, per rifugiarsi nell'esperienza e nel buon senso che, in quanto tali, non hanno mai costituito, però, il fondamento di una professione.

In particolare il Circolo del Cedro porta avanti a Roma una stimolante riflessione sulla formazione alla competenza in psicologia clinica (Circolo del Cedro, 1991), che ha avuto anche un momento di dibattito pubblico col Seminario organizzato al San Michele nel novembre 1991.

La problematico affrontata si fonda su alcune affermazioni che possiamo schematizzare come segue.

La formazione, nell'ambito culturale e professionale della psicologia clinica, è sempre o quasi sempre intesa, come formazione ad una specifica competenza psicoterapeutica.

Ciò ha portato a trascurare o a negare la specifica e autonoma matrice della psicologia clinica. Questa disattenzione ha provocato, nella prassi corrente, una definizione basata sul presunto oggetto e non su una metodica (una teoria della tecnica) specifica.

Lo psicologo clinico viene, quindi, a porsi in relazione ai propri oggetti e scopi professionali in un'attitudine curativa che implicitamente riafferma sia il primato del modello medico sia il modello psicoterapeutico.

Inoltre, gli psicologi clinici, utilizzando competenze fortemente disomogenee fra loro, a cui sono stati addestrati nelle strutture private (in assenza di un progetto formativo globale dell'Università) diagnosticano e curano trascurando la ricerca e, là dove avviene, essa risulta prevalentemente orientata all'approfondimento e alla riconferma di un paradigma autoreferente.

Vorrei intervenire nel dibattito proponendo personali riflessioni su alcuni nuclei concettuali quali, in particolare, la formazione in psicologia clinica e l'urgenza di un modello ispirato ai principi della psicologia generale, che d'ora in avanti, chiamerò semplicemente modello "psicologia generale".

1. La formazione in psicologia clinica

E constatazione storica che la formazione professionale dello psicologo, "all'interno di una contingenza del tutto specifica e con la complicità collusiva dell'Università" (Circolo del Cedro, 1992, p.11) è stata demandata, o meglio di fatto è stata iniziata e portata avanti, dalle Scuole private di formazione in psicoterapia.

Se da una parte l'aver risposto a questa inderogabile esigenza di qualificazione professionale ha attenuato le ansie provocate dall'intervento cui lo psicologo, nei Servizi pubblici, doveva in ogni caso sovvenire, dall'altro, forse inevitabilmente, ha dato luogo ad una babele di linguaggi che ha reso il confronto tra esperienze, se non impossibile, certamente bisognoso di una paziente e, a volte difficile, opera di traduzione.

Una serie di fattori, tra cui il bisogno di affermazione e l'idealizzazione del proprio modello psicoterapeutico, hanno, con evidenza, condotto la maggior parte delle Scuole private a fornire una formazione fortemente ristretta al proprio campo di intervento.

Da qui è nato il successivo e grave disagio dello psicologo-psicoterapeuta, specialmente di colui che professionalmente era chiamato ad esercitare nei Servizi pubblici.

Di fatto, la domanda che l'utenza rivolge al Servizio pubblico, in dipendenza delle diversità delle situazioni che si presentano, non dovrebbe essere finalizzata necessariamente alla richiesta di una tecnica psicoterapeutica.

Inoltre a questa varietà di situazioni sul fronte della formazione non dovrebbe corrispondere l'univocità del modello appreso.

La diversità di situazioni contrasta, cioè, radicalmente sia con l'univocità della tecnica insegnata abitualmente nelle Scuole di formazione in psicoterapia, sia con l'univocità della strumentazione di risposta.

