

... Siamo proprio sicuri di “non essere più in Kansas”?

Metodi quantitativi ed epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica

di Massimo Grasso* e Pietro Stampa**

evidence — *n.* 1. the state of being evident 2. something that makes another thing evident; sign

evident — *adj.* [*<* L. *e-*, from + *videre*, see] easy to see or perceive; clear

dal *Webster's New World Dictionary*

Premessa

Un'illusione ideologica si ripresenta ciclicamente sulla scena del dibattito culturale, con una periodicità oscillante fra i trent'anni e il mezzo secolo. L'ultima volta aveva preso la forma semantica della “neutralità della scienza”; oggi riveste quella della sua “a-teoreticità”.

Dilaga nelle comunità scientifico-professionali una sorta di repulsione verso le componenti e i prodotti del pensiero non immediatamente quantificabili, in favore di un riduzionismo oggettivante che iper-valorizza la tecnologia, i servomeccanismi, le scorciatoie, gli schematismi; prevale la tendenza a ridurre ogni continuum e ogni complessità a elementi semplici, discreti, misurabili in modo lineare; si ridimensiona drasticamente il peso della soggettività entro i modelli di rappresentazione della realtà — la soggettività diventa “rumore”, e per meglio farla fuori senza essere costretti a riconoscerlo, la si traduce in numeri. E si favoleggia di “fatti” osservabili al di qua di ogni interpretazione. Un notevole ribaltamento: non è più dio che è morto, ma Nietzsche.¹

L'illusione cambia nome, ma è sempre la stessa. Uno storico delle idee potrebbe ricostruirne il percorso dal medioevo ai giorni nostri: ma una simile operazione di *Begriffgeschichte* esula dalle nostre competenze e dai limiti concettuali e di spazio del presente contributo — ci limiteremo dunque a parlarne in termini di attualità, con qualche occasionale puntata indietro, agli anni '50-'70 del XX secolo. E ci limiteremo, ovviamente, all'ambito della ricerca e della pratica professionale della psicologia clinica e della psicoterapia: nel quale la pervasività dell'illusione comporta, come per un “effetto domino”, un certo numero di conseguenze concettuali che costituiscono altrettanti vizi epistemologici, dai quali ulteriormente conseguono sistematici travisamenti della realtà nella rappresentazione delle relazioni interpersonali entro contesti istituiti e non, e della vita mentale dei singoli soggetti coinvolti nelle relazioni stesse.

A questa illusione e alla sua ricaduta abbiamo dedicato alcuni interventi di recente pubblicazione (Grasso & Stampa, 2005, 2006, 2007; Grasso, 2006) nei quali abbiamo inteso approfondire alcune questioni riguardanti i concetti di salute e malattia mentale e il loro rapporto con la prassi diagnostica e terapeutica in ambito psicologico e psichiatrico e che in parte verranno ripresi anche nel presente saggio.

Ripercorriamo qui l'argomento centrale. La riflessione sul lavoro clinico in psicologia e in modo particolare sugli esiti dell'intervento psicologico-clinico e psicoterapeutico, e sulle dinamiche iscritte nei relativi processi, va assumendo in questi anni un'importanza crescente; ma all'interno di tale riflessione l'aspetto meno trattato sembra essere proprio quello che più di altri può darle un senso: intendiamo riferirci alla sua cornice metodologica.

Frequentemente, come proveremo a dare conto più avanti, ci è capitato di confrontarci con posizioni che hanno alimentato nostre considerazioni e argomentazioni, talvolta molto critiche a

* Professore ordinario di Psicologia clinica – Università di Roma “La Sapienza”.

** Psicologo clinico libero professionista, Roma; professore a contratto di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni educative – Università di Chieti

¹ Nota per chi vuole i riferimenti bibliografici anche delle battute di spirito: i riferimenti sono rispettivamente: Prefazione a *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno* (1883-1885 [1976]): «Un tempo il sacrilegio contro Dio era il massimo sacrilegio, ma *Dio è morto*, e così sono morti anche tutti questi sacrileghi»; e § 481 della raccolta postuma pubblicata con il titolo *La volontà di potenza* (1901 [2006]).

causa delle semplificazioni e dei riduzionismi di cui sono nutrite: come nella ben nota pellicola *The Wizard of Oz*,² abbiamo avuto la sensazione di esserci sovente imbattuti in altrettante novelle Dorothy Gale, che, abbandonata la mediocre realtà della fattoria dove vivono — virata in seppia, nel film — e con gli occhioni sgranati su un mondo improvvisamente a colori, dove tutto è bello e grande, meraviglioso e sorprendente, si rivolgono al cagnolino che le accompagna con la frase: «*Toto, I've a feeling we're not in Kansas anymore*».

Ma noi, ricercatori e professionisti della psicologia clinica e della psichiatria, siamo proprio sicuri di non essere più in Kansas?

In altre parole, ci è sembrato che molte volte la ricerca in psicologia clinica e psicoterapia sia alimentata da facili entusiasmi e dubbie esaltazioni per soluzioni apparentemente semplici e brillanti a problemi complessi: ma, spesso, non di soluzioni semplici si tratta, quanto, a nostro modo di vedere, di semplicistici espedienti. Come nella promozione del film, ci è sembrato di udire, di tanto in tanto, roboanti slogan del tipo «*Mighty Miracle Show of 1000 Delights*» o «*Gaiety! Glory! Glamour!*», così come ci è stata trasmessa, da parte di qualcuno, la convinzione di essere, inequivocabilmente, sulla *Yellow Brick Road*, cioè su quella che potremmo definire la strada “giusta”³, senza dubbi né ripensamenti possibili.

Sappiamo bene il rischio che corriamo, assumendo una posizione critica, e diremo subito che non ci piace, per frenare le ebbrezze delle tante elettrizzate Dorothy incontrate, sposare la prospettiva della *Wicked Witch of the West*, se non altro per non correre il pericolo di finire disciolti da una secchiata d'acqua sul pavimento della cucina: ma anche perché, più sostanzialmente, il nostro intento non è quello di spengere l'anelito alla ricerca e al nuovo e rimanere bloccati nell'inerzia e nell'immobilità⁴. La nostra non è comunque una posizione comoda e ce ne rendiamo conto: ci preme tuttavia, se gli occhi ce lo rivelano, segnalare, come il bambino di Andersen («*but he has nothing on at all*»⁵), l'eventuale “nudità dell'imperatore” e magari ricordare e ricordarci che dietro il magnifico mago di Oz, può talvolta celarsi un innocuo vecchietto di Omaha, Nebraska.

Prima di entrare nel merito delle nostre critiche (costruttive, ci sembra) proponiamo all'attenzione dei lettori tre brevi esempi di atteggiamenti clinici correnti.

Tre frammenti clinici

(1)

² Famoso film, per la regia di Victor Fleming e la sceneggiatura di Noel Langley, Florence Ryerson, Edgar Allan Wolfe, Usa 1939, interpretato da una diciassettenne Judy Garland. Il film è tratto dall'opera letteraria di L. Frank Baum che dedicò numerosi racconti per ragazzi al ciclo di Oz, terra fantastica che deve il suo nome alle due lettere che identificavano l'ultimo cassetto dello schedario dello scrittore. Nello specifico, il film fa particolare riferimento al libro *The Wonderful Wizard of Oz* (1900).

³ Delle insidie che, invece, può nascondere il sentiero dorato, ha dato conto tra gli altri, ad esempio Stuart M. Kaminsky (1978) nel suo godibilissimo *Murder on the Yellow Brick Road* (in italiano *La strada di mattoni gialli*, Giallo Mondadori n. 1795 del 26 giugno 1983).

⁴ D'altra parte è la stessa Dorothy che, paradossalmente, ma solo in apparenza, abbandonata rapidamente la fugace e non fondata esaltazione del sogno e della fuga — «*There's no place like home*» —, come l'America benpensante e conformista degli anni '30-'40, si rivela rapidamente come il più strenuo difensore dei valori della tradizione, del conformismo e del ritorno alla “normalità”. E già che ci siamo inoltrati in questo argomento, meritano qui di essere ricordate le considerazioni sul mondo di Oz e sulle sue profonde radici nei “miti fondativi” della cultura degli Stati Uniti fatte da un attento critico, Neil Earle, il quale in *The Wonderful Wizard of Oz in American Popular Culture: Uneasy in Eden* (1993), sostiene che nell'opera sono rappresentati una serie di temi profondamente americani: la Frontiera, l'importanza del duro lavoro, la possibilità di ottenere tutto ciò che si desidera e realizzare i propri sogni grazie a doti personali come la volontà, l'intelligenza, il coraggio, il buon cuore, e infine la libertà individuale intesa come valore assoluto. Per declinare ancora meglio la nostra metafora: tutte queste doti e questi valori messi insieme fanno forse un buon pioniere, ma — ci sembra — non bastano (e alcune sono superflue) per fare un buon *scientist-practitioner* in campo psicologico-psichiatrico-psicoterapeutico...

⁵ Cfr. *Emperor's New Suit*, in *The Complete Hans Christian Andersen Fairy Tales* (ed by Lily Owens) (1981), New York: Avenel Books. “*Men han har jo ikke noget paa*”, nell'originale danese “*Keiserens nye Klæder*”, uscito il 7 aprile 1837 nella raccolta “*Eventyr, Fortalte for Børn. Første Samling. Tredie Hefte*”.

Una paziente — signora sulla cinquantina, di buona cultura — durante una seduta di psicoterapia racconta la seguente esperienza.

Il suo ginecologo, dal quale si fa visitare una volta l'anno per i controlli di routine, dopo averla interrogata sul suo stato emotivo e su alcuni aspetti della sua vita sessuale le ha espresso l'opinione che sia in corso un disturbo dell'umore connesso con la menopausa, e le ha prescritto un antidepressivo.

Nei giorni immediatamente successivi la paziente si reca da un medico internista che la sta curando per una bronchite piuttosto resistente. La paziente si sente bene, e comunica soddisfatta di essere guarita e di avere perciò sospeso l'assunzione di antibiotici. Il medico le rivolge un affettuoso rimprovero: se è guarita o no deve dirlo lui! La signora si spoglia, prendiamo il fonendoscopio e procediamo all'auscultazione. La quale puntualmente rivela all'orecchio del dottore che la bronchite è tuttora attiva a dispetto della sensazione di benessere provata dalla paziente, che pertanto deve protrarre la cura ancora per un po'.

La paziente accenna a questo punto alla prescrizione del ginecologo, chiedendo all'internista il suo parere a riguardo. Come risposta, ottiene inizialmente delle domande: si sente triste? — eccede nel consumo di alcolici? — al risveglio le sembra che la giornata le incomba addosso, carica di fatiche e di problemi? — piange di frequente? — ha risvegli notturni con difficoltà di riaddormentarsi? — è facilmente irritabile? — riscontra un "calo della libido"? — pensa al suicidio? — etc. La paziente coopera come può, perché a molte domande non corrisponde un sì/no secco, ma piuttosto un "forse", "qualche volta", "dipende"...

Il medico a conclusione di questo esame informa la paziente che la depressione c'è, ma non è così grave come ha pensato il ginecologo: prescrive quindi un altro antidepressivo, "più leggero".

