

I porcospini rivisitati

Re-hexamining the hedgehogs anecdote

RENZO CARLI

*...non è la strada per la quale vai,
è l'andare
Vatsyayama*

A MO' DI PREMESSA

Nel sesto capitolo di *Psicologia delle masse ed analisi dell'Io*, Freud parla del «famoso paragone schopenhaueriano dei porcospini che hanno freddo»; l'obiettivo della citazione è quello di richiamare l'attenzione del lettore sul modo in cui, generalmente, gli uomini si comportano gli uni verso gli altri. In nota viene riportato il paragone tratto da *Parerga e Paralipomena*:

Una compagnia di porcospini, in una fredda giornata d'inverno, si strinsero vicini, per proteggersi, col calore reciproco, dal rimanere assiderati. Ben presto, però, sentirono le spine reciproche; il dolore li costrinse ad allontanarsi di nuovo l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di riscaldarsi li portò di nuovo a stare insieme, si ripeté quell'altro malanno; di modo che venivano sbalottati avanti e indietro fra due mali, finché non ebbero trovato una moderata distanza reciproca, che rappresentava per loro la migliore posizione (Freud, 1921, pag. 290).

Qualche tempo fa, in una discussione amichevole sulla psicoterapia, a qualcuno venne alla mente di «paragonare» l'apologo dei porcospini alla psicoterapia psicoanalitica, o se si vuole alla «psicoanalisi» intesa quale cura. Dissi, mi ricordo, che il paragone poteva anche andar bene; ma le cose, a mio modo di vedere, erano andate diversamente da come si rac-

contava: i porcospini si scaldano *andando avanti e indietro*, nel tentativo di evitare i «due mali», non quando trovano una moderata distanza reciproca!

Riporto questa osservazione, evidentemente ironica, perché mi sembra utile per dire, sin dall'inizio, come la penso sull'annoso problema della verifica in psicoterapia; penso che la psicoterapia sia un'esperienza che vada valutata all'interno del processo che realizza; ritengo, di contro, scorretto e per più ragioni considerarla come un intervento di cui si debbano validare i «risultati».

La psicoterapia, ma mi riferisco in particolare alla psicoanalisi ed alla psicoterapia ad orientamento psicodinamico, è l'andare, non la strada per la quale vai.

UNA RIFLESSIONE EX IUVANTIBUS

Vediamo alcuni dati che possano dar ragione della mia affermazione.

In Italia ci sono, oggi, circa 25.000 psicoterapisti; questo è grosso modo il numero di psicologi e di medici che hanno ottenuto l'iscrizione all'elenco degli psicoterapisti, così come è prescritto dalla legge 56/89, in particolare dall'articolo 3 della legge stessa.

Tale è la situazione italiana, dove si è voluto regolamentare l'attività psicoterapeutica; ma le cose non vanno diversamente in molti altri stati «occidentali», europei ed americani, del Nord e del Sud.

Le ricerche sulla valutazione della psicoterapia dicono, sostanzialmente, che la psicoterapia ottiene ri-

Indirizzo per la corrispondenza: Professor R. Carli, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma «La Sapienza», via dei Marsi 78, 00185 Roma.

Fax + 39-(0)6-5896530

E-mail: spscedro@mbox.vol.it

sultati apprezzabili, indipendentemente dalla tecnica che si è applicata alle differenti aree problematiche.

Le aree problematiche, dal canto loro, sono differenziate entro categorizzazioni psicopatologiche, anche molto dettagliate. Di fatto, per altro, ciascun psicoterapista tende a «curare» con la stessa tecnica tutte le aree problematiche. Quindi: con la stessa tecnica si «cura» l'intera gamma della psicopatologia; la stessa psicopatologia è «curata» da differenti tecniche psicoterapiche. Per l'accesso ad una psicoterapia si tende a fare non tanto una «diagnosi», quanto una valutazione che, penso, sia più corretto denominare: «analisi di fattibilità». L'analisi di fattibilità tende a dare garanzie allo psicoterapeuta sulla possibilità di applicare la tecnica che lo caratterizza, più che motivare alla scelta di uno specifico approccio terapeutico, in funzione delle differenti forme psicopatologiche. Di fatto, indipendentemente dalla forma psicopatologica, una volta effettuata l'analisi di fattibilità la tecnica applicata dipende dalla caratterizzazione specialistica del singolo psicoterapista.

Con la psicoterapia, quindi, siamo lontanissimi dal modello medico di cura; un modello, quello medico, che si fonda sulla triade: diagnosi (eziopatogenetica, e questo è importantissimo, per non cadere nella terapia sintomatica); prognosi; terapia.

Eppure, nonostante questi dati, che appaiono desolanti per chi volesse garanzie di «scientificità» del processo psicoterapeutico, la pratica psicoterapeutica va avanti per la sua strada e si diffonde progressivamente. È vero, in questi ultimi anni appaiono i primi sintomi di una crisi di «mercato», negli Stati Uniti inizialmente, poi in altri paesi, Italia compresa. Ma sono crisi dovute non tanto ad una diminuzione della domanda di psicoterapia, quanto al forte incremento dell'offerta di psicoterapisti. Pensiamo al nostro paese: negli anni 60 c'erano in Italia poche decine di psicoanalisti e le altre «scuole» psicoterapiche erano assenti; anche la psichiatria non proponeva «psicoterapia», quanto approcci diversi (ludoterapia, atelier di pittura, ecc.), legati alle differenti esperienze formative degli psichiatri stessi, e comunque applicate alla psichiatria «grave», quella ospedalizzata, nella maggior parte dei casi. Oggi siamo alla quantità di offerta psicoterapeutica prima stimata, certamente per difetto: un incremento stupefacente nel giro di trent'anni, sicuramente incomparabile con quello delle altre aree professionali.

L'incremento della domanda e dell'offerta di psicoterapia, è questo che le considerazioni ora proposte sembrano implicare, non è dovuto alla «dimostrazione» di scientificità della psicoterapia, e tanto

meno alla dimostrazione, *ex iuvantibus*, dell'efficacia della pratica psicoterapeutica nelle sue differenti tecniche.