Nel caso si abbia a tenere conto realisticamente di quella che viene chiamata la “committenza intrinseca” (Ibid., p. 9), ossia il rapporto dello psicologo con la struttura organizzativa o con il contesto di lavoro, due sono le possibili soluzioni : o la struttura istituzionalizza, in modo settoriale e altamente specialistico, l'intervento dello psicologo-psicoterapeuta all'interno della sua organizzazione, ma allora un'ampia gamma di richieste viene disattesa e travisata, o lo psicologo psicoterapeuta diventa anche psicologo clinico accedendo così alla possibilità di un intervento diversificato, ma allora sovrana regnerà la confusione dei ruoli.

La realtà dei Servizi pubblici pone cioè il problema non tanto di codificare lo specialistico della psicoterapia, anche se in alcune situazioni non c'è ancora chiarezza, quanto quello di definire la formazione professionale dello psicologo clinico.

Gli interventi su questa problematica, in occasione del Seminario del novembre 1991 sono così schematizzabili: “Le persone che applicano” tecniche mancano, per definizione, di una teoria dell'intervento e lo segnalano come assenza di una competenza necessaria. Contemporaneamente, si aspettano che la loro esperienza possa diventare oggetto di ricerca. Attesa pertinente, perché una teoria dell'intervento deve avere come “laboratorio” il fare” (Ibid., p. 8).

Alcune brevi riflessioni sugli argomenti esposti portano innanzi tutto ad una considerazione: a meno che non si vada, o non si scelga di andare, verso una robotizzazione della psicologia clinica essa non può certamente essere solo un'applicazione di tecniche.

Prendendo questa strada non c'è da meravigliarsi se prima o poi si arrivi inevitabilmente al rifiuto di ogni riflessione teorica e all'adozione della “capacità di immedesimazione, dell'empatia, o, più genericamente, della necessità di essere intelligenti e dotati di buon senso” (Ibid.) quale unica soluzione.

È comprensibile che il possesso di una teoria sia gravoso da gestire qualora non sia saldamente ancorato al metodo, che ne è diretta filiazione e che a sua volta determina la scelta delle tecniche. Ma al di là di questo problema nevralgico e di ordine generale, vorrei operare innanzi tutto una distinzione tra modello di riferimento esplicito ed implicito, per sgombrare il campo da possibili equivoci. Poiché non esiste nessuna azione non guidata da un'idea previa, è impensabile ipotizzare un intervento terapeutico che non abbia un rimando teorico (Friedman L., 1988); diventa importante a questo punto rendere espliciti tali rimandi attraverso una teoria “scientificamente” Normalizzata, per evitare la non verificabilità e non comunicabilità di assunti impliciti soggettivi. Concretamente, nell'intento di riempire il vuoto su cui poggia il ruolo dello psicologo clinico, viene sostenuto (Circolo del Cedro, 1992) che la competenza specifica dello psicologo clinico è data dall'analisi della domanda.

Certamente esistono dei rischi nell'accettazione acritica della domanda. E questo per due ragioni: la prima è che nella prassi terapeutica non esiste un intervento in riferimento ad una nosografia puntuale ed esaustiva quale propone invece il modello medico. In secondo luogo non è detto che alla richiesta indirizzata allo psicologo corrisponda un'effettiva volontà di guarigione.

Sempre in questo contesto, si lamenta, inoltre, un'evenienza inevitabile: di fronte alla domanda dell'utenza si replica, in termini livellanti, con la risposta della psicoterapia, e più precisamente di “quella” psicoterapia a cui l'operatore è stato addestrato, e altrettanto vale per le problematiche della diagnosi e degli obiettivi.

Questa disamina, è assai puntuale e rispondente e va nella linea di rinsaldare gli intenti di ricerca d'identità e ruolo professionale, come l'istituzione della Specializzazione in Psicologia clinica alla Facoltà di Medicina e alla Facoltà di Psicologia ha testimoniato.

L'obiettivo risulta non solo legittimo ma indispensabile e necessario poiché da una parte è assurdo pensare la psicoterapia come unico strumento d'intervento psicologico; dall'altra l'opera dello psicologo clinico non può essere lasciata all'improvvisazione o al buon senso.