Sin qui il racconto, la paziente così commenta: «Sa, dottore, io non vorrei prendere questi antidepressivi, un po' perché la psicoterapia mi ha abituato a considerare le mie emozioni in modo molto più sfumato e complesso di come si possono esprimere con domande e risposte schematiche; e un po' perché — per dirla tutta — io non sempre ho risposto ai medici sinceramente... Su certi temi più intimi ho difficoltà a parlare di me: anche nella psicoterapia, all'inizio, ci sono voluti mesi e decine di sedute per trovare il coraggio di rivelare alcuni miei pensieri e stati d'animo... Insomma, su che base i due medici hanno fatto la diagnosi di una depressione più o meno grave? Io non me ne sono fatta accorgere, ma in realtà sono stata un po' reticente! Depressa? Certo che sono depressa! Questo lo sapevo già da me!».

(2)

Si presenta alla consultazione psicologica un uomo sui quaranta anni, di cultura giuridica specialistica ma occupato presso un ente pubblico nel quale svolge compiti routinari di segreteria, collocazione lavorativa che lo fa sentire profondamente arrabbiato e umiliato. Presenta un importante disturbo d'ansia *free floating*, che tende ad appuntarsi ossessivamente sulla propriocezione (avverte come un prurito alla testa; cosa sarà? — sente lo stomaco "pesante": è grave?...)

Il paziente descrive nel modo seguente l'incontro con uno psichiatra al quale lo aveva inizialmente indirizzato il medico di base.

Il paziente espone in dettaglio (e con una certa concitazione) la varietà e l'intensità dei sintomi: lo psichiatra, che fin lì l'ha ascoltato in silenzio, gli mette davanti un breve questionario "Per nulla / Un po' / Abbastanza / Moltissimo" con item del tipo: mi sento turbato, mi sento allegro, sono preoccupato per possibili disgrazie e simili; il paziente lo compila con diligenza.⁶

A questo punto lo psichiatra lo fa sdraiare su un lettino e gli collega degli elettrodi alle dita; poi mette in funzione un apparecchio che emette un suono di intensità variabile mentre si accendono delle lucine; il paziente viene invitato a rilassarsi e seguire il ritmo di queste stimolazioni sensoriali — insomma, un programma di biofeedback.

Dopo qualche minuto il trattamento ha termine: lo psichiatra fa tornare il paziente alla scrivania e gli chiede: «Come si sente ora?» Risposta: «Tale e quale a prima». Di nuovo, il paziente viene invitato a riempire il questionario, e — come dubitarne? — il risultato è identico al precedente. Lo psichiatra spiega allora che l'efficacia di una terapia si misura sulla distanza, e propone al paziente un "pacchetto" di 10 sedute, di cui indica anche il costo (per inciso, piuttosto elevato). La prima seduta, dimostrativa, è gratuita: il paziente paga solo la visita (un onorario nella media).

Il paziente esce dall'ambulatorio pensando che lo psichiatra deve essere matto se si aspetta che lui ci ritorni, e in un secondo momento — speranzoso di trovare un'accoglienza profondamente diversa — si rivolge allo psicologo su indicazione di certi conoscenti comuni.

⁶ Si tratta con tutta probabilità della forma X-2 dello *State-Trait Anxiety Inventory* di Spielberger e Vagg (1970 [1980]).

(3)

Questa paziente ha circa quarant'anni, un grado di istruzione modesto, è affetta da un significativo disturbo del controllo degli impulsi: è bulimica, fuma troppo, spende troppo in acquisti futili. Da un po' è in psicoterapia, e un giorno racconta allo psicologo l'ennesimo tentativo che ha fatto per smettere di fumare. Dopo avere sperimentato inutilmente cerotti alla nicotina, graffette sulle orecchie, agopuntura, digitopressione, pranoterapia, fiori di Bach... si è rivolta a un medico che pratica l'ipnosi e "garantisce" — come spiegato in una brochure sparsa in varie copie nella affollata sala d'aspetto — il risultato per l'85% dei casi (glielo ha indicato un'amica che effettivamente ha smesso di fumare già da alcuni mesi dopo essersi sottoposta ad alcune sedute).

Fatte le presentazioni e preso atto della richiesta di "farle passare il vizio del fumo" (non "essere aiutata a smettere", si noti: l'accordo prevede dunque che il risultato stia completamente in capo al medico) la paziente è stata fatta accomodare su una poltrona di fronte alla scrivania, e il medico ha cominciato a parlare con voce pacata e monotona. Ha raccontato che quando frequentava le scuole elementari aveva preso a frequentare un altro bambino, che però si era rivelato la classica "cattiva compagnia", una specie di Lucignolo: e così lui (il medico, che ora all'apparenza deve avere oggi almeno settant'anni) marinava le lezioni, non faceva più nemmeno i compiti a casa etc. etc. Si rendeva conto però che questa non era una condotta adeguata a un bravo scolaro! E allora cosa aveva dovuto fare un bel giorno? Aveva dovuto smettere di frequentare il bambino cattivo etc.

La paziente, a questo punto, si sente intorpidita, le si chiudono gli occhi e quasi non riesce a seguire più il racconto. Il medico le dice allora di "abbandonarsi", di appoggiarsi meglio allo schienale della poltrona e non pensare a nulla. Chissà perché (per la verità, lo psicologo che ascolta la storia un'ipotesi ce l'avrebbe, ma non importa), a questo punto la paziente ha una reazione di allerta e d'improvviso si sente nuovamente vigile e anche un po' sospettosa... Il medico non sembra darsene per inteso e continua a parlare con voce monotona: ora suggerisce l'immagine di una fanghiglia nera che piano piano dilaga nella stanza, lambisce i piedi della paziente, comincia a salire, ecco, è già alle caviglie...

Quando la melma è arrivata al polpaccio, la paziente si tira su e dice più o meno: "Mi scusi dottore, ma io ora sono completamente sveglia e mi sono anche un po' innervosita!", aspettandosi che ora il medico riorganizzi in qualche modo il setting, la tranquillizzi, e la seduta riprenda.

"Signora", ribatte secco il medico, "è Lei che se ne sta lì troppo rigida, troppo difesa. Se fa così non smetterà mai di fumare. In queste condizioni non posso fare nulla", e la congeda sbrigativamente (*Who is the next?...*)

Onorario per la seduta, che è durata una mezz'oretta: 180 euro. La paziente ne è uscita così arrabbiata che ha fatto fuori uno dietro l'altro due pacchetti di sigarette in un pomeriggio.

Qualche osservazione

Questi brevi *sketch* (tali appaiono sia nel senso che il termine ha in inglese non solo nel linguaggio clinico, ma anche in quello dello spettacolo di varietà) presentano, si noti, situazioni complementari.

Primo caso. Il medico che ha visitato la signora successivamente alla prescrizione di antidepressivi da parte del ginecologo, ha tenuto un atteggiamento totalmente diverso nel valutare lo stato fisico e lo stato emotivo.

Quanto alla bronchite — dalla quale la signora "si sentiva" guarita, il medico non ha avuto esitazioni nell'affidare la valutazione a un apparato concettuale e clinico-strumentale oggettivante, ritenendo la paziente una fonte inattendibile; passando poi alla valutazione dello stato emotivo, le sensazioni soggettive e i vissuti della paziente diventano improvvisamente una fonte tanto valida da permettere addirittura di stimare la "gravità" del disturbo, che per altro nella mente della paziente non si rappresenta in termini di una "patologia" (come invece le difficoltà respiratorie dovute alla bronchite), quanto di una dimensione esistenziale con cui ha una lunga dimestichezza grazie a una capacità introspettiva che la psicoterapia nel tempo ha valorizzato e potenziato, dotandola di categorie e modelli interpretativi.

Un'osservazione a margine, a proposito di una questione su cui torneremo più avanti. La rappresentazione "ingenua" che il paziente ha della propria psicopatologia (cfr. per es. Di Nuovo, 2000) è entrata da tempo a far parte dei dati su cui si può basare la ricerca qualitativa in

psicoterapia: nondimeno è quanto meno bizzarro che — tanto nella raccolta anamnestica, che nella diagnosi, che nella valutazione dei risultati della cura — si faccia affidamento sulla capacità del paziente di fornire dati attendibili su di sé quando si riferisce alla propria vita mentale, mentre è ben chiaro a tutti i medici che il paziente è scarsamente affidabile quando riferisce impressioni relative al proprio stato fisico.

Secondo caso. Lo psichiatra ha riscontrato — sia pure con un metodo che ci sembrerebbe ai limiti del comico, se non ci fosse di mezzo la sofferenza psichica del paziente — che l'intervento "terapeutico" non ha prodotto nessun cambiamento nello stato mentale del paziente, che riferisce sintomi soggettivi perfettamente sovrapponibili a quelli che avvertiva prima di sottoporsi al trattamento. Ma poiché è previsto che quel trattamento sia efficace nella cura di quei sintomi, il mancato conseguimento di un risultato, quale risulta dalle parole del paziente, non è predittivo di un insuccesso terapeutico in prosieguo di tempo. In questo caso, dunque, il paziente non viene considerato una fonte di dati attendibili su di sé, perché questi dati non collimano con quanto previsto dal protocollo di cura.

E a proposito del terzo caso. Anche qui, ci sarebbe da ridere se non fossimo ai limiti della truffa. Il medico ipnotizzatore può riuscire o non riuscire a indurre nei soggetti uno stato psicofisico di trance: se non ci riesce, peggio per loro. Chissà, se non avesse ordinato alla paziente di rilassarsi (la paziente era già più che rilassata, ma lui forse non se ne è accorto), sarebbe riuscito nel suo intento: ma la paziente ha reagito (detesta che le si ordini alcunché), e l'incantesimo si è spezzato. Obbligazione di mezzi, non di risultati: la seduta si paga lo stesso. (Torneremo sugli aspetti etici della faccenda).

C'è differenza tra l'approccio dello psichiatra (come definirlo?, iper-comportamentista? quantofrenico?)⁷ e quello del medico ipnotizzatore? Quest'ultimo era scopertamente privo e incurante di strumenti di verifica, il primo ne adoperava di fasulli: il risultato è lo stesso — dall'uno e dall'altro la relazione non è stata minimamente considerata come un fattore né di conoscenza né di cura, a nessun livello. I pazienti si sono trovati in tal modo reificati, ridotti a oggetti privi di personalità e di coscienza, mentre nel caso (1), come abbiamo visto, la soggettività veniva promossa dall'irrelevanza a fini diagnostici e prognostici (la bronchite) a fonte unica e perfettamente adeguata e congruente di informazioni per gli stessi fini (la depressione).

Alcune (indispensabili) considerazioni di metodo

Considerazioni sul concetto di salute mentale

Abbiamo dedicato un'ampia parte dei nostri contributi sopra citati alla disarticolazione degli argomenti che un certo numero di autori americani hanno utilizzato a sostegno di differenti definizioni della "normalità psichica".

Abbiamo così avuto modo di confrontarci con le posizioni espresse a proposito del concetto di salute mentale da G. E. Vaillant (2003), con l'approccio della "psicologia positiva" e le relative opinioni in tema di salute mentale di alcuni dei suoi esponenti più rappresentativi (Seligman, 1991, 2002; Peterson & Seligman, 2004) e delle conseguenze che da tali premesse discendono a livello di impostazione dei lavori di ricerca: un esempio per tutti quello rappresentato dalla nota ricerca, pubblicata nel 2001, sul rapporto tra longevità ed espressione di emozioni positive dal titolo: *Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings From the Nun Study* (Danner, Snowdon & Friesen, 2001). E ancora con quanto esprime J. C. Wakefield (1992, 1997, 1999, 2004, 2005) sul disturbo mentale come "disfunzione dannosa". Fino ad imbatterci, tra l'altro, nella curiosa e assolutamente acontestuale diagnosi riservata dai medici sudisti, al tempo della guerra di secessione, agli schiavi fuggiaschi: la *drapetomania*⁸ o "disturbo di fuga degli schiavi".