D'altro canto, come si può parlare di «risultato» per una pratica terapeutica che, come nel caso della cura psicoanalitica, dura sette, otto anni? Come si può pensare che una persona pratici una cura che prenderà in modo rilevante, sotto differenti aspetti, una così gran parte della sua vita, per aspettare i risultati della cura stessa al suo termine?

La mia ipotesi, nel considerare questi aspetti per così dire strutturali della psicoterapia, è che questa pratica abbia dovuto darsi una legittimità ed una credibilità sociale per appoggio a qualcosa che già godeva di tutto questo; si sia quindi riferita alla terapia medica, mutuandone in modo acritico, ma efficace sotto il profilo della legittimazione sociale, termini come terapia e guarigione. Pur avendo poco a che spartire con la terapia medica. Credo anche che da questa posizione anaclitica, di appoggio al modello medico, siano insorti molti equivoci.

UNO SGUARDO ALLA VERIFICA: MODELLI ESPLICITI ED IMPLICITI

Quando si parla di verifica della psicoterapia è importante capire a chi si rivolge l'Autore che propone considerazioni o lavori sperimentali sul tema.

Mi riferisco, quale esempio paradigmatico, al problema della psicoanalisi; per esaminare in seguito il campo più vasto delle psicoterapie nel suo insieme.

Pensiamo all'interrogativo ed al dibattito, nel quale ci saremo sicuramente imbattuti, se la psicoanalisi sia o meno una scienza.

Qui l'interrogativo è strettamente epistemologico; periodicamente, psicoanalisti versati in filosofia della scienza ed epistemologi versati od implicati nella psicoanalisi ripropongono un dibattito ormai disperante nella sua ondivaga risultanza.

Chi non ricorda gli enunciati del positivismo logico, volti a sottolineare la scarsa propensione alla scientificità di una disciplina, qual è la psicoanalisi, che non garantisce una univoca interpretazione del fatto clinico: dimostrando di non possedere all'interno della teoria un «criterio» univoco per stabilire la correttezza della pratica interpretativa? Ricorderemo anche la grande tematica sollevata da Popper sulla falsificabilità della teoria scientifica, e l'accusa volta alla metapsicologia psicoanalitica, i cui enunciati

sono talmente generici da scoraggiare ogni tentativo di falsificazione.

Ciò che interessa, per altro, è l'ingenuità «clinica» con cui si ripropone spesso il dibattito. Come, ad esempio, quando Grumbaum invita a verifiche della teoria psicoanalitica «esterne» allo stretto mondo interno, o se si vuole al di fuori della clinica. Se, ad esempio, è una «difesa» dall'omosessualità che genera la paranoia, dice Grumbaum, allora nelle società e nelle culture più permissive, dove c'è più tolleranza nei confronti dell'omosessualità, dovrebbe verificarsi un apprezzabile calo delle forme paranoidee. Qui la «tolleranza» viene considerata quale fattore facilitante un decremento del processo difensivo della «rimozione», quindi dell'insorgenza della psicopatologia paranoidea come risposta alla difesa. E vengo alla mente Autori come Fornari o Matte Blanco che, sia pure con argomentazioni differenti, considerano la «rimozione» come un costrutto obsoleto entro la teorizzazione psicoanalitica.

La tolleranza di cui parla Grumbaum quale fattore culturale, «esterno», sembra non aver nulla a che fare con la simbolizzazione emozionale della propria «parte» omosessuale, che appartiene al mondo interno.

Ancora, la psicoanalisi non si è mai interessata alla «paranoia» come fenomeno psicopatologico, con una sua epidemiologia ed un suo andamento secondo serie storiche. Lo psicoanalista si occupa di singoli casi, che spesso presentano «anche» processi, dinamiche transferali paranoidee, senza che sia mai definito come «paranoico» o «affetto da paranoia» un paziente in cura. I pazienti in psicoanalisi, nei resoconti della letteratura specialistica, non sono mai o quasi mai definiti secondo etichettature psicopatologiche tali da rendere fattibile quel processo di verifica esterna alla clinica, auspicato da Grumbaum.

Gli epistemologi parlano agli epistemologi, e la psicoanalisi continua per la sua strada.

C'è un secondo livello di verifica: concerne i «dati» che si possono raccogliere nel corso del lavoro psicoterapeutico, ed ancora faccio riferimento alla psicoterapia psicoanalitica.

Dati di difficile lettura univoca, una volta che vengano sottoposti a differenti «analisti». È l'osservazione scoraggiante da cui è partito Luborsky per la sua ricerca volta a fornire modelli di analisi del *transfert*; modelli capaci di ottenere risposte univoche da più analisti sullo stesso materiale (Luborsky & Crits-Cristoph, 1992). Il CCRT è il metodo atto ad ottenere formulazioni circa il tema relazionale conflittuale centrale del paziente, considerato dal-

l'Autore quale misura attendibile del *transfert* caratterizzante quel particolare paziente.

Qui interessa sottolineare il dato di partenza della metodologia proposta da Luborsky: dato che rileva l'impossibilità di un'analisi univoca sui temi transferali di uno stesso paziente, qualora il materiale analitico possa essere «letto» da differenti terapeuti. Preoccupazione che sembra voler rispondere, come si è visto, alle obiezioni del positivismo logico. La proposta metodologica di Luborsky, d'altra parte, non ha determinato un cambiamento radicale nella tecnica psicoanalitica ed ha prodotto più le «citazioni» di queste esperienze di misurazione, nei lavori ad impronta epistemologica, che reale modificazione della prassi.

