

Atti del Convegno

“La formazione in psicoterapia – L’attrazione di un modello integrato”

Roma 11-12 novembre 1993

Massimo Grasso

Ricerca Psicoanalitica, 1994, Anno V, n. 1-2, pp. 147-156.

Ridefinire la psicoterapia

SOMMARIO

In questo lavoro viene considerato il rapporto tra psicologia clinica e funzione psicoterapeutica. Viene delimitata l’area dell’intervento psicologico, nell’ambito del campo della psicologia clinica, in relazione alla sua distinzione dal modello medico di prassi clinica e alla sua fondazione sulla dimensione contestuale e su una teoria della intersoggettività basata su una causalità di tipo circolare. Con specifico riferimento alla psicoterapia psicoanalitica, vengono anche brevemente tratteggiate le crisi concettuali cui sono andati incontro da un lato il “modello psichiatrico”, dall’altro il “movimento psicoanalitico” nel suo complesso.

Vengono altresì esaminate le implicazioni in ambito formativo e viene infine proposto un modello di formazione-ricerca-intervento alla psicologia clinica e alla psicoterapia sperimentato presso la Sezione di Psicologia Clinica dell’Università di Roma.

SUMMARY

Defining psychotherapy again

In this paper the relationship between clinic psychology and psychotherapeutic function is analysed.

In the field of clinic psychology a psychological intervening area is identified: the area has to be distinguished from the medical model of clinical praxis and built up on a contestual dimension and on a theory of intersubjectivity; the latter is based on a circular causality: with special reference to the psychoanalytic psychotherapy some conceptual crises are outlined: both the psychiatry model and the psychoanalytic movement come to face them.

Furthermore the consequences in the training are examined and finally a training-research model is proposed to the clinical psychology and to the psychotherapy.

That model was tested at the clinical psychology section of Rome University.

Una ridefinizione della prassi psicoterapeutica comporta, a mio modo di vedere, una elaborazione del confronto tra psicoterapia e psicologia clinica, intendendo quest’ultima come dimensione operativa, specificamente legata all’intervento, delle conoscenze psicologiche accumulate con la ricerca.

La necessità di una teoria generale in psicologia clinica è in questi ultimi anni al centro di un vivace dibattito sovente intersecantesi con il tema della psicoterapia (Circolo del Cedro, 1991, 1992). Oggi, per la psicologia clinica, appaiono comunque acquisiti alcuni punti, anche se non in modo univoco. Vale la pena di ricordarli:

- il suo rapporto con la psicologia dei processi di base;
- il suo rapporto con la psicologia dello sviluppo;

- il suo rapporto con la psicologia sociale;
- la sua costituzione in relazione alla conquistata autonomia professionale dello psicologo e disciplinare della psicologia.

Sembra dunque intaccato, anche se le posizioni sono articolate e in evoluzione, il circuito “perverso” della autoreferenzialità, delle cosiddette tecniche senza teoria e teorie senza tecnica.

Da più parti e in più occasioni è stato affrontato il tema della trasversalità in psicoterapia, o come preferisco dire il tema del rapporto tra psicologia clinica e funzione psicoterapeutica. Sono stati messi in evidenza alcuni punti che vorrei brevemente riprendere, facendo ampiamente riferimento a quanto ho avuto modo di approfondire, con altri colleghi, in altra sede (Grasso, Zavattini, 1991; Carli, Grasso, 1991).

In primo luogo la necessità di differenziarsi rispetto al modello medico, inteso quest’ultimo nei termini di un’ottica che prevede l’erogazione di un intervento in cui non viene analizzata la relazione esperto/utente. Sofferamoci su questo punto.

Farò una premessa: la psicoterapia rappresenta uno “strumento” di intervento che acquisisce valore solo se iscritto entro un contesto organizzativo e professionale.

Da ciò discende che solo la dimensione contestuale conferisce significato alla psicoterapia attuata da uno psicologo come intervento essenzialmente psicologico.

In ambito medico la relazione tra individuazione della patologia tramite modelli eziopatogenetici (diagnosi) ed iniziative volte ad eliminare la causa della condizione patologica o/e ad aumentare le difese organismiche (terapia) è molto stretta.

In questo senso sintomi, problemi o sofferenza sono i pretesti che motivano il ricorso al medico, mentre è la diagnosi che definisce e fonda la relazione tra medico e paziente.