⁷ L'espressione, come è noto, è del sociologo russo P.A. Sorokin, (1965), sul quale sarebbe interessante, in altra occasione, tornare a riflettere.

⁸ Alla lettera "mania di darsi alla fuga", nel senso di allontanarsi senza autorizzazione da un luogo obbligato; propriamente "disertare": nel linguaggio militare greco *drapètes* (dal verbo *drapetèuo*, scappare, evadere) è il disertore (nostra nota). Una curiosità: ai rozzi e miopi — a dir poco — medici sudisti sfuggiva che la cultura prodottasi all'interno di questa specie di epidemia non si limitava a esprimere sofferenza, fede e speranza, ma conteneva persino precisi e continuamente aggiornati sotto-codici con istruzioni precise per il

Ma proviamo, dai medici sudisti e dai loro discutibili criteri diagnostici ad avvicinarci ai giorni nostri, nei quali supponiamo si faccia riferimento a criteri più articolati e scientificamente fondati. E parliamo ancora di rapporto tra *white* e *black americans*.

Ce ne dà l'occasione, ad esempio, un recente articolo (Ward, 2005) che ha inteso esplorare l'esperienza soggettiva del counseling psicologico da parte di clienti afro-americani.

Così veniamo a sapere che i clienti afro-americani magari perché "sospettosi" (costituzionalmente?) nei confronti della ricerca scientifica e, ancor più, nei confronti dei ricercatori – come hanno evidenziato Pinn, Harden e Blehar, (2002) – si dedicano (chi l'avrebbe mai detto!) ad un'attività di valutazione continua del loro interlocutore (terapeuta o counselor che sia) per decidere se fidarsi o meno. E tale attività di valutazione fa riferimento a tre principali dimensioni: l'importanza da loro conferita alla loro *black identity*, l'eventuale coinvolgimento in procedimenti giudiziari, la similarità di prospettiva ideologica. Ciò influenza la loro percezione di sicurezza all'interno della terapia e la considerazione dell'*effectiveness* dell'operatore, determinando (l'avreste sospettato?) maggiori o minori livelli di apertura, di *self-disclosure*. Manco a dirlo, la *self-disclosure* si organizza lungo un continuum che va dall'assenza di apertura, ad un'apertura superficiale, per poi passare ad un'apertura selettiva e giungere infine ad una totale apertura.

È interessante notare che una tale declinazione dell'ovvietà viene da un'autrice che ci rivela di essere lei stessa *black*. È altrettanto interessante soffermarsi sull'episodio, citato nell'articolo della Ward, che l'autrice ritiene emblematico in rapporto al suo interesse nelle questioni di cui si occupa il suo lavoro scientifico.

Questo dunque l'episodio: la *nostra* sta andando al lavoro (un *Community Mental Health Center*) e, sull'autobus, le capita di sedersi vicino ad una donna nera, la quale attacca subito discorso e, identificandola come una studentessa (ma, si sa, i neri sono valutatori nati!), le chiede di che cosa si occupi. Lei risponde che si occupa di psicologia del counseling e la sua interlocutrice le chiede se c'è un'area che la interessa in particolare (anche qui, si sa, i neri non si aprono tanto facilmente e sono sospettosi: a proposito, ma chi è il counselor e chi il cliente?) e lei afferma di interessarsi in particolare di problemi culturali e counseling. Al che la donna nera complimentandosi perché, dice, "abbiamo bisogno di gente che si occupi di questa roba", le racconta un aneddoto.

Ragazza mia, senti quello che mi è successo di recente. Qualche volta, ho degli sbalzi d'umore, sai come succede. Quando viene il freddo, per esempio, mi sento depressa e infelice. Una parte della mia infelicità è connessa al fatto di essere una donna nera che vive in una città bianca. Comunque decido di sentire il mio medico per questi miei sbalzi d'umore e lui mi consiglia il counseling. All'inizio io non ci volevo andare perché tu sai che cosa ne pensiamo noi, gente nera, del counseling e, per di più io non voglio che nessuno pensi che io sia pazza⁹. Comunque, alla fine, prendo il coraggio a due mani e vado da un counselor: in fin dei conti avrebbe potuto essere utile, mi dico. Ma quello, durante i primi trenta minuti mi dice che devo andare da uno psichiatra per farmi somministrare delle medicine. Ma che aveva nella testa quel tale? Non ha speso nemmeno un minuto per cercare di conoscermi, ha immediatamente cominciato a parlare di medicine. Io avevo bisogno di qualcuno con cui parlare e invece lui parlava di medicine. Beh, ragazza mia, non ci sono più tornata (Ward, 2005, p. 471, traduzione nostra).

soddisfaccimento del "sintomo". Come ha ricordato G.C. Roncaglia ne *Il jazz e il suo mondo* (2006, pp. 43 ss.), a proposito dello *spiritual* Martin Luther King rilevava come tale modo di cantare fosse anche un mezzo che i neri utilizzavano per comunicare fra loro senza che i padroni, anche se presenti, potessero capire: «Cantavamo il "cielo" che ci attendeva», scrive il leader del movimento per i diritti civili ai neri, «[e] la parola "cielo" per noi significava "Canada", che speravamo di poter raggiungere». I canti contenevano indicazioni criptate relative ai «punti d'appoggio, rifugi, luoghi di sosta e di riposo» di una lunga catena che dal *deep South* consentiva e sosteneva la fuga degli schiavi attraverso gli Stati Uniti sino alle frontiere dell'ospitale Canada".

⁹ È interessante notare, come sottolineano Sanders Thompson, Bazile e Akbar (2004), che a proposito di salute mentale, i *neri* sembrano preferire il riferimento ai servizi di pronto soccorso: tali strutture, infatti, sono viste come punti di riferimento in quanto è possibile essere visitati a prescindere dalla capacità di pagare e, non meno importante, è possibile evitare la stigmatizzazione, avvertita incombente quando ci si rivolga ad un servizio pubblico, in quanto è difficile per gli *altri* accertare la natura dei servizi di cui si ha bisogno. Quasi una necessità di occultare lo psichico, dietro la rassicurante, "gratuita", comune – tra bianchi e neri, ricchi e poveri – condivisione di una fragilità somatica da soccorrere e accudire.

Sfortunatamente, si affretta a precisare l'autrice, la percezione di questa donna del counseling e dei counselor è molto comune tra gli afro-americani che si rivolgono a servizi di salute mentale, specialmente tra le donne. Infatti la decisione di interrompere le consultazioni dopo solo una seduta è proprio in linea con quanto hanno scoperto Wade e Bernstein (1991): la comunità scientifica è grata a questi ricercatori, per merito dei quali è stato disvelato il fatto che la percezione delle donne afro-americane di counseling e counselor (chissà perché proprio delle donne: magari per il notissimo e scientificamente accertato fenomeno che va sotto il nome di "intuito femminile"?) si sviluppa fin dalla prima seduta influenzando (anche qui, chi l'avrebbe detto!) la loro decisione di continuare o non continuare la consulenza intrapresa.

Dopo il pionieristico (!) lavoro di Wade e Bernstein, le informazioni riguardo al tema sono solo di natura *aneddotica*, si lamenta l'autrice, e ciò la spinge ad esplorare il problema attraverso un'analisi teoricamente fondata: i risultati cui questa analisi conduce li abbiamo sinteticamente tracciati più sopra.

Non siamo in grado di conoscere le reazioni dell'*ispiratrice* del lavoro, la *black woman* dell'autobus, ma possiamo immaginarle: non una parola viene spesa, nel lavoro della Ward, a proposito di quanto le era stato detto quasi come premessa necessaria al breve aneddoto raccontatole dalla sua occasionale interlocutrice: "*Part of my unhappiness is related to being a Black woman living in a White city*".

Lo spessore di una tale affermazione che, comunque, rimanda ad una dinamica contestuale stratificata in centinaia di anni di convivenza tra *white* e *black americans* (in cui una qualche influenza, soprattutto in riferimento alla fiducia nei confronti degli operatori della salute mentale, sarà pure stata esercitata da operazioni diagnostiche e, immaginiamo, terapeutiche del tipo della *drapetomania* di cui sopra!), viene completamente trascurato in favore di affermazioni generiche come quelle che possiamo leggere nelle conclusioni in cui si afferma, tra l'altro, che

the findings from this study emphasize the importance of hearing and honouring the voices of the clients we serve (Ward, 2005, p. 480).

Come se questo non fosse un implicito talmente scontato da non necessitare di sofisticate indagini empiriche per essere affermato e magari ricordato a chi, come forse il counselor dell'aneddoto citato, viene implicitamente stigmatizzato *solo* perché non sufficientemente preparato al compito: riducendo così un problema relazionale e, in quanto tale, profondamente influenzato da dinamiche contestuali ad un *semplice* fatto di perizia/imperizia tecnica.

Ancora di più, l'importanza di ascoltare e rispettare le voci dei clienti che serviamo, non costituisce *in sé* un fondamento dell'agire clinico in psicologia, ma vale la pena sottolinearla in quanto

clients' perceptions of counselling determine to a large extent the effectiveness of therapy (Barak & LaCrosse, 1975; Constantine, 2002; Paulson et al., 1999 — cit. in Ward, 2005, p. 480).

E, come si vede, anche questa affermazione, talmente scontata da suonare quasi offensiva, è supportata dal suo bravo repertorio di citazioni *ad hoc*.

In conclusione, quindi, da quanto leggiamo sembra che il *problema* dei neri a confronto con le istituzioni deputate al counseling e alla psicoterapia sia quello di non sentirsi ascoltati e di sentirsi trattati da "pazzi"; dall'altro, tuttavia, sembra che gli psicologi (ricordiamo l'aneddoto) tendano proprio a fare così nei loro confronti. Questa visione del problema ci appare ingenua e riduttiva, perché non si tengono in conto variabili contestuali di estrema importanza che riguardano il rapporto, così come è venuto storicamente a determinarsi, tra bianchi e neri d'America (ma forse ci sarebbe qualcosa da dire anche in relazione ad asiatici, *latinos*, italiani ecc.).

Come possiamo interpretare quanto sopra? Sembra di trovarsi di fronte ad una sorta di empirismo ingenuo, figlio diretto di un obsoleto *paradigma di semplificazione*. In questa prospettiva, il mondo è in sé compiuto, governato da meccanismi lineari in cui sono distinguibili con precisione le categorie di causa ed effetto. Un paradigma, cioè, in cui si assume che la realtà sia caratterizzata dall'ordine, dalla stabilità e dalla regolarità dei fenomeni. Se ciò non fosse, sarebbe infatti poco logico cercare di identificare dei nessi precisi tra fenomeni disordinati ed instabili. I processi di isolamento, disgiunzione e quantificazione richiesti dal tradizionale metodo sperimentale sono logicamente ammissibili solo all'interno di un paradigma in cui la realtà è descritta come un

insieme organico e regolare, in cui gli oggetti hanno caratteristiche proprie, indipendenti sia dall'osservatore sia dal contesto in cui si collocano: ecco che allora la conoscenza scientifica si fonda su osservazioni dirette della realtà – ossia su una base di tipo *empirico* e “libera da qualsiasi pregiudizio” – da cui si parte per giungere alla formulazione di principi di carattere generale in grado di spiegare i fatti osservati (Grasso, Cordella & Pennella, 2003).