Ad un obiettivo di generalizzazione del materiale psicoanalitico si è dedicato anche il gruppo di ricerca di Ulm, capitanato da Horst Kachele. In questo caso ciò che interessa rilevare, nella sua paradossalità, è l'enorme quantità di materiale sottoposto ad analisi «logica», lessicale e del contenuto. Una quantità che fa pensare all'*hic et nunc* del lavoro psicoterapeutico ed alla difficoltà, o meglio all'impossibilità che l'analista possa processare quei dati nella loro interezza progressiva. Per poi giungere a conclusioni interessanti sotto il profilo di una considerazione «globale» del trattamento: ad esempio evidenziando come la parola «angoscia» ricorra con un determinato andamento frequenziale nelle 700 sedute di una terapia ad un paziente grave, e come la parola rabbia venga utilizzata dall'analista in sequenze coerenti con l'uso del termine angoscia da parte del paziente. Da questi «schemi» si può vedere come l'analista «apprenda» dal paziente a parlare di angoscia e come il paziente «apprenda» dall'analista a parlare di rabbia; si vede, inoltre, come le due sequenze di «apprendimento» siano in relazione tra loro.

Sono ricerche volte ad una conoscenza del lavoro psicoanalitico, in alcuni suoi aspetti interessanti in quanto concernenti l'insieme delle verbalizzazioni entro una specifica esperienza terapeutica. Ma che mostrano, in queste risultanze, anche il loro limite nell'obiettivo di verifica della stessa terapia.

Sembra che questi lavori parlino ai ricercatori che intendano perseguire le stesse strade dei gruppi di ricerca in analisi. Non parlano né agli psicoanalisti, che tendono ad ignorare od a guardare con sufficienza a questi tentativi, così come non parlano all'utenza.

Quell'utenza che sembra del tutto ignorata sia dal dibattito epistemologico che dalle ricerche sul «processo» psicoanalitico.

Questo apre ad un interrogativo a mio modo di vedere interessante: come mai non si sente la necessità di comunicare dati di verifica all'utenza? Ed al contempo, come mai l'utenza continua ad utilizzare la psicoanalisi, anche in assenza di dati certi o quantomeno approssimativi sui «risultati» di un percorso terapeutico così impegnativo e «costoso» per chi lo intraprende?

Le cose vanno diversamente nel caso della psicoterapia comportamentista; qui, ed è a mio modo di vedere l'unica tecnica che risponde a queste caratteristiche, si propone una stretta relazione tra processo di insorgenza del comportamento problematico (il condizionamento nelle sue varie «forme») e processo di intervento (il decondizionamento, nelle sue varie tecniche). Ora, è interessante notare che la letteratura scientifica concernente la verifica dei risultati in psicoterapia si esaurisca quasi totalmente entro le ricerche di verifica in ambito comportamentista.

Con due ordini di problemi che, a mio modo di vedere, questo dato solleva: perchè continua l'assenza di una verifica in altri ambiti della psicoterapia? quali sono i «limiti» dell'intervento comportamentista, se si considera l'intera gamma della problematica offerta alla psicoterapia nel suo insieme dall'utenza?

PSICOTERAPIA E CONTESTO. O NO?

Come si vede, si torna ancora all'utenza. All'utenza quale dimensione di contesto.

Allora, il dibattito epistemologico ed i tentativi di «oggettivizzare», rendere ostensibili e comparabili le decisioni terapeutiche in corso d'opera nel trattamento psicoanalitico, appaiono come proposte che trattano la psicoanalisi in modo decontestualizzato. Come se la psicoanalisi fosse una pratica della cura eguale a se stessa, indipendentemente dal contesto in cui gli psicoanalisti operano.

Più in generale si può affermare che sempre più si diffonde una concezione della psicoterapia, in generale, *come se* fosse una realtà decontestualizzata. E ritorniamo all'ipotesi dell'appoggio al modello medico, che anch'esso si pretende, e per certi versi a ragione, decontestualizzato.

La psicoterapia, a mio modo di vedere, non si può «permettere» questo. A cominciare dall'ipotesi che esista una «psicoterapia» quale contenitore che copre diversità radicali, modi di operare e funzioni so-

ciali fortemente diverse, al limite dell'incomparabilità.

Un contenitore che è stato varato, nel nostro paese, dall'esigenza legislativa di legittimare la pratica «psicoterapeutica» con l'iscrizione, di chi la intende praticare, all'elenco apposito, entro gli ordini dei medici e degli psicologi. Esigenza che sembra aver realizzato, per decreto, l'unificazione semantica e pragmatica della psicoterapia.

Pensiamo, ad esempio, alla storia della psicoterapia sistemico-relazionale in Italia, della quale traccerei brevi tratti, non pretendendo ovviamente una completezza di questa ricostruzione. Negli anni '50 nasce negli Stati Uniti questo movimento teorico-pratico, e nasce in ambito psichiatrico come nuovo modo di contestualizzare in ambito relazionale l'insorgenza della malattia mentale. Per tutti gli anni '50 e '60 questo movimento trova difficoltà ad affermarsi in Italia, per la forte opposizione della psichiatria ufficiale, accademica ed ospedaliera. Alla fine degli anni '60 scoppia e si sviluppa il movimento antipsichiatrico; ebbene, è quello il momento storico in cui entra con forza, in Italia, l'approccio sistemico relazionale; un approccio che prevede per la malattia mentale una genesi entro le relazioni interpersonali, quindi un approccio che fonda scientificamente l'obiettivo di restituire alle famiglie ed al contesto il malato mentale. Ed i primi «relazionali» si occupano di formare gli «operatori» della psichiatria a questo approccio alla malattia mentale, volto ad appoggiare e mantenere la deistituzionalizzazione e l'inserimento sociale del malato mentale, quindi la negazione dell'ospedale psichiatrico.

È solo intorno al '76-77 che il movimento sistemico relazionale cambia per così dire faccia, spostando il suo interesse alla formazione di psicoterapisti sistemici ed alla pratica della terapia familiare in ambito «privato», come anche ed ancora pubblico, ma con caratteristiche differenti di contesto. Cosa è successo in quegli anni? Certo, è nel '78 che viene varata la riforma psichiatrica nel nostro paese. Ma ci sono fattori a mio avviso ben più importanti per comprendere l'evento in questione.