La psicoterapia nasce nel contesto medico, ed ha inizialmente l’obiettivo di istituire anche nell’ambito della psiche una relazione stretta e scientificamente fondata tra psicopatologia quale fenomenologia descritta eziopatogeneticamente e terapia, coerente con il modello diagnostico causale. Ma questo obiettivo si è dimostrato di difficile o impossibile realizzazione.

I tentativi di riportare il modello medico nell’area della patologia mentale, sono esitati in un sostanziale fallimento. La prova di questo è la struttura eminentemente “descrittiva” dei più recenti repertori psichiatrici concernenti i disturbi mentali.

Un discorso a parte merita la psicoanalisi, che si è proposta di delimitare un modello eziopatogenetico in grado d’ancorare la terapia psicoanalitica all’area della credibilità medica, pur lasciando aperta la questione circa la laicità dello psicoanalista.

La psicoterapia psicoanalitica, d’altro canto, ha avuto il merito storico di proporre la questione della psicoterapia in un ambito che fondava una concezione della mente, sulla base di una chiara matrice psicologica.

è peraltro con la psicoanalisi che si inaugura una doppia anima della psicoterapia. Da un lato la psicoterapia quale terapia della malattia mentale, sia pure ridefinita attraverso lo stesso modello che ne fonda la cura; quindi una prassi iscritta “anacriticamente” entro il modello medico. Dall’altro una teoria della mente che consente nuove vie di esplorazione e di ricerca entro l’area del comportamento dell’uomo, del suo rapporto con il contesto ambientale e sociale.

è d’altra parte vero che anche il “movimento psicoanalitico” ha conosciuto e conosce una crisi profonda in relazione alla delimitazione di una peculiare identità scientifico-professionale dei suoi appartenenti. È stato notato come questi ultimi soffrano dello iato tra un saldo “concetto di sé”, fortemente radicato nella storia e nell’ideologia del movimento medesimo e un “sentimento di identità” via via più debole in funzione della resistenza di quel “concetto” ad assumere ed elaborare le profonde trasformazioni che il contesto culturale ha attraversato (Stampa, 1992).

Altri modelli si sono succeduti oltre quello psicoanalitico, ma sempre percorsi al loro interno dal doppio binario cui ho fatto cenno. E la dimensione “terapeutica” ha avuto il sopravvento, per ragioni che è facile intuire, anche se sarebbe di indubbio interesse considerare analiticamente.

Si sono così sviluppati, in ambito medico, differenti modelli di intervento psicoterapeutico, caratterizzati da fondazioni teoriche, di diverso interesse scientifico, mutate spesso dalla psicologia generale, ma sviluppate professionalmente entro un contesto che ha tentato di riprodurre la dimensione relazionale medico/paziente.

Possiamo quindi chiederci quanto il modello medico abbia influenzato la prassi psicoterapeutica intaccando il suo aspetto squisitamente psicologico relativo all’analisi delle fantasie sottese alla richiesta dell’utente e al mandato istituzionale dell’operatore.

Il tentativo, semplicificante, di stabilire una stretta relazione tra psicopatologia e terapia intesa come prodotto dell’applicazione di una strategia diagnostico-causale, ha avuto non poche conseguenze, come ad esempio la sottovalutazione dell’*assessment* psicologico esitando in una tendenza volta ad azzerare il contesto e decretando di fatto una prevalenza delle tecniche sulle teorie.

Un secondo aspetto importante, oltre alla necessità di differenziare modello medico e modello psicologico, è costituito dal pensare la psicologia clinica come teoria della soggettività del rapporto tra utente e operatore, nella direzione del coinvolgimento dell’osservatore con l’osservato, quindi come campo condiviso all’insegna di una causalità circolare e non monolineare (Zavattini, 1991).

Sulla base di queste considerazioni si può provare a delimitare una teoria dell’intervento psicologico che deve quindi necessariamente tener conto:

- della necessità di considerare il contesto sia nel senso della rete di relazioni interpersonali che della dinamica istituzionale;
- della peculiarità della relazione utente/psicologo che implica una partecipazione attiva del co-attore, cioè l’utente medesimo.

Nell’ambito dell’intervento psicologico, per quanto attiene specificamente la psicoterapia, si possono avanzare due proposte.

La prima è che non appare possibile una distinzione netta tra *assessment* e psicoterapia laddove essa venga rigidamente intesa come distinzione tra conoscere e coinvolgersi, tra esplorare e prendersi cura. È necessaria sempre un’operazione trasformativa della richiesta, della risposta, della processualità del coinvolgimento: già osservando, esplorando, ascoltando, si modifica e si promuove un cambiamento.