Ma il contributo dell'epistemologia, all'interno dello specifico psicologico e psicologico clinico in particolare (cfr., ad esempio, Lombardo & Malagoli Togliatti, 1995) non ha prodotto, se non altro, amplissimo materiale di riflessione?

È necessario ricordare che rappresenta un'acquisizione ormai compiuta il fatto che l'interazione tra il fenomeno, l'osservatore e gli strumenti utilizzati nel processo di conoscenza non solo è inevitabile, ma deve anche essere considerata l'*oggetto del conoscere*? Che il concetto di *causa* è stato affiancato da quello di *condizione* e che, oltre alla causalità lineare, sono stati valorizzati processi diversi come l'*interdipendenza* e la *probabilità*? E quest'ultima non è più considerata come l'espressione di un'incapacità di definire la *certezza* dei nessi esistenti tra i fenomeni osservati, ma piuttosto come una caratteristica costitutiva della realtà?

È ampiamente noto quanto il ruolo dell'induzione empirica sia stato nel tempo fortemente ridimensionato. Nel momento in cui viene a cadere l'idea di una realtà permanente ed indipendente dall'osservatore e si colloca quest'ultimo in una complessa rete di interdipendenze con il fenomeno osservato, risulta inevitabile dichiarare la stretta dipendenza dell'osservazione dalle teorie – intese ovviamente in senso lato – di chi osserva. Contrariamente a quanto affermava l'epistemologia empirista sottesa al paradigma di semplificazione, le teorie scientifiche sembrano quindi elaborate non tanto a partire dai dati sensibili, ma dalle convinzioni che si possono avere nei confronti dei fenomeni che si intende studiare. È quindi decaduta anche l'idea di una dimensione *cumulativa* del sapere – tipica della cultura illuministica prima e positivista poi – in cui si raffigurava lo sviluppo scientifico come una sorta di sommatoria, a favore dell'idea di una conoscenza processuale che avviene per eliminazione di errori.

Il concetto di semplificazione è stato da tempo sostituito da quello di complessità e del conseguente *paradigma di complessità* (Benkirane, 2002), in cui l'oggetto dell'interesse scientifico è riconosciuto nella totalità degli elementi che lo compongono e nelle interazioni che questi intrattengono con l'ambiente in cui sono situati, si è fatto un gran parlare nel corso degli ultimi trenta anni.

Dove è finita adesso la dimensione della complessità? Come è possibile rintracciarla negli studi che abbiamo citato? Quello cui assistiamo sembra, ci si passi il termine, una sorta di semplificazione del concetto di complessità.

Crediamo, infatti, sia possibile considerare “complesso” un sistema di elementi definibili in base alle funzioni che svolgono. Tali elementi, tuttavia, non sono semplicemente “parti” del sistema – se lo fossero il sistema sarebbe frammentabile e quindi, per definizione, non sarebbe “complesso” – ma hanno una propria ontologia dipendente dal contesto in cui sono collocati. Fuori dal sistema, tali elementi non hanno significato ed il sistema stesso, senza queste parti, perde la propria identità.

Alla luce di queste considerazioni, analizziamo ora un singolare dibattito ospitato nel marzo 2006 sulla rivista *Psychotherapy Research*. Il numero si apre con l'introduzione del curatore Clara E. Hill che propone ai lettori il tema, oggetto di una sezione speciale, con le seguenti parole:

In the psychotherapy community, the issue of whether the effects of therapy are due to the treatment itself or to the therapist has been hotly debated (Hill, 2006, p. 143).

E più avanti:

If it is the treatment that works, the implication is that we need to have carefully specified treatment manuals that detail exactly what any good therapist would do at different points in the treatment process. If, alternatively, it is the therapist who is the responsible for change, we need to focus on selecting good therapists and fostering their personal growth and development. Finally, if it is actually the clients who are the major contributors to therapeutic effectiveness, we must focus on developing better diagnostic tools and tailoring our treatments to different types of clients. Hence, understanding more about the sources of effects directly influences practice, training and research (Hill, 2006, p. 143).

Verrebbe ovviamente da pensare alla *vexata quaestio* relativa all'importanza dei cosiddetti fattori *specifici* o *aspecifici* nel determinare l'efficacia di un trattamento psicoterapeutico, abbigliata per l'occasione con il vestito della domenica. Ma, a parte ogni altra considerazione, il modo in cui viene impostato il tema sembra improvvisamente cancellare qualsiasi riferimento ad uno degli aspetti più salienti della riflessione teorica in psicologia e in psicologia clinica e psicoterapia in particolare: la dinamica della relazione. O, forse, sembra accentuare unilateralmente la dimensione del comportamento individuale, a scapito appunto di quella relazionale. Ma, anche in questo caso, il riferimento è ad una sorta di vetero comportamentismo, quasi completamente impermeabile a qualsiasi riferimento contestuale.

L'introduzione di Clara E. Hill fa spazio a due contributi di ricerca che si propongono di far luce sul tema, lavorando, e questa è senza dubbio una peculiare opportunità, sullo stesso insieme di dati: si tratta delle risultanze del National Institute of Mental Health's Treatment of Depression Collaborative Research Program. I modelli di psicoterapia presi in considerazione sono la *cognitive-behavior therapy* (CBT) e la *interpersonal therapy* (IPT). I pazienti considerati sono 119 assegnati casualmente (!) a 17 terapeuti, 60 a 9 terapeuti IPT e 59 a 8 terapeuti CBT. I due studi (Elkin, Falconnier, Martinovich & Mahoney, 2006; Kim, Wampold & Bolt, 2006), giungono (ci credereste?) a conclusioni diametralmente opposte.

Infatti, il contributo di Elkin, Falconnier, Martinovich e Mahoney (2006) sottolinea:

There was no indication of significant therapist effects in the current analyses despite the use of a more efficient model (because all available data may be included) and a conception of treatment progress that focuses on rates of change, adjusted for baseline expectations, instead of focusing on status at a somewhat arbitrary point (p. 151).

Kim, Wampold e Bolt (2006), affermano, invece, dal canto loro:

Several multilevel analyses of the NIMH TDCRP data revealed sizable therapist effects, ranging from 1% to 12% depending on the outcome variable and the model adopted. Overall, a simple mean of all the estimates was about 8%.

[...]

it seems clear that therapists were an important source of variability in these data.

[...]

the results suggest that, with regard to outcomes, therapists are more important than treatments (p. 167).

Sarebbe sensato fermarsi qui e, come ci si diceva da bambini, fare un bell'esame di coscienza. Approfondito. Ma invece, in una sorta di *cupio dissolvi* scientifico-metodologico-statistico, l'analisi di questi risultati, non tanto discrepanti, quanto decisamente opposti, viene appaltata a studiosi di vaglia, Soldz (2006) e Crits-Christoph e Gallop (2006), perchè li commentino e trovino giustificazioni alle due divergenti conclusioni. E non basta: c'è anche spazio per una replica dei coordinatori degli studi esaminati (Elkin, Falconnier, Martinovich & Mahoney, 2006b; Wampold & Bolt, 2006). Con il risultato che molto più di un terzo della rivista è occupato da questo tema.

Non vogliamo, in questa sede, entrare troppo nel merito delle argomentazioni che vengono prodotte. Ci basta sottolineare l'artificialità di tutto il dibattito, come notano anche Dazzi e De Coro (2007), pur non giungendo alle nostre stesse conclusioni:

Il tema centrale è: come ridurre l'effetto della variabile "terapeuta" nelle ricerche sugli esiti, per ottenere studi sufficientemente "controllati" che documentino gli effetti della psicoterapia sul paziente? I diversi autori dibattono circa la possibilità di costruire modelli a livelli plurimi che permettano di tenere insieme i molteplici fattori e, a conclusione del dibattito, si sottolinea che i tentativi di costruire modelli di analisi dei dati che riducano l'effetto del terapeuta non hanno alcun senso, poiché tutte le ricerche dimostrano la rilevanza del terapeuta per gli esiti della psicoterapia e, nel momento in cui gli effetti del terapeuta vengano fatti scomparire, "scomparirà tutto il resto!" (Wampold & Bolt, 2006, p.186).

Ci chiediamo: non era questo un risultato atteso? Vedere se è possibile eliminare la variabile “terapeuta” in psicoterapia, o al contrario, provare che conta, non diremmo immediatamente che rappresenta un tema assolutamente di retroguardia nella riflessione complessiva sulla psicoterapia? Eppure il “dibattito” occupa quasi metà della rivista, per approdare a conclusioni o meglio a non-conclusioni che, ci sembra, potevano essere largamente anticipate senza l'onere del sofisticatissimo impianto che presiede alle due ricerche. Non è possibile, allora, non essere maliziosi: riproponendo un noto tormentone italiano, *a pensar male si commette peccato, ma si colpisce nel segno*.¹⁰ In altri termini, ci viene spontaneo pensare che l'interesse per la ricerca, e il tentativo di chiedere risposte, attraverso la ricerca, ai tanti interrogativi che la prassi psicoterapeutica propone, rappresentino in realtà qualcosa di fortemente condizionato da un “mercato”, della ricerca *in primis* e dei suoi finanziamenti, ma anche dell'offerta e della fruizione della psicoterapia da parte degli utenti, così fortemente subordinato, in testa negli Stati Uniti, alle pretese delle compagnie di assicurazione. Non ci si venga a dire che la finalità è la migliore utilizzazione delle risorse a disposizione: anche implementare questo tipo di ricerca, comporta una scelta ben precisa su come utilizzare i soldi dei contribuenti¹¹.
Ammonisce Soldz (2006):

Models, being idealizations, are not true representations of reality.

[...]

Thus, there is no such thing as a correct model (p. 175).

Se uno studioso come Soldz ritiene necessario fare una simile *basica* precisazione, allora vuol dire che non si parla tanto degli aspetti metodologici delle ricerche considerate¹², quanto piuttosto di tutto l'impianto culturale e, ci si passi il termine, di filosofia della scienza che presiede ai disegni di ricerca esaminati. E allora l'interrogativo si sposta dal senso delle ricerche proposte, alla qualità dei referee che tali lavori valutano per la pubblicazione, in una parola alla qualità della rivista che li ospita e alla sua politica culturale: ancora una volta, ribadiamo, *a pensar male si commette peccato, ma si colpisce nel segno*.

In questa prospettiva, una particolare posizione negli studi circa l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici è occupata dai cosiddetti EST (*Empirically Supported Treatments*), che scaturiscono dalla cosiddetta pratica *evidence based*. Può essere interessante citare al proposito le posizioni critiche espresse, ad esempio, da Westen e coll. (Westen, Morrison & Thompson-Brenner, 2004), i quali pur individuando alcune fondamentali aporie in questo tipo di ricerche, non portano, a nostro avviso, la loro analisi alle estreme conseguenze.

Affermano, infatti, che

¹⁰ *En passant*. Il senatore a vita Giulio Andreotti, icona indistruttibile della scena politica dal dopoguerra a tutt'oggi, cui la *vox populi* attribuisce la paternità della battuta, ha più volte girato l'onore a un non meglio precisato cardinale della Segreteria di Stato vaticana.