I corsi di laurea in Psicologia hanno cominciato a immettere, in quegli anni, sul mercato del lavoro e della formazione i primi «psicologi». Gli psicologi c'erano già, ben inteso, nel nostro paese. Ma all'epoca della fondazione del corso di laurea in psicologia, gli psicologi italiani erano poche centinaia, per la maggior parte operanti entro gli istituti universitari ed entro l'ENPI.

Oggi gli psicologi sono circa 25.000!

Si è posto da subito un problema, un grande problema occupazionale per questo gran numero di psicologi che veniva immesso entro un mercato del lavoro senza alcuna previsione o programmazione di impiego della professionalità psicologica. Questa assenza di programmazione, evidentemente, si ripercosse anche sul modello formativo, che navigava alla cieca, vista l'assenza di obiettivi professionalizzanti. Ebbene, il movimento psichiatrico relazionale-sistemico fu una delle prime forze organizzate che si rivolse al «mercato» degli psicologi come potenziale utente di una formazione; il movimento, infatti, si trovava in una impasse problematica, non potendo investire il suo futuro entro una psichiatria territoriale che trovava faticosamente un suo equilibrio. Di qui l'esigenza di spostare l'attività sistemico-relazionale anche al «privato», alla psicoterapia.

Proponendosi, in tal modo, quale offerta ad una utenza che sino a quel momento aveva trovato nella sola psicoanalisi un contesto di cura. La psicoanalisi, infatti, quale movimento terapeutico, aveva riservato al «privato» la sua prassi, in modo rigoroso e coerente con l'approccio del *setting* e del modello intrapsichico dell'analisi stessa.

È interessante notare che mentre il movimento sistemico relazionale «apre» agli psicologi, la Società Psicoanalitica Italiana dimostra, fin dall'inizio dei corsi di laurea in Psicologia, un atteggiamento curioso, ancora poco «analizzato» nella sua portata pragmatica: ufficialmente la SPI propone atteggiamenti di ostilità e di diffidenza nei confronti degli psicologi, visti come massa impreparata e pronta a dare alla psicoanalisi quell'impronta «selvaggia» paventata da Freud (che peraltro usò questo aggettivo a proposito di un «medico della periferia viennese»). Ufficiosamente alcuni psicoanalisti, appartenenti alla SPI e di formazione psichiatrica, non psicologica, insegnano «psicoanalisi» nei corsi di laurea in Psicologia, attraverso discipline le più varie, usate come una sorta di cavallo di Troia. Ma cosa insegnano? La teoria psicoanalitica, evidentemente, non la tecnica. Predicando, poi, che «molti sono i chiamati, ma pochi gli eletti». Senza chiedersi cosa avrebbero fatto gli altri.

In quegli anni di fondazione della professione psicologica c'è il grande vuoto della psicologia, nel delineare le prospettive professionali dei nuovi laureati; al suo posto ci sono gli psicoanalisti, e poi una serie di altri «tecnici» della psicoterapia, appartenenti alle differenti scuole.

Inizia così, nella seconda metà degli anni 70, la diffusione della psicoterapia «privata» in Italia. Una diffusione che sembra motivata dal grande nu-

mero dei laureati in psicologia e dall'assenza, in chi ha organizzato i corsi di laurea ed in chi guida la formazione in tale ambito, di prospettive professionali «per gli psicologi».¹

Questo è il paradosso di quegli anni: la fondazione di corsi di laurea in Psicologia presso le Facoltà di Magistero (che di lì a qualche decennio diventeranno Facoltà universitarie) senza alcuna idea o progetto sulla professione di un così gran numero di psicologi. Trasformando lo psicologo in un allievo, potenziale all'università e reale nelle scuole post universitarie, delle differenti scuole di psicoterapia.

Quelle «psicoterapie» (psicoanalitica, relazionale o cognitivista) che ben presto vengono insegnate all'università, senza che tali insegnamenti si proponano come professionalizzanti nei rispettivi ambiti, motivano alla ricerca della professione psicoterapeutica una gran parte dei laureati in psicologia.

Un esempio? Una recente ricerca sulla struttura professionale degli psicologi del Lazio (in tutto circa

¹ Ernesto Valentini, nel 1973, scriveva: «Il Corso di laurea in Psicologia si afferma essere valido per preparare all'insegnamento della psicologia nei licei magistrali e nella sezione sociale del liceo moderno, per formare gli operatori della psicologia all'esercizio della professione di psicologo, per addestrare alla carriera scientifica, potendo il Corso di laurea in Psicologia conferire tre gradi di titolo universitario: diploma, laurea professionale, dottorato di ricerca».

Riporto queste parole con uno scopo specifico: siamo nel 1973, appena 24 anni fa e Valentini, con il documento dal quale è stata tratta la frase citata, si accingeva a presentare e sostenere, nell'ambito di una riforma della Facoltà di Magistero, il primo corso di laurea in Psicologia nel nostro paese; Corso di laurea che di là a poco avrebbe avuto inizio a Roma ed a Padova.

Ebbene, se si rilegge attentamente la citazione, si trova che Valentini, il «fondatore», aveva bene in mente la professione «universitaria» dello psicologo; aveva anche in mente (ahimè!) la professione «insegnante» dello psicologo nei licei «moderni». Ma non aveva alcuna idea sulla professione di psicologo, utilizzando a questo proposito una tautologia che al lettore risulterà eloquente: «formare gli operatori della psicologia all'esercizio della professione di psicologo», senza alcun accenno a cosa si intendesse per professione psicologica!

O meglio, senza alcuna idea o proposta sul *contesto* entro cui gli psicologi avrebbero potuto esercitare la loro professione.