Tuttavia ipotizzare lo specifico della competenza dello psicologo clinico nell'analisi della domanda sembra alquanto restrittivo.

Qualsiasi intervento, retto da una teoria, da un metodo e quindi da una tecnica che siano degni di questo livello di costruzione non può non essere preceduto da un'analisi della domanda.

Senza'altro una adeguata e pertinente analisi della domanda non può essere effettuata se non nell' hic et nunc della relazione operatore-utente. Ma, anche se l'analisi della domanda si connota come tratto distintivo, il problema è molto più vasto, poiché rimanda ad una realtà ampia e articolata con cui ci si riferisce con questo termine.

Sicuramente l'analisi della domanda consiste nell' "analizzare il processo di simbolizzazione affettiva con cui l'utenza intenzione il rapporto con lo psicologo e nell'individuare le componenti riproduttive del problema posto attraverso la ricerca di indizi, tracce che consentano di delineare quel fallimento della collusione che ha preceduto la domanda nell'ambito dell'istituzione di appartenenza dell'utente" (Ibid., p.21).

Se l'analisi della domanda, però, comprende anche l'individuazione del processo, che ha portato al fallimento della collusione nel sistema istituzionale di appartenenza, e all'istituzione di "una relazione sistematica tra fantasia, simbolizzazione affettiva, mondo rappresentazionale dell'utente da un lato e ricerca di un pensiero entro il rapporto con lo psicologo clinico dall'altro" (Ibid.), mi domando se questo non è una qualche forma di psicoterapia cui si è cambiato nome.

Ma c'è un altro concetto nell'ipotesi del Circolo del Cedro che merita attenzione perché risulta essere al centro di tutta la costruzione ed è quello espresso con il termine "collusione", che viene posta non solo quale base motivazionale della domanda, ma anche quale spiegazione teorica della sofferenza e del disturbo.

Se, come accade, il desiderio dell'utente è quello di avere una risposta collusiva dello psicologo clinico, si verifica il seguente schema collusivo: esiste il problema, viene mascherato dalla domanda di essere preso in cura, nell'attesa che lo psicologo prenda in cura.

Se l'analisi della domanda non permette una risposta complice che soddisfi la richiesta di essere preso in cura, essa dovrà portare a sospendere l'agito per sostituire all'azione un pensiero.

È questo un primo livello di coscienza attivato dallo psicologo attraverso la qualità dell'intervento.

Ma istituire una relazione sistematica "tra fantasia, simbolizzazione affettiva, mondo rappresentazionale dell'utente da un lato e ricerca di un pensiero entro il rapporto con lo psicologo clinico dall'altro" significa entrare nel merito del fenomeno della fissazione, della fantasmizzazione, della coazione a ripetere, tutti concetti che appartengono alla nozione di transfert.

L'aver accostato transfert e collusione mi sembra renda ulteriormente evidente quanto l'analisi della domanda - in questo caso si venga a porre come una forma di psicoterapia (M. Minolli, 1993).

Nutro il sospetto che essa finisca per svolgere la funzione di sostegno alle difficoltà obiettivamente riconosciute e riscontrate nell'inserimento dell'intervento psicoanalitico classico nei Servizi pubblici.

L'analisi della domanda, finalizzata a rendere l'utente capace di "una partecipazione consapevole alle decisioni circa eventuali altre iniziative che lo psicologo clinico potrà intraprendere in fasi successive del suo intervento" (Circolo del Cedro, 1992, p. 21) sembra, in questa ottica, configurarsi come una forma di psicoterapia prepsicoanalitica funzionale cioè a rendere possibile l'eventuale successivo intervento psicoanalitico classico.

Se l'analisi della domanda dovrà essere uno dei compiti dello psicologo clinico, dovrà essere concepita in modo diverso e soprattutto essere affiancata ad altri strumenti perché possa dare allo psicologo clinico un suo statuto professionale adeguato.