¹¹ Siamo avvertiti, ad esempio, che il già citato lavoro di commento di Crits-Christoph & Gallop (2006), «was funded in part by National Institute on Drug Abuse Grants R01-DA018935 and R21-DA016002» (p. 180). Ci sfiora una curiosità: qual è il rapporto tra abuso di droga e influenza del terapeuta in psicoterapia, sotto il profilo dei finanziamenti di ricerca? Non sembrerebbero, a tutta prima, argomenti diversi e quindi con differenti fonti per le risorse finanziarie? Forse parte della spiegazione può essere trovata nella contemporanea presenza, sulla stessa rivista, ma in un'altra sezione, di un lavoro su droga e counseling a nome, tra gli altri, degli stessi autori (Cfr. Barber, Gallop, Crits-Christoph, Frank, Thase, Weiss & Connolly Gibbons, 2006)?

¹² Anche se, pure a questo livello, Soldz senta la necessità di fare alcune precisazioni e, ci sembra, di non poco conto. Anzi, talmente rilevanti da gettare un'ombra lunga su molte (tutte?) le ricerche che si occupano di tali problemi: «it is important to keep in mind that the TDCRP data set, although one of the larger psychotherapy data sets, is quite small for sustaining the analyses reported here» (p. 175).

molti degli assunti alla base dei metodi usati per testare le psicoterapie [sono], essi per primi, non verificati, ed anzi disconfermati empiricamente, o pertinenti solo a un determinato numero di trattamenti e disturbi (trad. it. p. 9).

E ancora che

quando si discute di argomenti complessi, è assai improbabile che affermazioni categoriche e giudizi dicotomici di validità o invalidità risultino scientificamente e clinicamente utili, quindi, bisognerebbe fare più attenzione alle condizioni per le quali alcuni metodi empirici sono utili nel testare certi tipi di interventi per certi disturbi (trad. it. p. 9).

Tali affermazioni sembrano, fondamentalmente, disconfermare non solo i risultati, ma anche l'impianto complessivo metodologico di gran parte del lavoro di ricerca sulla psicoterapia. Allora, la domanda maliziosa che ci sale alle labbra, è la seguente: dato che molti degli assunti alla base di un tale lavoro di ricerca, proprio perché rigettanti qualsiasi dimensione di complessità (che invece nelle parole di Westen e collaboratori viene di nuovo invocata!), si rivelano immediatamente assai poveri di senso, come abbiamo anche cercato di dimostrare più sopra, come mai tali ricerche per venti, trenta anni hanno trovato spazio e diffusione su numerose riviste (autorevoli!), hanno goduto di finanziamenti cospicui, hanno coinvolto studiosi e ricercatori in convegni e simposi in molte parti del mondo? Forse che una volta trovata una vena "aurifera", sia necessario esaurirla (magari "turandosi il naso")¹³, prima di passare allo sfruttamento della successiva? Se ha garantito una consistente "rendita" la cieca adesione ad una prospettiva fatta di semplificazione e riduzionismo, e in buona parte ancora la garantisce, dobbiamo attenderci che in un prossimo futuro, un altrettanto consistente vantaggio lo potrà garantire la tardiva, e perciò fittizia (è troppo dire artificiosa?), conversione ad una frettolosa e superficiale visione di complessità? Come se l'importante fosse comunque rimanere nel "giro"?¹⁴

Accogliamo quindi con cautela, quanto ancora Westen e collaboratori affermano, quando sostengono che

è venuto ormai il momento di avviare una verifica davvero radicale dello statuto empirico non solo dei dati ma anche dei metodi usati per definire ciò che è o non è empiricamente validato (trad. it. p. 10).

E allora? Come giustificare un dibattito come quello cui abbiamo più sopra fatto riferimento? Di recente, ancora Westen è tornato sull'argomento, ribadendo quanto segue:

In un'epoca in cui un farmaco o una terapia, per essere commercializzabili, devono dimostrare la loro efficacia in studi accuratamente controllati, anche la psicoterapia – assimilata a una terapia medica – deve presentarsi sul mercato delle terapie rivali e al cospetto dei possibili fruitori con un pedigree di prove empiriche della sua efficacia.

Le esigenze della sperimentazione sugli EST

Le esigenze della ricerca e il tipo di epistemologia e modellistica terapeutica cui fanno riferimento i ricercatori EST pongono dei vincoli specifici agli studi finalizzati all'elaborazione e alla valutazione dei trattamenti (Chambless & Ollendick, 2000; Kendall, Marrs-Garcia, Nath & Shedrick, 1999; Nathan, Stuart & Dollan, 2000).

¹³ *En passant* 2. Questo altro diffuso *locus communis* tutto italiano fu rivendicato dal noto giornalista Indro Montanelli a proposito del suo voto alla Democrazia Cristiana negli agitati anni '70, quando il Partito Comunista sembrava avviarsi alla conquista della maggioranza relativa in Parlamento.

¹⁴ A questo proposito meriterà un ulteriore approfondimento la rilevanza per gli psicologi e gli psichiatri di pubblicare su riviste con alto *impact factor*, alle quali non è facile accedere se i disegni sperimentali dei lavori presentati non rispondono ai criteri standard della ricerca nel campo delle scienze naturali. Per quanto la cosa non dovrebbe avere molta importanza (anzi ne ha "zero") dal punto di vista dei clienti/pazienti, ne ha invece moltissima per i professionisti e ricercatori che in base all'*IF* hanno maggiori o minori probabilità di accedere a ruoli di prestigio nelle Università e nei Servizi sanitari, di ottenere finanziamenti pubblici e privati etc. Anche in Italia alcuni medici hanno contratti a tempo determinato presso gli IRCCS con remunerazione direttamente proporzionale all'*IF*. Ne riparleremo in altra occasione.

Eccone alcuni:

- dagli studi di validazione delle psicoterapie devono essere esclusi i soggetti che minano l'omogeneità del campione sperimentale e di controllo;
- i trattamenti da valutare devono essere brevi, o comunque devono avere una durata prefissata, perché il protocollo deve essere uguale in tutti i casi e il quadro clinico presentato dai pazienti all'inizio, alla fine della terapia e al follow-up deve essere valutabile a parità di tutte le altre condizioni;
- i trattamenti devono essere mirati alla cura di un unico disturbo clinico diagnosticabile con i manuali psicopatologici accettati dalla comunità internazionale (Goldfried, 2000) e devono essere specifici per quel disturbo, ragion per cui dai campioni di validazione degli EST vanno eliminati quei pazienti che presentano comorbidità o vanno ignorati lo stato e gli eventuali mutamenti presentati dai disturbi diversi da quello target (Wilson, 1998);
- i trattamenti da valutare devono essere manualizzati e va controllato il livello di aderenza al protocollo della pratica reale dei professionisti coinvolti negli studi.

In sintesi, il movimento EST cerca di elaborare trattamenti psicoterapeutici brevi, manualizzati e finalizzati alla cura di disturbi specifici, e li valuta per mezzo di campioni di soggetti omogenei trattati (e/o valutati) in modo identico e per la sola patologia bersaglio (Gazzillo & Lingiardi, 2007).

Come dire: ma di quale psicoterapia e di quali tipologie di pazienti stiamo parlando? Di terapie e di pazienti "reali"?

Nel quadro che viene offerto, ci sembra allora un po' ambivalente, affermare con voce flebile e fin troppo difensivamente che

il nostro intento non è di denigrare la pratica basata sull' evidenza (Westen, Morrison & Thompson-Brenner, 2004, trad. it. p. 9).

Sarebbe piuttosto una bella domanda, chiedersi: ma cosa dobbiamo intendere per evidenza? Abbiamo provato a rispondere.

Non tutte le prove sono evidenze, non tutte le evidenze sono prove

In un recente contributo — apparso nello stesso volume in cui abbiamo pubblicato noi stessi uno dei saggi precedentemente citati (Grasso & Stampa, 2007) — Francesco Mancini e Barbara Barcaccia (2007) ammoniscono ricercatori e professionisti a tradurre correttamente dall'inglese l'espressione "evidence based": medicina, psicoterapia basata *sulle prove scientifiche*, non sull'evidenza. Dopo avere citato un lavoro di G. Ravaglia (2003) nel quale l'autore attacca il concetto di "evidenza" che considera filosoficamente "rozzo", scrivono Mancini e Barcaccia:

Come dargli torto? Se non fosse che *evidence* significa "prova", non "evidenza", quindi la psicoterapia *evidence-based* è [...] semplicemente una psicoterapia fondata su prove sperimentali di efficacia [...] Nulla a che fare con l' arroganza ideologica insita nel concetto di "evidenza". Niente è "auto-evidente" nell'ambito della scienza.¹⁵

Nulla da eccepire sotto il profilo linguistico: e un buffetto di rimprovero a quegli ingenui ignoranti che avessero eventualmente pensato alle "prove" in senso giudiziario (il sospetto è evocato con garbato *understatement* da Del Corno & Lang, 2006, p. 59). C'è però un piccolo problema, che vorremmo segnalare anche a quelli che conoscono bene l'inglese. Si può parlare di "prove scientifiche" allo stesso titolo in medicina e in psicologia? Sì e no. Sì se pensiamo a una

¹⁵ Il cortocircuito "evidenza = auto-evidenza" appare qui estremamente significativo dell'istanza di eliminazione della soggettività anche dalla scienza in genere. A Mancini e Barcaccia non è venuto in mente che un dato di realtà potrebbe essere "evidente" *per qualcuno che entra in rapporto con quel dato*, piuttosto che evidente "in sé"? C'è anche chi, di fronte al medesimo dato, non rileva alcuna evidenza: è la classica gag tra Holmes e Watson, tra Poirot e Hastings e tante altre coppie di segugi di fronte agli indizi di un crimine. Trattiamo la questione poco più avanti nel presente contributo.

condizione sperimentale astratta, che riesca ad azzerare il contesto — un'impresa non da poco: studiare, per es., la tolleranza alla frustrazione, o l'ansia di stato (vedi lo sketch clinico n. 2 riportato sopra) o la memoria evocativa indipendentemente dalla dimensione emozionale/istituzionale in cui si dispiega il setting, dalla relazione tra sperimentatore/osservatore/agente e soggetto sperimentale — che dipende da più fattori: personalità, istituzione e organizzazione del setting, ideologia implicita dell' impianto concettuale della ricerca e molti altri ancora — oltre che dalle connessioni che esistono alla base nel soggetto tra i processi di acquisizione e stoccaggio delle informazioni, della loro elaborazione, dell' attenzione e della concentrazione; e ancora dipende dalla cultura di base e dalle abilità del soggetto etc. E già questo "sì" sembra disperdersi e disintegrarsi in un labirinto di variabili fuori controllo.

E invece: no, non si può parlare di "prove scientifiche" in psicologia allo stesso modo in cui se ne parla nelle scienze naturali che fondano il pensiero e la pratica della medicina. Gli esperimenti di fisiologia, le cui risultanze venivano contrapposte alla proposta freudiana delle origini — l'esplorazione dell'inconscio mediante l'ipnosi — continuano a dirci poco o nulla su come gli esseri umani, ivi compresi terapeuti e pazienti, interagiscono fra loro.

Abbiamo già trattato la questione sulle pagine di questa rivista (Grasso & Stampa, 2006), argomentando come segue.

In medicina la distinzione tra "normalità" in senso statistico e in senso clinico è oggetto di una letteratura ormai consolidata e chiara nella sua struttura concettuale (a cominciare, per citare solo un nome, da G. Canguilhem, 1966). La maggior parte delle persone ha certi disturbi, prodotti dalla stessa capacità adattiva dell'organismo umano a condizioni ambientali e a stili di vita individuali e collettivi in continuo divenire: ciò non toglie che tali disturbi vadano diagnosticati, curati, "gestiti", che se ne eserciti una adeguata prevenzione ove possibile etc.