La seconda è che la psicoterapia debba essere intesa come una “interpunzione” sull’asse che va dall’individuo al sociale di cui bisogna dar ragione non adattando la domanda acriticamente al proprio modello.

Vediamo ora qualche considerazione sul processo formativo alla psicologia clinica e alla psicoterapia.

Se osserviamo lo sviluppo di tale processo, notiamo che negli anni ‘60 si è assistito ad una sorta di negazione di una professione psicologica e quindi, di una “applicabilità” della psicologia ai problemi delle persone, dei gruppi e delle strutture sociali. Non sono stati presi in attenta considerazione, perché “non-psicoterapia”, i tentativi di nuove vie “applicative” della conoscenza psicologica accumulata con la ricerca, che indagavano differenti problematiche in vari ambiti: dall’adattamento scolastico alla prevenzione degli infortuni, dalla misurazione della creatività alla ricerca motivazionale, dalla dinamica dei gruppi sociali alla formazione. Dalla metà degli anni ‘70, in seno alle scarse specializzazioni o qualificazioni in psicologia clinica universitarie, in mancanza di una formazione specifica di primo livello, si è di fatto prodotta una completa subordinazione al “modello medico”, fino a consentire l’accesso a tali specializzazioni, nella maggior parte dei casi, ai soli laureati in medicina, e all’importazione di modelli psicoterapeutici, soprattutto di derivazione sistemico-relazionale o cognitivo-comportamentale (stante la sottolineata e ribadita impraticabilità del modello psicoanalitico all’interno delle strutture universitarie); importazione spesso del

tutto priva di connessione con l'impianto di base previsto dall'iter formativo e più rispondente, mi sembra, alle esigenze della incalzante crisi concettuale ed operativa della psichiatria che non a quelle definitorie del proprio ruolo della nascente cultura psicologica.

Successivamente, come è ampiamente noto, sono andate progressivamente costituendosi aggregazioni private, via via sempre più estesamente, con l'obiettivo di gestire una formazione di "scuola" in campo clinico-psicoterapeutico fortemente connotata in senso autoreferente e venendo di fatto a supplire alla inconsistenza di un chiaro progetto formativo universitario in psicologia clinica.

Quanto più ineffabile e inverificabile, quindi, si dimostrava il percorso per l'acquisizione di una determinata capacità tecnica - che tuttavia ha di fondo significato l'acquisizione di un riconoscimento attraverso la collocazione in seno ad una "scuola" - tanto maggiore si è rivelata la forza coesiva che esso ha determinato nell'appartenere ad un gruppo e nel rendere al contempo praticamente impossibile, lo scambio e la verifica con altri gruppi.

Il confronto sulla competenza è restato così sovente fuori dal processo formativo con il conseguente risultato di una frammentazione delle "teorie", delle "tecniche", delle "teorie della tecnica".

L'incontro della psicologia, nella sua declinazione "applicativa", con il vasto campo dell'utenza pubblica nei servizi, ha tuttavia evidenziato successivamente le carenze della professionalità psicologica così come era andata costituendosi: lo psicologo ha così conosciuto enormi difficoltà nel proporre una sua specificità all'interno dell'organizzazione dei servizi nell'ottenere una legittimazione attraverso il riconoscimento sociale della sua attività, in una parola nel riuscire ad affermare un proprio autonomo e specifico profilo professionale.

Nel tentativo di fronteggiare il vuoto di identità e di riconoscimento derivante da una simile condizione, si sono venuti lentamente strutturando, in maniera più o meno consapevole, vari movimenti difensivi che hanno prodotto configurazioni professionali peculiari: dalla despecializzazione della professionalità, all'acquisizione di specialità diverse dallo specifico psicologico-clinico e connesse in massima parte alla legittimazione offerta dall'appartenenza all'uno o all'altro campo psicoterapeutico maturata al di fuori della formazione strettamente psicologica, all'identificazione con altre professionalità presenti nei servizi (Carli, 1989a); identità sostitutive che sembrano particolarmente legate alle difficoltà incontrate, da parte degli psicologi, nell'elaborare una propria "cultura" dell'organizzazione in alternativa alle culture professionali dominanti, soprattutto a quella psichiatrica (Lombardo, 1984, 1986; Lombardo, Mucelli, 1989).