Non è un caso che l'area professionale oggi più affollata dagli psicologi sia quella che, si pensa, non necessita di un contesto: la psicoterapia nelle sue declinazioni di scuola, intesa quindi come professione «privata»; privata se con questo termine, nella cultura e nella credenza degli psicologi, si intende un'area di esercizio professionale senza mandato sociale, senza committenza, senza verifica dei risultati e loro validazione al fine di istituire, rafforzare, ampliare, correggere e mirare il mandato sociale per la professione.

I contesti fanno le professioni. La competenza professionale, in altri termini, si «organizza» in professione se sa rispondere a specifiche problematiche del contesto. È il rapporto tra problema e competenza che rende stabile e condivisa una professione entro la nostra società.

6.000) mostra che l'80% circa della popolazione esercita la psicoterapia, nel privato per la maggior parte, o nel pubblico dei servizi territoriali. È anche interessante notare che i modelli di riferimento utilizzati siano gli stessi di quelli insegnati all'università: il 44% degli psicologi laziali fa riferimento al modello psicoanalitico, il 18% al sistemico relazionale, il 15% a quello cognitivista-comportamentale.

È difficile risalire al processo formativo di questa grande «massa» di psicoterapisti; è difficile anche valutare la loro entità, in rapporto ad una domanda sociale che non si conosce.

Esistono infatti due modi di fare e proporre all'utenza la psicoterapia.

Il primo concerne il lavoro psicoterapeutico entro un contesto di intervento: ove dal contesto stesso sono definiti utenza, obiettivo e mandato sociale.

Penso ad esempio ai servizi di psicologia clinica entro specifiche strutture sanitarie, quali i reparti oncologici, le cliniche ostetriche, i reparti pediatrici. Oppure si possono ricordare i contesti riabilitativi di differente natura, i servizi di salute mentale sul territorio, i servizi di psicologia nelle scuole... Gli esempi potrebbero continuare.

Qui l'intervento «psicoterapeutico» non si traduce nell'applicazione «ortodossa» di una tecnica, sia essa psicoanalitica, sistemica, cognitivista, transazionale, gestaltica o altro (e la lista potrebbe continuare parecchio).

Si tratta piuttosto di modi di intervento che sono definiti da vari fattori, alcuni dei quali non sistematici, in interazione tra loro; ne ricordiamo alcuni:

il tipo di utenza: è diverso l'intervento con un gruppo di alcolisti, quello con studenti di scuola media segnalati dagli insegnanti per problemi di apprendimento, l'intervento entro le problematiche di adattamento all'ospedale in un reparto di medicina interna o di chirurgia infantile, la preparazione al parto o il *counseling* entro la popolazione giovanile, adolescenziale;

l'obiettivo dell'organizzazione in cui avviene l'intervento: l'apprendimento nel caso della scuola, la diagnosi e la cura di malattie organiche, la riabilitazione, la facilitazione od il ripristino dell'inserimento sociale in malati psichiatrici gravi;

la preparazione di chi effettua l'intervento psicoterapeutico: medica, psicologica, psichiatrica, psicoanalitica, sistemica;

l'obiettivo dell'intervento psicoterapeutico: integrazione nel contesto, analisi dei fattori personali e/o sociali che interferiscono nel processo di appren-

dimento, modelli culturali di adattamento al contesto del reparto ospedaliero.

È importante notare che, in questi casi, la verifica dell'intervento viene effettuata sui «risultati» dell'intervento stesso da parte della committenza; chi interviene, di contro, può e deve avere degli indicatori di processo che gli consentano di verificare, di momento in momento, dove sta andando con il suo lavoro. È anche interessante notare che la committenza ha, nella richiesta di intervento, specifici fini. *Ove per fine intendiamo uno stato della realtà socialmente desiderabile* (ad esempio, l'adattamento ordinato dei pazienti al contesto ospedaliero, l'apprendimento degli studenti secondo i canoni attesi dal programma scolastico, ecc.). Chi interviene, di contro, funziona per obiettivi. *Per obiettivo intendiamo il risultato più probabile di una tecnica scientificamente fondata.*

Quando l'intervento psicoterapeutico si realizza entro un contesto che funge da committente dell'intervento stesso, la verifica ha due momenti: da parte della committenza, e nel medio-lungo periodo, si verifica il raggiungimento dei fini; da parte dell'operatore, e nel breve periodo, si verifica il perseguimento degli obiettivi. Ove gli obiettivi siano coerenti con i fini concordati con la committenza.

È questo l'ambito ove è possibile iniziare un solido lavoro di verifica, a partire dalla valutazione dell'efficacia dei differenti stili di trattamento entro le differenti problematiche, affrontando il problema della codifica delle problematiche stesse, *coerente con la teoria della tecnica che fonda l'intervento.*

Come si può evidenziare, qui l'intervento psicoterapeutico è necessariamente iscritto entro un contesto sociale che si articola in modo diverso dalla relazione duale (grupuale, che è lo stesso) della psicoterapia tradizionalmente intesa.

Ricordiamo, per altro, che la psicoanalisi non ha mai operato in contesti organizzativi; i pochi esempi in proposito confermano la regola ora enunciata. La psicoanalisi, quale cura «ortodossa», si realizza entro la relazione duale acontestuale. Al posto del contesto c'è il *setting*.

Ebbene, l'ipotesi che intendo sostenere afferma che la psicoterapia, quella psicoterapia sviluppatasi in conseguenza della professionalizzazione psicoterapeutica degli psicologi, pur riferendosi a modelli teorici differenti, ha mutuato le condizioni del lavoro «privato» della psicoanalisi. Ha fondato, in altri termini, una prassi professionale senza committenza, quindi senza contesto e senza mandato sociale (Carli, 1996).

Una psicoterapia inverificabile per ragioni ben più immediate e semplici di quelle citate all'inizio e concernenti le diatribe epistemologiche «classiche».

Una ragione fondante quanto sto sostenendo è il fatto che la «nuova» psicoterapia sia in gran parte conseguente all'esigenza occupazionale di una nuova e strana professione, senza tecnica e senza teoria della tecnica, senza comittenza e senza utenza istituzionale.