Questo atteggiamento della medicina è consentito dalla catena logica delle conoscenze che si snoda come una vera e propria gerarchia di saperi: fisica → chimica → biologia → fisiologia → patologia generale → patologie speciali → semeiotica... ognuna di tali aree disciplinari è "sostenuta" metodologicamente da quella che la precede nell'elenco.

Ora, grazie a questa "piramide" concettuale, si può stabilire quale sia il funzionamento "ideale" — e di qui "normale" in un certo soggetto e in condizioni date — di un organo interno; e quale sia il *range* di variabilità che probabilisticamente definisce la sua possibilità di continuare a svolgere la propria funzione nell'organismo; e (se possibile) come intervenire per far sì che la funzionalità stia dentro questo *range*. Se e quando ne supera i limiti inferiore o superiore, si definisce una patologia come difetto o eccesso: deficit anche in questo secondo caso, perché il punto è che la funzionalità "normale" è compromessa.

Impossibile applicare alla psicologia lo stesso quadro epistemologico. Non c'è nulla, nella vita mentale, che si presti a essere gerarchizzato, ordinato, studiato e meno che mai modificato secondo un procedimento logico lineare come quello sopra schematizzato

Vorremmo a questo punto spendere qualche parola in favore di un modello di psicoterapia basato proprio sull'*evidenza*, invece che su presunte "prove". Scrivono a riguardo i sopra citati Del Corno e Lang (2006, p. 59):

Ma che cosa possiamo definire "evidente"? Senza addentrarci in una discussione filosofica che ci porterebbe lontano (e che forse bisognerebbe pur fare, una volta o l'altra),¹⁶ dobbiamo riconoscere che le "prove" di cui va alla ricerca chi indaga l'efficacia di una psicoterapia non si esauriscono tutte nell'ambito di ciò che è quantificabile nella miglior tradizione RCT.¹⁷ Esiste una zona più *blurry* o *fuzzy* che appartiene alla soggettività del paziente (nonché dello psicoterapeuta) e al rapporto fra loro.

Per altro, cosa intenderà mai il *DSM-IV* quando, a proposito dei "Criteri per i disturbi indotti da sostanze", scrive

¹⁶ Sottoscriviamo: e togliamo il "forse", e sostituiamo "una volta o l'altra" con "presto". Noi, umilmente, ci stiamo già provando.

¹⁷ Il riferimento è ovviamente al modello Randomized Clinical Trials, in cui i pazienti vengono assegnati in modo casuale a differenti gruppi con diversi tipi di trattamenti, in condizioni (teoricamente) controllate.

- B. There is *evidence*¹⁸ from the history, physical examination, or laboratory findings of either (1) or (2):
(1) the symptoms developed during, or within a month of, Substance Intoxication or Withdrawal
(2) medication use is etiologically related to the disturbance
- C. The disturbance is not better accounted for by a disorder that is not substance induced [...]

Sembra proprio che anche nel *DSM-IV*, quale supporto alla psicopatologia descrittiva, torni a farsi largo il *paradigma indiziario*, che appunto costituisce della medicina il più antico modello di ragionamento clinico, basato sull'evidenza: nessuna "auto-evidenza" — un privilegio che la scienza ha finito per riconoscere solo ai primi quattro postulati di Euclide (la forzatura del quinto essendo alla base delle geometrie non-euclidee) — ma l'evidenza che discende da un uso appropriato della procedura denominata "abduzione".

Da molti anni il gruppo di lavoro che si raccoglie attorno ad alcune cattedre di Psicologia dell'Università di Roma 1 e alla *Rivista di Psicologia Clinica*, sostiene il modello del paradigma indiziario come il più idoneo alla spiegazione e all'interpretazione in psicologia clinica. Ancora nell'Editoriale del numero scorso ricordava R. Carli (2007), che al tema ha dedicato ripetuti interventi negli ultimi venti anni:

Ebbi a proporre recentemente ad alcuni colleghi interessati alla verifica in psicoterapia, un interrogativo che rimase, in quell'occasione, senza risposta: *quali sono le ragioni che hanno fatto della psicoterapia un'attività seguita e ricercata da moltissime persone, in gran parte del mondo, sia pur in assenza di una ricerca valida e definitivamente capace di dimostrare l'efficacia della psicoterapia, nei suoi esiti o nel suo processo?*

Credo che la Psicologia Clinica possa assumere due atteggiamenti molto diversi nei confronti di questo interrogativo. Da una parte c'è chi cerca di operativizzare la prassi psicologico clinica, al fine di farne un'azione diagnostica e terapeutica con suoi standard e suoi protocolli, con la legittima pretesa di rientrare entro l'alveo della medicina occidentale, organizzata entro l'epistemologia deduttiva ed induttiva. Ignorando completamente, d'altro canto, la logica abduttiva: quel paradigma indiziario che pur ebbe quali suoi fondatori e sostenitori, come ricorda Carlo Ginzburg, *medici* quali Arthur Conan Doyle (il padre di Sherlock Holmes), Giovanni Morelli (il fondatore dell'attribuzionismo in ambito pittorico) e Sigmund Freud. Dall'altra parte, c'è chi si chiede quale sia la "forza" dell'intervento psicologico clinico e della psicoterapia, quale la verifica che ne ha reso possibile lo sviluppo anche senza il contributo dell'approccio empirista. Forse, chi pratica la psicoterapia organizza una sua verifica¹⁹ all'interno della prassi stessa, nell'ambito della relazione e del processo simbolico che la caratterizza. Se quello è l'ambito di ricerca della verifica, allora le oggettivazioni del disturbo, la pretesa di sostituire il disturbo "oggettivo" al problema quale fenomeno eminentemente relazionale, sono dimensioni che possono allontanare dalla strada più proficua.

Torniamo allora sull'*evidenza* intesa come una modalità di conoscenza integrata al paradigma indiziario.

È ben noto che nel corso del '900 la logica prevalente della ricerca scientifica — grazie al lavoro teorico dei neo-positivisti, del Circolo di Vienna, di Popper e Khun — ha progressivamente virato nel senso di modelli ipotetico-deduttivi, entro i quali il punto di partenza di un esperimento relativo a un fenomeno è la ricerca pregressa sulla stessa classe di fenomeni e le teorie di riferimento che vi corrispondono: formulata l'ipotesi, l'osservazione verrà utilizzata per la sua verifica (in Popper per la sua falsificazione).

Come è stato osservato da più parti, il limite di questo metodo è psicologico: cfr. per es. Gangemi (2002, p. 87):

[...] ogni ricercatore si legge tanti libri di ricerca o di riflessione teorica, formula una sua teoria più o meno credibile, più o meno importante, e poi tende a cercare dei dati che confermino la sua teoria. Normalmente lo

¹⁸ Corsivo nostro. L'edizione italiana (1996) traduce: «È evidente dalla storia, dall'esame fisico etc.»

¹⁹ (*nota al testo*): Ho proposto, in incontri con colleghi psicoterapisti, un "criterio" di verifica del lavoro psicoterapeutico: il fatto che il paziente ritorni dallo psicoterapista, seduta dopo seduta. Questa affermazione può sembrare ingenua o fuorviante, ad alcuni. Credo ci si debba pensare. Forse non abbiamo ancora individuato i motivi simbolici di questo "ritorno del paziente", seduta dopo seduta: d'altro canto l'evento, se visto al di fuori di obblighi o adempimenti, ha una sua forza stupefacente, che merita una comprensione.

fa cercandosi i dati in cui più è facile trovare conferma invece di seguire l'indicazione di Popper secondo cui le teorie devono essere messe alla prova cercando prove contrarie e non a favore.

Tanto più si prospetta questo problema quando teorie e ipotesi riguardano campi della ricerca in cui le variabili sono altamente complesse e la loro osservazione comporta una "intrusione" massiccia: il principio di indeterminazione di Heisenberg, se funziona nella fisica delle particelle, si amplifica al crescere della "scala" dei fenomeni fino a rendere letteralmente impraticabile una ricerca di tipo psicologico, sociale, antropologico in cui il ricercatore possa aspirare a considerarsi "neutrale" o "non interferente".

In alternativa, modelli di tipo induttivo sono tuttora presenti e utilizzati nella ricerca: un esempio potrebbe essere la *grounded theory* di Glaser e Strauss (1967), in cui la formulazione delle ipotesi viene dopo la raccolta di dati sul campo (p. 23):

In discovering theory, one generates conceptual categories or their properties from evidence, then the evidence from which the category emerged is used to illustrate the concept.

Dunque, anche qui si ripresenta l'*evidenza* come qualcosa che, nei dati, colpisce l'osservatore — aggiungiamo noi, in funzione della parte che l'osservatore gioca entro il contesto cui gli stessi dati appartengono.

Nel modello dell'abduzione, formulato per la prima volta da Ch. S. Peirce nel 1878, il processo di raccolta dei dati, formulazione e valutazione dell'ipotesi segue un percorso che consente di "aggiustare il tiro" in corso d'opera: le ipotesi vengono formulate, accolte o scartate, riformulate a seconda che soddisfino o meno un criterio di massima plausibilità rispetto al fenomeno osservato. Il paradigma indiziario che supporta il ragionamento abduttivo, notava C. Ginzburg (1979, pp. 111-115), proponeva una marcata discontinuità rispetto al paradigma scientifico tradizionale, ma al tempo stesso dava conto di un modo di procedere empirico e insieme rigoroso e fonte di ragionevoli certezze che era stato da sempre proprio dell'umanità, a partire dall'esercizio della caccia presso gli uomini primitivi, passando per la scrittura della storia, lo studio filologico delle lingue antiche, la sedimentazione dell'esperienza clinica nella medicina:

Tra il fisico galileiano professionalmente sordo ai suoni e insensibile ai sapori e agli odori, e il medico suo contemporaneo che arrischiava diagnosi tendendo l'orecchio a petti rantolanti, fiutando feci e assaggiando urina, il contrasto non poteva essere maggiore.

I dati su cui si basa il ragionamento abduttivo sono *evidenze empiriche*: ma è l'osservatore stesso che conferisce ad alcuni dati tale statuto. L'impostazione di Peirce (Collected Papers, 1935-1966) dei tre diversi procedimenti logici è il seguente:

| | |
|-----------|--|
| | Regola: Tutti i fagioli che provengono da questo sacco sono bianchi. |
| Deduzione | Caso: Questi fagioli provengono da questo sacco. Risultato: Questi fagioli sono bianchi. |
| | Caso: Questi fagioli provengono da questo sacco. |
| Induzione | Risultato: Questi fagioli sono bianchi. Regola: Tutti i fagioli che provengono da questo sacco sono bianchi. (fino a prova contraria) |
| | Risultato: Questi fagioli sono bianchi. |
| Abduzione | Regola: Tutti i fagioli che provengono da questo sacco sono bianchi. Caso: Questi fagioli provengono da questo sacco (probabilmente) |

Torniamo, poiché Peirce ce lo suggerisce, ai tempi di Galileo Galilei.