2. L'urgenza di un modello "psicologia generale"

Concordo con l'esigenza, oggi largamente partecipata, di individuare un modello di intervento specifico per la psicologia clinica, così come sono d'accordo sulla necessità e l'urgenza di impiegare forze ed energie intellettuali per la costruzione di un modello o di una teoria sufficientemente ampia e generale che funzioni non solo per la psicologia clinica ma anche per la psicoterapia, a necessaria testimonianza di unificazione della scienza psicologica. In questa prospettiva trovo stimolante la strada intrapresa dal Circolo del Cedro di aggredire l'equazione storica tra psicologia clinica e modello medico.

L'assenza di una teoria dell'intervento è stata riempita da un modello medico della diagnosi e della cura che è stata posta alla base sia della psicoterapia che della psicologia clinica.

Chiariamo che cosa s'intende generalmente per modello medico: costruito sui tre parametri della rilevazione fenomenologica della sintomatologia, della conoscenza delle cause patologiche e dell'intervento terapeutico, pur contemplando un margine d'irripetibilità individuale, esso tende a livellare le differenziazioni attraverso l'applicazione di formule generali costruite sulla relazione tra iniziativa terapeutica e ipotesi etiopatogenetica.

Si sostiene che il modello medico, che si fa forte del rimando ad una psicopatologia generale, non possa essere esportato in psicologia clinica, dove la relazione tra le cause etiopatologiche e il disturbo è fuorviante ai fini della cura.

Quale modello in luogo di quello causalistico fondato su causa-effetto può conferire scientificità al lavoro della psicologia clinica?

La risposta è da ritrovarsi nel "paradigma indiziario" di un modello d'inferenze, o abduttivo, oggi peraltro largamente proposto da voci epistemiche a superamento dell'inadeguatezza del deduttivismo di stampo baconiano.

Si tratta in concreto di un metodo esplorativo a procedura indiziaria, scevro dall'applicazione di schemi preesistenti: il lavoro non consiste nel ricercare cause, come nel metodo deduttivo, ma nell'inferire risultati utilizzando l'osservazione di segni nella realtà.

Per le sue caratteristiche viene proposto il modello indiziario-abduttivo (Ginzburg, 1986) come procedura rispondente alla natura del lavoro clinico, diverso appunto dall'agito del medico che si arresta alla congruenza apparente della richiesta di prestazione, non interviene nel rapporto ed è guidato dalla griglia di lettura etiopatogenetica su cui attiva l'iniziativa terapeutica.

Vorrei proporre alcune considerazioni su questo serio programma di rifondazione metodologica.

Una prima è che il modello indiziario-abduttivo sembra porsi nella stessa linea dell'analisi della domanda e del processo di collusione.

Sia l'analisi della domanda sia lo scontato introdursi della collusione sembrano essere affrontate metodologicamente e inquadrare teoricamente in concordanza con il modello indiziario-abduttivo. Tuttavia è possibile considerare, l'essere preso in cura come variabile indipendente di qualsiasi richiesta: chiedere un intervento professionale, in qualsiasi ambito ci si rivolga, comporta inevitabilmente un affidarsi, più o meno passivo, alle conoscenze, al saper fare, alla bravura dell'esperto.

Certamente questo affidarsi può assumere sfumature e colorazioni molto diverse, oscillanti all'interno di un'ampia gamma che va da esigenze realistiche ad aspettative abnormi, sia in momenti circoscritti sia nell'insieme del rapporto.

In quest'ottica la richiesta di essere preso in cura non implica necessariamente e automaticamente una richiesta di collusione. Per questo mi sembra corretto prendere in considerazione anche la possibilità di una richiesta, che pur essendo caratterizzata da affidamento, abbia le connotazioni di realismo e di verificata fiducia. Questo per dire che la richiesta va verificata di volta in volta dal professionista nel suo significato individuale e non lasciata all'automatismo del suo proporsi come richiesta. In altri termini il problema della richiesta collusiva va principalmente visto dalla parte del professionista, dell'uso che lui è portato a farne,

del significato che acquista per lui l'essere oggetto di richiesta. La serietà professionale, oltre alla bravura tecnica, dovrebbe essere giudicata sui parametri della capacità e disponibilità a rispondere o intervenire in funzione del dato oggettivo della richiesta e non sulle esigenze personali di tipo dinamico.