L'assimilazione che di fatto si è realizzata della psicologia clinica alla psicoterapia è stata deleteria, sia per uno sviluppo della prima che per una reale comprensione dei processi che sono alla base della seconda. Tra le conseguenze di tale modo di procedere, è stato da tempo segnalato (Carli, 1989b) lo spostamento dell'accento su parametri più di *performance* che di *competence*, determinando al tempo stesso una sorta di rovesciamento dei termini del rapporto tra dimensione tecnica e problema cui tale dimensione si applica: non quindi una tecnica al servizio dei problemi, ma la definizione dei problemi in funzione della tecnica da applicare.

Eguale sono le ripercussioni che si sono avute nel campo della formazione: allontanamento progressivo delle strutture formative dall'obiettivo di costruire una competenza, basata quindi sull'esigenza della verifica, in favore dell'obiettivo di determinare un'appartenenza ad un gruppo socialmente e/o professionalmente rilevante o almeno così rappresentato, che qualifichi l'agire "tecnico" soprattutto in rapporto all'adesione totalizzante alla "norma" consolidata del gruppo medesimo (Grasso, 1992).

È d'altra parte vero che in tempi più recenti, si è assistito ad un progressivo, anche se in molti casi "tiepido" mutamento all'interno delle cosiddette "scuole di formazione", nella direzione di un'apertura alla dimensione del confronto e di un abbandono della logica dell'autoreferenzialità.

Tuttavia c'è da chiedersi, e l'interrogativo non è di scarsa importanza, quanto tale mutamento sia stato influenzato dalle "preoccupazioni" legate alle procedure di riconoscimento dei progetti formativi delle scuole secondo quanto disposta dalla legge 56/1989 e quanto le "nuove preoccupazioni" legate ai riconoscimenti che, ad oggi, cominciano ad essere varati influenzeranno (in senso contrario?) le scelte formative e di orientamento generale delle scuole stesse.

Ciò che comunque segnala il cambiamento di cui si è detto, c'è da augurarsi non tanto nell'impostazione "di facciata", ma nella cultura delle scuole di formazione alla psicoterapia, è collegato sostanzialmente a tre fattori:

- emancipazione da un modello autoreferente e avvicinamento alla psicologia clinica;
- spostamento da una dimensione esclusivamente privata di esercizio della psicoterapia verso una dimensione pubblica;
- apertura alla problematica della verifica e della ricerca, soprattutto per quanto riguarda la valutazione del processo psicoterapeutico nel suo insieme e con particolare riferimento ai suoi esiti.

Sulla base delle considerazioni fin qui sviluppate, dieci anni fa è stata avviata con il contributo di diversi docenti e ricercatori, tra i quali chi scrive, presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Roma "La Sapienza", la sezione di Psicologia Clinica; obiettivo di questa struttura era quello di fondare una attività clinica presso l'Università, al fine di studiare e verificare i possibili sviluppi dell'intervento psicologico clinico, se non ancorato formalmente a specifici modelli psicoterapeutici (Carli, 1993).

La Sezione di Psicologia Clinica ha voluto confrontarsi con alcuni temi centrali per la formazione dello psicologo clinico e per l'acquisizione di competenze psicoterapeutiche:

- a) la sperimentazione dell'area di sviluppo della domanda di intervento, quando non ci si propone quali psicoterapeuti ma si offre all'utenza una competenza aperta alla più ampia articolazione della problematica presentata;
- b) l'individuazione di teorie della tecnica fondate sull'analisi della domanda di intervento, e quindi non orientate all'applicazione di tecniche precostituite in base ad una definizione, essa pure precostituita dell'utenza;
- c) l'integrazione del modello fondato sull'analisi della domanda con i modelli psicoterapeutici caratterizzanti la competenza articolata degli psicologi clinici operanti nella Sezione;
- d) l'applicabilità dei modelli che via via si andavano individuando alla pratica clinica degli psicologi operanti nel pubblico, entro le organizzazioni sociali di appartenenza;
- e) la trasformazione dei modelli sperimentati nella pratica clinica in programmi di formazione, da proporre per la preparazione teorico-pratica degli psicologi clinici (Grasso, Montesarchio, et al., 1992).

La specifica funzione della professionalità psicologico-clinica è forse ancora da precisare e delimitare, probabilmente da scoprire nella sua interezza: a tale obiettivo si può concorrere solo con una riflessione sulle esperienze compiute, attraverso lo scambio concreto di tali esperienze, con un impulso alla sperimentazione e alla ricerca, con una attenta e lucida riconsiderazione della prassi formativa ai suoi vari livelli.