Un bell'esempio di ragionamento deduttivo errato è nella catena di inferenze che portano un personaggio minore dei *Promessi sposi* (cap. XXXVII), don Ferrante, a concludere che la peste sia un'illusione:

"In rerum natura", diceva, «non ci son che due generi di cose: sostanze e accidenti; e se io provo che il contagio non può essere né l'uno né l'altro, avrò provato che non esiste, che è una chimera. E son qui. Le sostanze sono, o spirituali, o materiali. Che il contagio sia sostanza spirituale, è uno sproposito che nessuno vorrebbe sostenere; sicché è inutile parlarne. Le sostanze materiali sono, o semplici, o composte. Ora, sostanza semplice il contagio non è; e si dimostra in quattro parole. Non è sostanza aerea; perché, se fosse tale, in vece di passar da un corpo all'altro, volerebbe subito alla sua sfera. Non è acqua; perché bagnerebbe, e verrebbe asciugata da' venti. Non è ignea; perché brucerebbe. Non è terrea; perché sarebbe visibile. Sostanza composta, neppure; perché a ogni modo dovrebbe esser sensibile all'occhio o al tatto; e questo contagio, chi l'ha veduto? chi l'ha toccato? Riman da vedere se possa essere accidente. Peggio che peggio [...]».

His fretus, vale a dire su questi bei fondamenti, non prese nessuna precauzione contro la peste; gli s'attaccò; andò a letto, a morire, come un eroe di Metastasio, prendendosela con le stelle.

La teoria dei quattro elementi abbinata alla sillogistica di Aristotele (che era invece un grande e *open-minded* osservatore della natura) non permetteva all'erudito e sciocco don Ferrante di formulare ipotesi sulla natura fisica della malattia, e il procedimento deduttivo ne forniva la dimostrazione logica.

Ma altrettanto errata era la conclusione raggiunta induttivamente dal popolo e dal Tribunale della Salute sulla stessa materia: poiché in coincidenza col diffondersi della peste erano stati visti lungo le strade loschi figure che imbrattavano i muri con una pozione oleosa, se ne era inferito che fra i due fenomeni vi fosse una relazione di causa/effetto, ed era nato, per arbitraria generalizzazione il mito degli "untori". Ne conseguiva un metodo del tutto inutile di combattere l'epidemia, dando loro la caccia, come anche il buon Renzo Tramaglino dovette constatare a proprie spese. Scrive Manzoni in chiusura del cap. XXXII:

I magistrati, scemati ogni giorno, e sempre più smarriti e confusi, tutta, per dir così, quella poca risoluzione di cui eran capaci, l'impiegarono a cercar di questi untori [...]

I processi che ne vennero in conseguenza non eran certamente i primi d'un tal gener: e non si può neppur considerarli come una rarità nella storia della giurisprudenza. Ché, per tacere dell'antichità, e accennar solo qualcosa de' tempi più vicini a quello di cui trattiamo, in Palermo, del 1526; in Ginevra, del 1530, poi del 1545, poi ancora del 1574; in Casal Monferrato, del 1536; in Padova, del 1555; in Torino, del 1599, e di nuovo, in quel medesimo anno 1630, furon processati e condannati a supplizi, per lo più atrocissimi, dove qualcheduno, dove molti infelici, come rei d'aver propagata la peste, con polveri o con unguenti, o con malle, o con tutto ciò insieme.

D'altra parte è noto storicamente che, almeno nei territori della Repubblica di Venezia, le autorità preposte alla protezione delle popolazioni dalla peste avevano ben compreso che l'epidemia si diffondeva circolarmente a partire da alcuni centri critici, e il modo migliore per contenerla era stabilire attorno a questi un "cordone sanitario"; spesso veniva fatto coincidere con il corso di un fiume, il cui passaggio era più facile da controllare e interdire ai viaggiatori (Cipolla, 2007).

Sembra essere stato questo il risultato di un'abduzione:

- *Risultato*: nei luoghi abitati lungo le vie di transito che partono da x , y e z si sono presentati casi di peste nei giorni successivi a quelli in cui la peste è comparsa a x , y e z .

- *Regola*: nei giorni successivi al presentarsi di casi di peste nei luoghi a , b e c , si sono presentati casi nei luoghi x , y e z che si trovano lungo le vie di transito.

- *Caso*: la peste (anche se non sappiamo come) si diffonde nei centri abitati lungo le vie di transito (probabilmente).

Da cui consegue l'opportunità di chiudere le vie di transito per fermare il diffondersi dell'epidemia. L'abduzione, sottolinea continuamente Peirce, non diversamente dalla deduzione e dall'induzione, è un modo di funzionare spontaneo della mente, ma si distingue per il suo carattere

eminentemente pragmatico: serve a prendere decisioni in presenza di dati “sporchi” e/o parziali, dato che potremmo non averne mai a disposizione di sufficientemente completi e/o “puri”.

E' ben vero che il problema di criteri che in qualche modo garantiscano l'affidabilità degli interventi, nel nostro caso psicologici, va oltre le pur comprensibili preoccupazioni delle compagnie d'assicurazioni e investe primariamente l'interesse e il diritto dei clienti/pazienti – problema che Klerman, a partire dalla discussione del “caso Osheroff” ha definito con l' espressione “sfida dell' efficacia”, e che rimanda a temi di estrema rilevanza non solo clinica, ma anche etica e giuridica (Stampa, 1990)²⁰. Alla “sfida” proposta da Klerman, Stone opponeva l'importanza che una *respectable minority* della comunità scientifico-professionale abbia la possibilità di mettere in pratica modelli di valutazione clinica e di intervento terapeutico sottratti al pur rassicurante conformismo delle linee-guida, degli standard e dei protocolli di diagnosi-cura.

La questione è aperta. Rivendichiamo dunque lo spazio di autonomia di una *respectable minority*, che non accetta il principio di una psicologia clinica *ancilla medicinae*, costretta come tale ad accettare l'illusione ideologica di un paradigma biologico impropriamente applicato alla vita mentale.

Tanto più ci appare fuorviante e confusivo l'atteggiamento di quei ricercatori e professionisti che tentano una mediazione tra esigenze incompatibili, in nome di una “scientificità” neutrale che desuma i suoi paradigmi dalle scienze naturali e riporti la medicina stessa — entro il cui dominio era nato, appunto, il paradigma indiziario²¹ — a un sistema di “prove” isterilito degli aspetti relazionali, in cui l'osservatore sta qui e l'oggetto sta lì, e se l'osservatore è il soggetto stesso dell'atto clinico (in psicoterapia è davvero un po' improbabile che si possa fare altrimenti...), la soggettività viene “oggettivata” attraverso la computazione.

E tanto più (ancora!) paradossale appare tale atteggiamento quando lo si riscontra fra gli psicoanalisti, che sulla soggettività quale strumento di lavoro dispongono di riferimenti centenari più volte discussi, riveduti, corretti, perfezionati...

Il problema della natura “scientifica” della psicoanalisi si pose fin dalle sue origini, quando appunto il giovane Freud veniva accusato dai medici viennesi di baloccarsi con metodi da ciarlatano, e ha occupato alcune migliaia di pagine nel corso del Novecento e in questo primo scorcio del terzo millennio: non tenteremo qui nemmeno di riassumerne le linee generali, ma ci interessa riportare un'osservazione di E. Roudinesco (1999 [2000: pp. 91 ss.]), pertinente al tema più circoscritto con cui ci stiamo confrontando.

Se la psicoanalisi si è potuta salvare dal nazismo grazie all'emigrazione massiccia dei freudiani europei verso il continente americano, tra il 1930 e il 1940, ciò è accaduto al prezzo di una trasformazione radicale dei suoi ideali, della sua pratica e della sua teoria <...> Estremamente pragmatici, i terapeuti americani fecero proprie con ardore le idee freudiane. Ma cercarono subito di *misurare* l'energia sessuale, di *dimostrare* l'efficacia delle cure moltiplicando le *statistiche* e di indagare per sapere se i concetti fossero applicabili empiricamente ai problemi concreti degli individui.

Ci siamo già espressi (Grasso & Stampa 2007) su questo aspetto di omologazione della salute mentale al conformismo sociale – e conseguentemente omologazione del processo di “guarigione”

²⁰ Il caso riguarda un'azione legale intentata da un paziente, il dr. Osheroff, contro la clinica di Chesnut Lodge, in cui si era sperimentato un approccio psicoterapeutico alla fase depressiva del suo disturbo bipolare. Nelle prime settimane il quadro clinico era notevolmente peggiorato rispetto a come si presentava all' ingresso, e il paziente era stato ricoverato in un'altra clinica, ottenendo una rapida remissione sintomatica (ignoriamo di quale durata nel tempo) grazie all' applicazione di un protocollo standard di terapia con antidepressivi ed elettroshock. Chesnut Lodge preferì una transazione all'andare in giudizio, e versò al dr. Osheroff una somma consistente a titolo di risarcimento. Dalla vicenda (che è del 1983) nacque un acceso dibattito tra sostenitori dell'opportunità di sperimentare approcci innovativi ai disturbi mentali e sostenitori della necessità di fornire ai pazienti preve, ragionevoli garanzie di risultati positivi in termini di remissione della sintomatologia.

²¹ Si veda a riguardo un volumetto non ancora edito in Italia, ma che ha suscitato interesse e curiosità anche in alcuni settori del mondo medico nazionale: parliamo di *Evidence-Based Medicine in Sherlock Holmes' Footsteps* di Jorgen Nordenstrom (2006), in cui l'autore — attivo presso l'ospedale universitario Karolinska di Stoccolma — propone un'applicazione del procedimento abduittivo per la raccolta delle informazioni cliniche e il monitoraggio dei trattamenti.

a un'adesione progressiva del cliente/paziente a standard di rappresentazione di sé coerenti con quelli proposti dall'*establishment* (inevitabile che a ciò corrisponda l'omologazione previa del terapeuta a questi stessi standard...)
Così prosegue la Roudinesco:

In tali condizioni, la psicoanalisi divenne oltre Atlantico, indipendentemente dalle tendenze, lo strumento di un adattamento dell'uomo a un'utopia della felicità. Si impose assai meno per il suo sistema di pensiero o per gli interrogativi filosofici di cui si faceva portatrice che per la sua capacità di apportare una soluzione immediata alla morale sessuale della società liberale e puritana [...].

Dopo avere catalizzato per una trentina d'anni l'elaborazione della nosologia psichiatrica, la psicoanalisi fu infine rigettata. Gli psicotropi o gli altri modelli esplicativi dello psichismo, fondati sul *DSM-IV* e su nuove mitologie cerebrali, non fornivano forse soluzioni terapeutiche più rapide a quei famosi "disordini"²² che fissano il soggetto in una sintomatologia comportamentale? Così, come sottolinea assai bene lo storico Nathan Hale, i partigiani dell'antifreudismo americano degli anni 1970-1990 [...] proposero valutazioni, prove, indagini di efficacia: tutto un arsenale sperimentale inadatto a spiegare la realtà della pratica e della teoria psicanalitiche.²³

Brevissima conclusione (per ora)

Un'ultima considerazione. La maggior parte degli studiosi impegnati nell'ampio confronto sui metodi della ricerca in psicoterapia sembra pensare al problema della sua stessa possibilità in termini di contrapposizioni estremizzate, polari: come se una rilevazione, una codifica e un trattamento matematico rigoroso dei dati fossero l'unica alternativa all'intuizione rapsodica di terapeuti fantasiosi e pericolosamente proclivi al capriccio o al *divertissement* intellettuale a scapito della riproducibilità di risultati "garantiti". Dopo le tante osservazioni radicalmente critiche che abbiamo dedicato alla psicoterapia "basata sulle prove scientifiche", diamo atto a Mancini e Barcaccia (potremmo citare molti altri, ma ormai abbiamo il loro articolo sotto il naso) di una cautela che ci auguriamo di vedere poi secondata nella pratica della ricerca:

Purtroppo la contrapposizione tra psicoterapia come atto inafferrabile e ineffabile da un lato e psicoterapia come giustapposizione arida e rigida di tecniche dall'altro è non solo inutile ma dannosa. Anche in chi, come noi, vede degli spunti positivi nella psicoterapia basata su prove di efficacia, non c'è l'idea che essa debba divenire il fine ultimo cui tendere, né un paradigma assoluto di riferimento, ma la convinzione che possa rivelarsi utile strumento per orientarsi nell'agire clinico, per chi vi si accosta senza pregiudizi.