Analizzare la domanda è quindi compito a monte precedente qualsiasi intervento professionale.

Ma se essa si dovesse trasformare a priori in un processo dalla scontata intenzione collusiva, allora non avremmo un modello indiziario-abduttivo d'intervento, ma l'inizio di un percorso terapeutico surrettizio e non è detto che, per questo, esso si discosti dal modello medico.

Passando alla riflessione critica sul modello medico, è stato detto che il motivo centrale per cui il modello medico non può essere preso a prestito dalla psicologia, sembra essere la stretta relazione, esistente in esso, tra iniziativa terapeutica e ipotesi eziopatogenetica. Vorrei esprimere i miei dubbi sull'esistenza di una patologia eziopatogenetica medica completa, sperimentata e definitiva, basti pensare all'esistenza di tante malattie ancor oggi inaggregabili.

Ma il problema non è questo.

Il problema, espresso in una domanda è: una patologia, dopo che è stata effettuata una diagnosi, dovrebbe dare luogo necessariamente ad un intervento di tipo collusivo?

Non vedo alcuna risposta possibile in un'ottica affermativa: sarebbe come sostenere che il sapere, con la esse maiuscola, è automaticamente causa di collusione.

Condivido pienamente l'affermazione che non esiste in ambito psicologico una psicopatologia paragonabile a quella medica; e soprattutto che non esiste una psicopatologia eziopatogenetica, riconoscendo come insensate le affermazioni pseudoeziopatogenetiche riconducibili alle carenze affettive o simili.

Questo è il diretto risultato della molteplicità delle teorie psicologiche, almeno di quelle che si sono aperte al confronto con il clinico. Il riduzionismo e il conseguente atteggiamento di reciproca contrapposizione tra le varie teorie ha portato a un irrigidimento dei propri criteri eziopatogenetici.

Su questa strada posso capire che lo psicologo si precipiti ad affermare spiegazioni eziopatogenetiche riduttive e non verificate, in modo assertivo e intransigente, a se stesso e all'utente, per non cadere nel vuoto dell'assenza di una teoria psicologica generale, e, così facendo, cada nella trappola della risposta collusiva.

Non credo, però, che la rilevazione fenomenologica dei sintomi venga favorita dalla non esistenza di una conoscenza eziopatogenetica, come non credo che la sua esistenza dispensi dalla rilevazione fenomenologica. In altre parole, non solo è sempre possibile ma dovrebbe sempre essere privilegiata una diagnosi di contenuto cioè una diagnosi inferita, non dedotta (G.Rugi, 1990).

Altra è la ragione, a mio avviso, per cui il modello medico non può essere preso in prestito dallo psicologo.

Il motivo è da cercare, nelle scelte epistemiche, nei presupposti a monte che reggono il modello medico e su cui esso è costruito, in quanto incompatibili e fuorvianti per la psicologia. Il modello medico non è esportabile in psicologia per il semplice motivo che suo presupposto epistemico è il riduzionismo biologistico.

Se l'uomo è macchina biologica da spiegare secondo leggi fisiche, non c'è posto per la psicologia. Così, anche ammesso che esista una patologia eziopatogenetica del modello medico, sarà inevitabilmente di tipo biologico-fisicalista.

Mi sembra quindi evidente quanto per "tutta" la psicologia, sia nella sua formulazione teorica sia nella sua prassi clinica, il modello medico ufficiale si ponga agli antipodi, si configuri come inconciliabile, si proponga come deviante.