Il periodo «storico» in cui questa nuova professione si è andata affermando nel nostro paese ha coinciso, anche, con la crisi della psichiatria italiana e con la profonda spaccatura tra la psichiatria accademica, che difendeva la scientificità di un approccio organicista alla malattia mentale, e la psichiatria sul territorio il cui obiettivo era quello dell'inserimento e del mantenimento dei malati mentali entro il contesto sociale, vale a dire della deistituzionalizzazione della psichiatria.

Questo periodo di «crisi» della psichiatria ha aiutato la confusività entro la nuova professione psicologica, facilitando quell'approccio psicoterapeutico che stava a mezzo tra la psichiatria organicista e quella istituzionale. Nell'illusione che la psicoterapia potesse avere a che fare con la cura della «malattia mentale». Di qui la confusione ed i tentativi di sovrapposizione funzionale tra psicologi e psichiatri entro i servizi territoriali ed entro il «privato». Confusione controllata dagli psichiatri «egemoni» entro le strutture sanitarie; meno controllata entro un «privato» ove gli stessi psichiatri, «didatti» degli psicologi nelle scuole di psicoterapia, avevano l'interesse ad alimentare le aspettative «terapeutiche» delle nuove leve provenienti dalle Facoltà di psicologia.

LA NUOVA UTENZA DELLA PSICOTERAPIA E L'ANALISI DELLA DOMANDA

Questa massiccia «offerta» di psicoterapia, per altro, ha avuto un merito. Un merito ancora poco conosciuto, a mio avviso, e per certi versi temuto dagli stessi psicoterapisti. È il merito di aver offerto un'occasione di «aiuto» alla nuova utenza sia nei servizi che nel privato². Un'utenza che non può essere defi-

² È questa «nuova utenza» che, con la sua domanda, ha reso possibile in questi anni un tentativo di trasformazione della professione psicoterapeutica nell'ambito psicologico: una trasformazione che ha portato alla psicologia clinica.

nita secondo un modello psicopatologico, quello per cui si pone una diagnosi (differenziale, s'intende), una prognosi ed un'indicazione terapeutica. Un'utenza che non chiede di essere «sottoposta» a specifiche tecniche psicoterapeutiche, che non chiede, per intendersi, di fare psicoanalisi o terapia familiare; un'utenza che propone i propri «problemi», in modo spesso impreciso, con teorie già organizzate attorno ad essi ed alle loro ragioni; un'utenza che comunque si rivolge allo psicologo.

La nuova utenza della psicoterapia non va dallo psicologo psicoterapista perché «malata», o perché «soffre». Queste sono le mistiche di chi intende ancora poggiare la propria legittimazione sulla professione medica. Lo faccia, tanto su queste basi anaclitiche non troverà mai mandato sociale, quindi «senso» per la sua funzione.³ Ricordando, per altro, che la professione medica non fonda sulle motivazioni di sofferenza o di «malattia», genericamente intesa, il suo mandato sociale.

La nuova utenza va dallo psicologo clinico, che ha tra le sue competenze anche quella psicoterapeutica, perché lo psicologo clinico «esiste». È quindi il rapporto di domanda che configura la problematica posta dall'utenza allo psicoterapista *psicologo*.

Il problema è allora quello di fondare modelli per la lettura competente della domanda stessa.

L'analisi della domanda, modello di cui il gruppo di ricerca della mia Cattedra e del Centro Clinico della Facoltà di Psicologia di Roma La Sapienza si occupano da anni, vuole dare una risposta all'interrogativo posto: l'individuazione di una teoria della tecnica competente nell'analisi della domanda.

Un'ipotesi, seguita con interesse, definisce la domanda come conseguente ad un fallimento nei pro-

³ Mandato sociale per la psicologia: intendo con questo termine una rappresentazione sociale diffusa nella società, secondo la quale determinati *fenomeni* sono espressione di processi e variabili riferibili alla *psicologia*; di conseguenza l'intervento su detti fenomeni è considerato competenza dello psicologo. Il mandato sociale, quindi, non coincide con la domanda della committenza, nei singoli casi in cui si verifica. Si tratta piuttosto di un *modello culturale diffuso*, una rappresentazione sociale condivisa che, per l'appunto, fa sì che un determinato bisogno, un dato fenomeno sia visto ed interpretato come associabile ad una specifica competenza professionale. Un modello culturale che consente l'incontro tra domanda ed offerta di servizi professionali. È questo il motivo per cui una psicoterapia «psicologica», se fondata su modelli e riferimenti «medici» non troverà mai mandato sociale per lo psicologo e costringerà lo psicologo stesso a «diventare qualcosa d'altro» per esercitare la psicoterapia; in questo, per altro, incontrando i limiti non più del mandato sociale, bensì della legittimazione ad occupare uno spazio professionale che non gli compete.

cessi collusivi, sia nella relazione individuo-contesto che nella relazione organizzativa. Questo modello, evidentemente, implica che portatori di domanda di intervento siano *individui* come anche *organizzazioni sociali* (aziende di produzione e di servizio, gruppi di lavoro, strutture formative, servizi sanitari territoriali, ecc.); implica che nel rapporto con il contesto si siano verificati dei cambiamenti, delle innovazioni o dei riassetti di potere che comportano un fallimento dei processi collusivi precedentemente istituiti.

L'obiettivo che ci si pone in questi interventi è di rispondere in modo adeguato alla ri-produzione agita del fallimento collusivo entro la relazione istituita con la domanda di intervento-aiuto-terapia-coinvolgimento emozionale, ecc., proponendo uno spazio per pensare a quanto si agisce tramite la domanda stessa.

Si tratta, come si può capire, di un obiettivo metodologico, non orientato al perseguimento di uno «stato» verificabile al termine dell'intervento psicoterapeutico.