Colleghi cognitivisti, continuiamo a non essere d'accordo, ma vi prendiamo in parola.

Bibliografia

²² Significativo, anche se non sviluppato dall'autrice, questo richiamo ai *disorders* di cui la psicopatologia intende occuparsi in modo descrittivo e "oggettivo": il termine stesso evoca la rottura di un ordine pregresso, la confusione e il malessere che ne consegue (per il prefisso *dys-* che dal greco antico traduciamo con un peggiorativo del termine cui si lega; nel dizionario del Rocci, *ad vocem*, «indica opposizione, contrarietà, dubbio, difficoltà, incertezza, male»). La rottura di questo ordine della vita mentale è dunque un evento o condizione di natura esistenziale, che esordisce *prima* che la psicopatologia intervenga a descrivere, classificare, "disciplinare" nosograficamente.

²³ A ogni radicalizzazione di tale approccio si era contrapposto già negli anni '80 M. Edelson (v. soprattutto 1984 [1986]) con un programma di ricerca che rigettava le obiezioni di Grünbaum (1977a, 1977b; 1978; 1979) e tentava di integrare il metodo "sintomo-contesto" di Luborsky (1967; 1973) e la strategia *bootstrap* di Glymour (1974; 1980): ma le sue indicazioni poco sembrano aver inciso nel dibattito più recente.

- Barak, A., & La Crosse, M.B. (1975). Multidimensional Perception of Counsellor Behaviour. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 471–476.
- Barber, J.P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M.E., Weiss, R.D., & Connolly Gibbons, M. B. (2006). The Role of Therapist Adherence, Therapist Competence, and Alliance in Predicting Outcome of Individual Drug Counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.
- Baum, L.F. (1900). *The Wonderful Wizard of Oz*. Chicago: Hill.
- Benkirane R. (2002). *La teoria della complessità*. Trad. it (2007). Torino: Bollati Boringhieri.
- Canguilhem, G. (1966). *Il normale e il patologico*. Trad. it. (1975). Rimini: Guaraldi.
- Carli, R. (2007). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 3, www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2000). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cipolla, C.M. (2007). *Contro un nemico invisibile: Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*. Bologna: Il Mulino.
- Constantine, M.G. (2002). Predictors of Satisfaction with Counseling: Racial and Ethnic Minority Clients' Attitudes toward Counselling and Ratings of Their Counselors' General and Multicultural Counselling Competence. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 255–263.
- Crits-Christoph, P., & Gallop, R. (2006). Therapist Effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and Other Psychotherapy Studies. *Psychotherapy Research*, 16, 178-181.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A., & Friesen, W.V. (2001). Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Dazzi, N., & De Coro, A. (2007). Psicoterapia e ricerca empirica: Due termini inconciliabili o la proposta di un nuovo paradigma nella psicologia clinica?. *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 1, www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Del Corno, F., & Lang, M. (2006). Empirically Supported Treatments vs Empirically Supported Relationships. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 49-64). Milano: Cortina.
- Di Nuovo, S. (2000). Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia; intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott. *Laboratorio di ricerca*, 2-3, <http://www.isuri.net/Dinuovo2000.html>

DSM IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV ed., Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it. (1996), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.

Earle, N. (1993). *The Wonderful Wizard of Oz in American Popular Culture: Uneasy in Eden*. New York: The Edwin Mellen Press.

Edelson, M. (1984). *Ipotesi e prova nella psicoanalisi*, trad. it., Roma: Astrolabio, 1986.

Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., & Mahoney, C. (2006a). Therapist Effects in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, 16, 144-160.

Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., & Mahoney, C. (2006b). Rejoinder to Commentaries by Stephen Soldz and Paul Crits-Christoph on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16, 182-183.

Gangemi, G. (2002). *La costruzione sociale della logica: Tra concetti di relazione e concetti di attributi*. Milano: Giuffr .

Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (Eds.). (2007). Per una ricerca empirica che abbia rilievo clinico: la conferenza di Drew Westen alla Sapienza (14 giugno 2006). *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 1, www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Ginzburg, C. (1979). *Spie: Radici di un paradigma indiziario*. In A. Gargani (Ed.), *Crisi della ragione* (pp. 59-106). Torino: Einaudi.

Glaser, B.G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Glymour, C. (1974). Freud, Kepler and The Clinical Evidence. In Wolheim, R. (Ed.), *Freud*. New York: Anchor Press.

Glymour, C. (1980). *Theory and Evidence*. Princeton: Princeton University Press.

Goldfried, M. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10, 1-16.

Grasso, M. (2006). Modelli di salute e patologia mentale: Implicazioni per la ricerca in psicoterapia. *Trasformazioni*, 2, 52-73.

Grasso, M., Stampa, P. (2005). *Correzione di deficit vs promozione di sviluppo in psicoterapia: implicazioni per la valutazione e per la ricerca clinica*. Relazione presentata al V Congresso Nazionale della Society for Psychotherapy Research – Sezione Italiana, San Benedetto del Tronto 16-18 settembre.

- Grasso M., Stampa P. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: Osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 1, www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Grasso, M., & Stampa, P. (2007). *Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: Osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia*. In G. Nicolò, & S. Salvatore (Eds.), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia* (pp. 109-128). Roma: Amore.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica: Fondamenti teorici*. Roma: Carocci.
- Grünbaum, A. (1977a). How Scientific Is Psychoanalysis? In R Stern, et al. (Eds.), *Science and psychotherapy*. New York: Haven.
- Grünbaum, A. (1977b). Is Psychoanalysis A Pseudo-Science? (I). *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 31, 333-353.
- Grünbaum, A. (1978). Is Psychoanalysis A Pseudo-Science? (II). *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 32, 49-69.
- Grünbaum, A. (1979). Is Freudian Psychoanalytic Theory Pseudo-Scientific By Karl Popper's Criterion Of Demarcation? *American Philosophical Quarterly*, 16, 131-141.
- Hill, C. E. (2006). Introduction to Special Section on Therapist Effects. *Psychotherapy Research*, 16, 143.
- Kaminsky, S.M. (1978). *Murder on the Yellow Brick Road*. New York: St Martin's Press.
- Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R., & Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285-299.
- Kim, D., Wampold B.E., & Bolt D.M. (2006). Therapist Effects in Psychotherapy: A Random Effects Modeling of the NIMH TDCRP Data. *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.
- Lombardo, G.P., & Malagoli Togliatti, M. (1995). *Epistemologia in psicologia clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Luborsky, L. (1967). Momentary Forgetting During Psychotherapy and Psychoanalysis. In R. Holt (Ed.), *Motives and Thought*. New York: International Universities Press.
- Luborsky, L. (1973). Forgetting And remembreing (Momentary Forgetting) during psychotherapy. In M. Mayman (Ed.), *Psychoanalytic Research*. New York: International Universities Press.
- Mancini, F., & Barcaccia, B. (2007). *Psicoterapia "cum grano salis"*. In G. Nicolò, & S. Salvatore (eds.), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia* (pp. 129-133). Roma: Amore.

Nathan, P.E., Stuart, S.P., & Dolan, S.L. (2000), Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.

Nietzsche, F. (1883-1885 [1976]). *Così parlò Zarathustra: Un libro per tutti e per nessuno*. Milano: Adelphi.

Nietzsche, F. (1901-1906 [2006]), *La volontà di potenza*, Milano, Mimesis. *Nota* — Nietzsche non era pronto, al momento della sua scomparsa, per un'edizione dell'opera, la cui prima pubblicazione risale al 1901, quale vol. XV della *Grossoktav-Ausgabe* (Naumann, Leipzig, 1901). Una seconda edizione venne curata nel 1906 da Peter Gast e di Elizabeth Förster-Nietzsche (sorella del filosofo), nei voll. IX-X della *Taschen-Ausgabe*, che arricchiva e ampliava la prima versione, e su cui si sono quasi tutte le edizioni successive.

Nordenstrom, J. (2006). *Evidence-Based Medicine in Sherlock Holmes' Footsteps*, New York: Blackwell.

Owens, L. (Ed.). (1981). *The Complete Hans Christian Andersen Fairy Tales*. New York: Avenel Books.

Paulson, B.L., Truscott, D., & Stuart J. (1999). Clients' Perception of Helpful Experiences in Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 317–324.

Peirce, C.S. (1935-1966). *Collected Papers*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Peterson, C., & Seligman M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Oxford: Oxford University Press.

Pinn, V.W., Harden, J.T., & Blehar M.C. (2002). *Outreach Notebook: For the Inclusion, Recruitment and Retention of Women and Minority Subjects in Clinical Research*, (U.S. Department of Health & Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health Publication No.03–7036). Consultato il 4 aprile 2004 su <http://www4.od.nih.gov/orwh/outreach.pdf>.

Ravaglia, G. (2003). Psicoterapia "evidence-based", http://www.risorse-psicoterapia.org/movimento_est.htm (*Nota* — Alla data del 28 giugno 2008 il lavoro non appare nel sito)

Roncaglia, G.C. (2006). *Il jazz e il suo mondo*. Torino: Einaudi.

Roudinesco, E. (1999). *Pourquoi la psychanalyse?* Paris: Fayard. Trad. it. (2000). *Perché la psicanalisi?* Roma: Editori Riuniti.

Sanders Thompson, V.L., Bazile, A., & Akbar M. (2004). African Americans' Perceptions of Psychotherapy and Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1, 19–26.

Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism*. New York: Simon & Schuster.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.

Soldz, S. (2006). Models and Meanings: Therapist Effects and the Stories we Tell. *Psychotherapy Research*, 16, 173-177.

Sorokin, P.A. (1965). *Mode e utopie nella sociologia moderna e scienze collegate*. Firenze: Ed. Universitaria.

Speilberger, C.D., & Vagg, P.R. (1970). *Questionario di autovalutazione STAI*. Trad. it., Firenze: Organizzazioni Speciali, 1980.

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

Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. In *American Journal of Psychiatry*, 160, 1272-1284. Trad. it. (2004). La salute mentale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 465-490.

Wade, P., & Berstein, B.L. (1991). Cultural Sensitivity Training and Counselor's Race: Effects on Black Female Clients' Perception and Attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 9-15.

Wakefield, J.C. (1992). Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.

Wakefield, J.C. (1997). When is Development Disordered? Developmental Psychopathology and the Harmful Dysfunction Analysis of Mental Disorder. *Development & Psychopathology*, 9, 269-290.

Wakefield, J.C. (1999). Evolutionary versus Prototype Analyses of the Concept of Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 373-399.

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

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

Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist Effects: Clever Ways to Make Them (and Everything Else) Disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184-187.

Ward, E.C. (2005). Keeping It Real: A Grounded Theory Study of African American Clients Engaging in Counseling at a Community Mental Health Agency. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 471-481.

Webster's New World Dictionary (1977). New York: Harper Collins.

Westen, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663. Trad. it. (2005). Lo statuto empirico delle psicoterapia validate empiricamente: Assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 7-90.

Wilson, G. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 363-375.