Non sono molte le teorie psicologiche esistenti che siano esenti dall'aver adottato come riferimento i presupposti del modello medico. Se da una parte questo è spiegabile con la storia della psicologia, almeno

alle origini di stampo neurologico, e con la storia della filosofia della scienza, sovente connotata da visioni neoempiristiche, dall'altra bisognerà pure che un giorno o l'altro la psicologia si metta a riflettere su se stessa, liberata da partitismi e contrapposizioni interne.

Solo una psicologia unificata nelle sue scelte epistemiche potrà permettersi una psicopatologia, una eziogenetica "scientifiche" e una strumentazione tecnica valida, superando nello stesso tempo, come conseguenza, le sterili diatribe e le inutili reciproche accuse tra psicologia clinica e psicoterapia.

Per quanto riguarda il metodo indiziario-abduttivo, in quanto tale, gli assertori di questa procedura vi ritrovano una garanzia di scientificità per la psicologia.

Se l'angolazione scelta è quella della tecnica dell'intervento, il metodo indiziario abduttivo è certamente adeguato e questo sia per la psicologia che per la medicina. Quando si tratta, cioè, di decodificare dei dati individuali, l'unico procedimento logico applicabile è l'inferenza.

Come dice Ginzburg, è indispensabile "la minuziosa ricognizione di una realtà magari infima per scoprire le tracce di eventi non direttamente esperibili dall'osservatore". E ancora ciò che caratterizza il sapere indiziario "è la capacità di risalire da dati sperimentali apparentemente trascurabili ad una realtà complessa non sperimentabile direttamente". In sintesi "quando le cause non sono riproducibili, non rimane che inferirle dagli effetti" (Ibid., p.15)

Ma dopo Popper noi tutti sappiamo che non esistono né osservazioni né inferenze neutre.

Qualsiasi ricognizione o osservazione sottoposta a inferenza fa inevitabilmente riferimento ad una teoria, anche se non necessariamente esplicita, ma presente solo in modo implicito o ipotetico.

È proprio quanto sembrerebbe sostenere il Circolo del Cedro, il quale paradossalmente da una parte, sulla traccia di Ginzburg, difende un metodo esplorativo, scevro dall' "applicazione di regole preesistenti", e dall'altra però, nel momento in cui tira in ballo le "ipotesi genetiche", reintroduce e riconosce la necessità di un qualche genere di parametro di riferimento utile al lavoro di decifrazione.

Per la tecnica dell'intervento il modello indiziario abduttivo si configura, così, come atteggiamento indispensabile e utile, nonché strumento corretto ed efficace, ma non sembra né completo scientificamente, né sufficiente a sostituire il modello medico.

A mio avviso il vero problema della psicologia clinica è che essa ha costruito i suoi modelli teorici di riferimento, compreso quello psicopatologico ed eziopatogenetico, con il metodo clinico e non con il metodo sperimentale.

Se quindi da una parte l'inferenza è giustamente indispensabile per dare senso e regolarità ai dati individuali osservati, dall'altra abbiamo bisogno del metodo sperimentale per la costruzione di una teoria di riferimento da cui dedurre il senso.

In altre parole, sto ipotizzando per la psicologia una scientificità che non sia né quella riduttiva della sola inferenza né quella fuorviante della linearità causa-effetto, ma quella circolare sostenuta da Geymonat (1985) "del condizionamento reciproco" tra inferenza e deduzione.

3. Una prospettiva di ricerca

Sia nella premessa teorica del Documento conclusivo della Commissione istituita per la stesura dei criteri di riconoscimento delle Scuole di formazione in psicoterapia, sia nella discussione sulla formazione dello psicologo clinico portata avanti dal Circolo del Cedro, si fa riferimento alla necessità di superare i modelli autoreferenti delle diverse teorie psicologiche esistenti per raggiungere quello che possiamo chiamare un modello "psicologia generale".