L'obiettivo metodologico, fondato sulla sospensione dell'agito collusivo da parte dello psicologo-psicoterapeuta, consiste nella *traduzione in pensiero delle emozioni agite da chi pone la domanda entro il rapporto terapeutico*. È sintetizzabile nel triangolo «fantasia»-«pensiero»-«azione». La fantasia emozionale, fondata sulla simbolizzazione affettiva dell'«altro», può esitare nell'azione; l'azione, necessariamente iscritta in un contesto, è azione collusiva. È nell'ambito delle azioni collusive, fondate su simbolizzazioni condivise entro un contesto, che si pongono i fallimenti della collusione. Il ripristino di un pensiero sull'agito collusivo può consentire l'organizzazione di nuove azioni di adattamento al contesto. Quali azioni? Non spetta allo psicologo prevederle od indirizzarle; starà all'utenza scegliere la via più adeguata di azione.

Qui la verifica apre a prospettive interessanti, fondate necessariamente su dimensioni interdisciplinari e coinvolgenti l'interazione tra individui e contesto. Implica, a mio modo di vedere l'analisi delle culture locali entro le quali si istituisce il fallimento collusivo ed il loro cambiamento.

Pensiamo, ad esempio, al fallimento della collusione vissuto dai medici che, in un SERT, intendano «curare» il tossicodipendente come «malato»; senza riuscire ad evocare le dimensioni caratterizzanti la relazione medico-paziente entro il loro rapporto con il tossicodipendente stesso: il tossicodipendente non «dipende» dal medico, quindi non è un paziente; il medico non persegue la reversibilità del «male» nel

paziente, quindi non lo può curare; il metadone non è un «farmaco», nel senso terapeutico, ma un sostituto controllato della sostanza tossica. L'équipe medica operante in un SERT, quindi, va incontro ad un fallimento dei processi collusivi che caratterizzano la simbolizzazione affettiva del contesto medico tradizionale (Carli, 1993)⁴. Si potrebbe dire che le reazioni ad un analogo fallimento collusivo erano alla base della vecchia psichiatria ospedaliera manicomiale.

Il fallimento della collusione può motivare la domanda anche di singole persone: si pensi alle situazioni di impotenza che vivono i genitori quando i figli si fanno adulti e si allontanano dalla famiglia e dalla dipendenza familiare. Si pensi al «*lamentarsi*» ed al «*preoccuparsi*» che stanno alla base di molti vissuti di impotenza e che portano alla domanda di intervento psicoterapeutico.

Si diceva del fatto che l'analisi della domanda comporta una sospensione dell'agito collusivo e l'istituzione di uno spazio di pensiero: il pensiero su quanto si agisce nella domanda e con la domanda di psicoterapia.

Potremmo anche andare oltre, in queste brevi note schematiche sull'ipotesi che stiamo seguendo nella ricerca. Il «pensiero su» è sempre un pensiero emozionato, o se si vuole un «*pensiero ironico*» su di sé e sul contesto in cui si opera, *in primis* il rapporto psicoterapeutico o di intervento. Questo è un dato importante: il pensiero ironico è un segnale della capacità di pensare le emozioni evocate dal contesto e fonda la competenza organizzativa: vale a dire la competenza a svolgere una funzione ed un ruolo nell'organizzazione (sia essa la famiglia come il lavoro, l'associazionismo, la convivenza in senso lato) senza «agire» in essa relazioni simbolizzate in modo familistico; senza mettere in atto comportamenti con l'ipotesi, pericolosa per la convivenza, che *non vi siano costi all'agito emozionale, non pensato*.

Come si vede, sto parlando di obiettivi (promuovere il pensiero, sospendere l'agito collusivo) che non costituiscono uno «stato» della persona, quali ad esempio la maturità, la gratitudine, la stabilità emotiva, la forza del Sé; «stati» della persona che possano essere considerati quali «esiti» di guarigione di un processo psicoterapeutico. obiettivi che non costitui-

⁴ La descrizione approfondita del caso, ora accennato, di intervento psicologico clinico entro un SERT si trova in: Carli R. (ed.) (1993). *L'Analisi della Domanda in Psicologia Clinica*. Giuffrè: Milano.

scono nemmeno uno «stato» delle organizzazioni in cui sono iscritte le persone stesse.

In altri termini, sto sostenendo che non può esserci uno stato «terminale» stabile, quale esito di guarigione conseguente alla psicoterapia: ve l'immaginate che noia avere a che fare con persone che abbiano raggiunto, vita natural durante, la «gratitudine» o la «maturità affettiva»? «Stati» che, se stabilizzati, escludono ogni ironia, nella loro seriosità compresa di sé.

Non si tratta nemmeno di un esito definibile come «remissione dei sintomi», perchè nell'intervento psicologico clinico non si tratta il «sintomo»: può essere utile sottolineare che un *comportamento*, concepibile come sintomo, lo si ritrova solo entro alcuni modelli di psicopatologia psichiatrica.

La psicoterapia psicologica della nuova utenza, alla quale stiamo *lavorando* (*work in progress*, evidentemente), è un percorso verificabile *in itinere*, passo passo, con i criteri metodologici ora brevemente sintetizzati. È anche un'esperienza che non porta ad esiti «post», definibili quali guarigione da una malattia.

Si tratta piuttosto di interventi volti a:

- consentire un'esperienza di sospensione dell'agito emozionale e di istituzione del pensiero sull'agito emozionale stesso;
- sviluppare la competenza ad accettare la propria *solitudine*, quale soluzione dei legami familistici e punto di partenza per rapporti con l'altro, con l'«estraneo», con il nuovo, con la scoperta non ripetitiva;
- sviluppare il pensiero *anzi* (Carli *et al.*, 1988): la destrutturazione dell'assetto categoriale appreso e la riorganizzazione, quale potenzialità metodologica, di un assetto categoriale variabile;
- sviluppare la competenza organizzativa quale capacità di «costruzione» della propria funzione entro le organizzazioni, a partire dagli obiettivi più che dai sistemi di appartenenza e di adempimento, intesi quali agiti emozionali.