Se si individua il fondamento della professionalità dello psicologo clinico nella competenza a gestire ed indirizzare le esigenze proposte dall'utente fin dal suo primo contatto, attraverso la domanda che viene formulata, è possibile concepire la psicologia clinica come una prassi orientata all'attribuzione di senso, per ciò stesso al cambiamento e quindi alla psicoterapia (Grasso, 1993), nella misura in cui elabora almeno i tre elementi seguenti:

- l'aderenza dell'intervento psicologico alla qualità dei problemi che vengono sottoposti allo psicologo clinico;
- l'attenzione alla dimensione contestuale che contiene l'intervento;
- la necessità di una continua verifica dell'adeguatezza e dell'efficacia dell'intervento stesso.

In questa direzione si può pensare di attuare un passaggio da un'atteggiamento prevalentemente orientato alla "tecnica" posseduta, ad un atteggiamento prevalentemente orientato ai "problemi" presentati dall'utente.

Tutto questo significa anche, una riconsiderazione delle tecniche alla luce della loro aderenza ai problemi concretamente riscontrabili: significa uscire dal chiuso della "ortodossa" protezione di abilità, per aprirsi alla necessità della verifica e della ricerca.

BIBLIOGRAFIA

- R. Carli (1989a) *Tema del numero: Lo psicologo clinico nei Servizi socio-sanitari. Introduzione*, Rivista di Psicologia Clinica, 1, 6-14.
- R. Carli (1989b) *La fase istituyente della professionalità psicologica*, Psicologia Italiana, 2, 25-29.
- R. Carli (a cura di) (1993) *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
- Circolo del Cedro (1991) *Tre tesi e sei Questioni sulla psicologia clinica. Materiali per un confronto*, Rivista di Psicologia Clinica, 3, 251-259.
- Circolo del Cedro (1992) *La competenza psicologico-clinica. Riflessioni e proposte del Circolo del Cedro*, Rivista di Psicologia Clinica, 1, 6-37.
- R. Carli, M. Grasso (1991) *Psicologia clinica e psicoterapia*, Rivista di Psicologia Clinica, 2, 172-188.
- M. Grasso (1992) *Sul modello teorico-metodologico della psicologia clinica. Alcune osservazioni sui contributi italiani*, in Ardizzone M., Candidi F.M., Scaffidi A. (a cura di) *Lo psicologo clinico nei Servizi Socio-Sanitari*, Il pensiero Scientifico, Roma, pp. 19-26.
- M. Grasso (1993) *L'analisi della domanda come trattamento. Studio di un caso* in Carli R. (a cura di) *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano, pp. 95-115.
- M. Grasso, G.C. Zavattini (1991) *Domande ineludibili: la "trasversalità" in psicoterapia*, Rivista di Psicologia Clinica, 2, 118-121.
- M. Grasso, G. Montesarchio, P. Castellani, A. Santisi (1992) *L'analisi della domanda nell'attività psicologico-clinica di una struttura universitaria. Un modello di integrazione tra ricerca, intervento e formazione*, Rivista di Psicologia Clinica, 2, 149-172.
- G.P. Lombardo (1984) *Psicologia clinica e crisi concettuale della psichiatria*, Psicologia Clinica, 3, 283-291.
- G.P. Lombardo (1986) *Modelli psicologici e paradigma psichiatrico nella operatività clinico-sociale*, in Colamonic P., Lombardo G.P., Lo Verso G., Montesarchio G. (a cura di) *Modelli psicologici e psicoterapia*, Bulzoni, Roma, pp. 134-143.
- G.P. Lombardo, R. Mucelli (1989) *Modelli del mentale e cultura organizzativa: la pratica clinica nei Servizi di Salute Mentale*, Rivista di Psicologia Clinica, 1, 15-26.
- P. Stampa (1992) *La sindrome di Haslemere. Dipendenza, contro-dipendenza, indipendenza dall'identità psicologico-clinica dal modello psicoanalitico* in Ardizzone M., Candidi F.M., Scaffidi A. (a cura di) *Lo psicologo clinico nei Servizi Socio-Sanitari*, Il pensiero Scientifico, Roma, pp. 33-47.
- G.C. Zavattini (1991) *Lo psicologo clinico tra modelli e tecniche*, in Ardizzone M., Candidi F.M., Scaffidi A. (a cura di) *Lo psicologo clinico nei Servizi Socio-Sanitari*, Il pensiero Scientifico, Roma, pp. 49-55.