In questo momento storico, in Italia e non solo, è preferibile parlare di psicologia generale piuttosto che di teoria psicologica, o più semplicemente di teoria, visti i diffusi pregiudizi di scuola o gli svariati a priori epistemici che continuano a dividere tra loro gli studiosi delle scienze psico-antropologiche.

Una teoria, modello “psicologia generale”, guadagnerebbe due vantaggi, non solo indispensabili ma soprattutto urgenti per una definizione della psicologia. Il primo è costituito dal superamento dell'esclusività del metodo clinico: la sola osservazione del dato clinico non può essere materiale per la costruzione teorica per il semplice motivo che per definizione è clinico. Non discriminare clinico e “oggettivo” non può non avere conseguenze snaturanti per una teoria, visto che il clinico esprime solo funzionalità dinamica. In altri termini non si può costruire una teoria generale sul dato patologico, altrimenti potremmo anche avere una teoria, ma essa sarà necessariamente parziale e limitata.

Il secondo vantaggio sarebbe dato dal superamento della visione a compartimenti stagni che presenta attualmente la psicologia. Oggi una teoria della forma, si accompagna ad una teoria cognitiva, ad una teoria comportamentistica, ecc., ma non esiste una teoria generale. Ciò comporta visioni settoriali, particolaristiche e soprattutto riduttive. In particolare il riduzionismo delle attuali teorie psicologiche è fuorviante perché, implicando l'assolutizzazione di una componente parziale del problema, permette o rende inevitabili le contrapposizioni e le guerre ideologiche.

Un ulteriore vantaggio, o una conseguenza dei primi due, sarebbe il superamento dell'autoreferenza delle attuali teorie.

L'autoreferenza è risultato della “collusione” tra metodo clinico e teoria, è cioè conseguenza del “circolo vizioso” o del “legame inscindibile” (M. Minolli, 1993).

Nella misura in cui viene sciolto questo legame o collusione, potremmo avere una teoria che non ha più come campo di verifica il clinico, che è solo un aspetto della realtà psicologica, ma la completezza dell'insieme.

Per questo progetto abbiamo tre strade già aperte: la prima è quella rappresentata da una consumata schiera di studiosi che perseguono una promettente opera di approfondimento delle premesse ontologico-epistemiche sottostanti le varie teorie esistenti, al fine di esplicitarne i punti di partenza e i referenti previ sui quali sono costruite; la seconda è data dalla massa di dati, finora non abbastanza utilizzati, ottenuti dall'“Infant Research” in questi ultimi vent'anni. Dati interessanti perché risultato di un cambiamento di metodo originale il quale, invece di fare domande al neonato, prende in considerazione le risposte di cui è capace.

La terza è costituita dalle attuali formalizzazioni della psicologia generale, nella sua molteplice ricchezza di elementi, non sempre, o non sempre correttamente impiegati, in funzione di una visione teorica unitaria.

Non credo sia utopia o idealizzazione, come più volte è stato rimarcato, credere che questo sia un tracciato concretamente percorribile e augurarsi che, in tutti quei settori in cui è viva la ricerca, si lavori per la messa a punto di una teoria generale fondata e validata sul metodo sperimentale.

Purtroppo, in Italia la figura professionale dello psicoterapeuta ha trovato un riconoscimento sociale che manca tuttora allo psicologo clinico. Dico purtroppo perché reputo la psicoterapia un ambito preciso, definito e altamente specialistico che non dovrebbe prendere il posto e il ruolo della psicologia clinica, come invece sovente avviene. Ma non dovrebbe neppure essere il contrario, come attestano alcuni indicatori nei programmi di formazione universitaria. Non può quindi, che essere cosa meritoria l'iniziativa di chi solleva un luogo e un ambito di riflessione e di confronto sulla formazione e sul compito specifico dello psicologo clinico.