È importante sottolineare che le parole chiave di queste affermazioni derivano sia dalla teorizzazione psicoanalitica come da altre teorie proprie della psicologia generale. Stiamo proponendo una teoria della tecnica psicoterapeutica a fondamento psicologico e rivolta ad una utenza, definita appunto «nuova» utenza, che non viene evocata, legittimata o motivata attraverso modelli medici.

So che queste affermazioni sollevano molti interrogativi, più che risolvere quelli posti dal tema che

intendevo trattare; debbo per altro rimandare ad altra sede più idonea la discussione di quanto ora sommariamente affermato.

CONCLUSIONI

Può essere utile ribadire, sinteticamente, alcuni punti di quanto è stato detto:

la verifica della psicoterapia ha proposto differenti prospettive di indagine, spesso implicanti l'assunzione di univocità della prassi di cui si intendevano validare i risultati;

la differenziazione delle psicoterapie è spesso realizzata a partire dalle tecniche o dalle teorie che caratterizzano tali prassi. Non si tiene conto a sufficienza, anche per la dipendenza spesso acritica dalla letteratura Nord Americana, del contesto in cui la psicoterapia si realizza;

il contesto italiano ha una sua peculiarità, data da tre fattori in interazione tra loro: a) l'avvento, alla fine degli anni 60, della psichiatria «territoriale» deistituzionalizzante e la scissione profonda tra psichiatria del territorio e psichiatria accademica; b) l'istituzione dei corsi di laurea in Psicologia e l'arrivo sul mercato del lavoro di 25.000 laureati, per i quali non era stato pensato un profilo professionale ed un futuro lavorativo; c) la congiunzione tra scuole e teorie psicoterapeutiche da un lato, psicologi in cerca di qualificazione e competenza professionali dall'altro. Questo incontro, sancito da una legge, la 56/89, che voleva limitare l'ingresso degli psicologi nella psicoterapia e che di fatto ne ha costituito l'incentivo più forte, in un prevedibile effetto paradossale del limite (Carli *et al.*, 1996), ha sancito l'ingresso della quasi totalità degli psicologi negli elenchi abilitanti alla psicoterapia;

in questo panorama la differenziazione tra psicoterapie va posta tenendo conto dei fattori di contesto; *in primis* della domanda dell'utenza. Una domanda che può essere mascherata da domanda medica (vedi l'uso improprio e letterario di termini quali «sofferenza mentale», «disagio psichico», ecc., termini che denunciano al contempo la carenza di teorie eziopatogenetiche nella definizione dell'utenza e la *captatio benevolentiae* della retorica della sofferenza). Una domanda che è sicuramente differenziabile in funzione del contesto organizzativo entro cui viene trattata od analizzata e del professionista a cui si rivolge;

è la committenza, è la chiarezza nella definizione del contratto di committenza che possono dare utili indicazioni per la validazione della psicoterapia. Quando la committenza si limita alla richiesta di «fare psicoanalisi» o di «fare terapia familiare», allora la validazione non può essere fondata che su criteri di autoreferenza. Quando la domanda è fondata sulla diagnosi, allora le prospettive sono quelle del miglioramento o della guarigione della «malattia» diagnosticata. Quando la domanda viene analizzata, allora la verifica dipende dai criteri di analisi della domanda e dalla teoria del rapporto individuo-contesto. Ho sinteticamente definito il lavoro psicoterapeutico che può fare lo psicoanalista o il terapeuta familiare da un lato; quello che viene realizzato dallo psichiatra dall'altro; dallo psicologo clinico in terzo luogo. Ciò non toglie che lo psicologo intenda poi «diventare» psicoanalista, che lo psichiatra possa «diventare» terapeuta familiare, che lo psicoanalista si trovi ad operare entro contesti a mandato sociale psicologico. E così via. L'importante è la consapevolezza del contesto in cui si opera;

la verifica del proprio operato psicoterapeutico non sembra, e per differenti ragioni, richiesta dal contesto. Ciò comporta una scissione tra le «ricerche sulla verifica», spesso macchinose ed irrilevanti pragmaticamente e la prassi psicoterapeutica che sembra funzionare benissimo, almeno dal punto di vista del mercato, senza verifica. Ma questo è il limite attuale della psicoterapia. Si tratta, a mio modo di vedere, di semplificare, e di molto, le cose. Si tratta di creare una cultura della verifica nell'utenza. Solo

una domanda di verifica che provenga dall'utenza (e dalla committenza, s'intende) potrà motivare realmente la psicoterapia ad uscire dalle retoriche di una verifica scissa dalla prassi e potrà, al contempo, dare mandato sociale alle psicoterapie, nella loro diversità di obiettivi. L'impressione, per altro, è che continui a prevalere, e non solo in Italia, la prassi psicoterapeutica autoriferita; una prassi che per definizione non prevede una richiesta di verifica da parte dell'utenza. Ed al posto della verifica mette la garanzia di «serietà» formativa del futuro psicoterapeuta; una serietà che sembra sempre più correlata con la lunghezza temporale dell'iter formativo. La prassi psicoterapeutica autoriferita, in tal modo, produce appartenenza; e l'appartenenza viene minacciata, non aiutata dalla verifica.

BIBLIOGRAFIA

- Carli R. (ed.) (1993). *L'Analisi della Domanda in Psicologia Clinica*. Giuffrè: Milano.
- Carli R. (1996). Psicoanalisi: mandato sociale e formazione. *Psicologia Clinica* 1, 5-22.
- Carli R., Paniccia R.M. & Lancia F. (1988). *Il Gruppo in Psicologia Clinica*. NIS: Roma.
- Carli R., Cecchini M., Lombardo G.P. & Stampa P. (1996). *Psicologi e Psicoterapia: Oltre la Siepe*. Franco Angeli: Milano.
- Freud S. (1921). Psicologia delle masse ed analisi dell'Io. In *Opere di Sigmund Freud*, vol. 9. Boringhieri: Torino (1977).
- Luborsky L. & Crits-Cristoph P. (1992). *Capire il Transfert*. Cortina: Milano.