È mia convinzione che il ruolo e la formazione dello psicologo clinico e dello psicoterapeuta troveranno un'armoniosa e adeguata soluzione non certo praticando il sistema delle scorriere in campo avverso, ma piuttosto adottando una comune teoria di riferimento. È possibile che una teoria, antropologicamente centrata sul Soggetto e costruita su dati sperimentali, possa superare in funzione unificante il riduttivismo, presentato nella storia della psicologia dalla molteplicità delle teorie, e possa permettere, pur essendo solo agli inizi della formalizzazione, l'inserimento psicologico qualificato e operativo nelle più disparate situazioni d'intervento.

Le riflessioni metodologiche, di quasi cinquant'anni fa, di D.Rapaport (1944-1948) dimostrano ancora tutta la loro validità e la loro efficacia.

Teoria e metodo sono intimamente e indissolubilmente interdipendenti. Se i legami del metodo con la teoria sono sufficientemente esplicitati, allora diventa possibile accedere alla diversità delle tecniche. Quello cioè che dà senso alla tecnica, che ne guida l'applicabilità e l'applicazione è il legame che unisce i suoi elementi ossia il metodo, a sua volta dipendente dalla teoria.

In questo senso, è vero che quello che dovrebbe caratterizzare la psicoterapia e la psicologia clinica non può essere né la teoria né il metodo ma solo e unicamente la tecnica. Mentre la psicoterapia ha ormai una sua tecnica definita e collaudata, la psicologia clinica deve fare opera di messa a punto e probabilmente anche di invenzione.

Se la psicologia clinica, come è noto, si configura come demandata alla diversità e alla molteplicità delle richieste, la tecnica dell'analisi della domanda mi sembra estremamente pertinente. Essa però non può tradursi in analisi della collusione perché introdurrebbe surrettiziamente una forma di psicoterapia creando confusione e sovrapposizione di ruoli. Ritengo allora più pertinente la necessità di ricercare e mettere a fuoco una tecnica suscettibile di rispondere alle domande motivate dalla realtà della sofferenza e del disagio e non dalla presenza delle dinamiche. Una tecnica che non implichi la messa in atto di un processo strutturato nello spazio e nel tempo, ma un intervento focalizzato sul motivo e quindi circoscritto.

Su questo problema sarebbe utile stabilire un luogo di confronto e un ambito di riflessione. In questo momento storico di definizione anche giuridica della psicologia in Italia, ritengo che ciò sia ricavabile da un confronto aperto, di ascolto reciproco, di ricerca comune tra Università, Servizi pubblici e Scuole private di formazione in psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- Calvi E., Lombardo G.P. (1989) *Il ruolo dello psicologo. Ordinamento e campi di applicazione* NIS, Roma.
- Carli R. (1987) *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica* Utet, Milano.
- Circolo del Cedro (1991) *Tre tesi e sei questioni sulla psicologia clinica. Materiali per un confronto*. Riv. di Psicol. clinica, 3, pp. 251 - 259.
- Circolo del Cedro (1992) *La competenza psicologico-clinica* Riv.di Psicol. clinica, 1, pp. 6-37.
- Friedman L. (1988) *Anatomia della psicoterapia* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Geymonat L. (1985) *Lineamenti di filosofia della scienza* Mondadori, Milano.
- Ginzburg C. (1986) *Miti, emblemi, spie* Einaudi, Torino.
- Grasso M., Lombardo G.P., Pinkus L., (1988) *Psicologia clinica. Teorie, metodi e applicazioni della psicodinamica* NIS, Roma.
- Minolli M. (1993) *Studi di psicoterapia psicoanalitica* Centro diffusione psicologia, Genova.
- Rapaport D. (1944-1948) *La metodologia scientifica della psicoanalisi in Il modello concettuale della psicoanalisi* trad.it., Feltrinelli, Milano, 1977.
- Rugi G. (1990) *Diagnosi e teoria* Psicot. e scienze umane, 4, pp.78 - 90.
- Stampa P. (1992) *Contratto e obbligazione in psicologia clinica* Riv. di psicol. clinica 1, pp. 53 - 66.