

Psicologia Clinica: presente e futuro

di Antonio Imbasciati*

1) "Clinico"

L'aggettivo "clinico" riferito a "psicologia" ha un significato molto diverso da quanto è oggi riferito alla medicina. Il termine "clinico" nasce in epoca antica: deriva dal greco *klinē*, con cui si indicava la posizione sdraiata del malato e il medico chino al suo capezzale. Una tale raffigurazione contiene l'essenza del "metodo clinico" e cioè la relazione del medico col paziente: una relazione che, visti gli strumenti e le conoscenze della medicina antica, doveva necessariamente essere personalizzata, prolungata nel tempo, attenta e intima. Tutta la storia di vita di una persona, e l'ambiente in cui si era svolta, lo stesso stile di vita e il contesto familiare dovevano essere conosciuti, perché il medico di allora potesse avere qualche indizio per poter in qualche modo curare il paziente. In altri termini il medico di allora stabiliva col paziente quella che oggi nei servizi psicosociali chiamiamo "presa in carico": un "caring" anziché un "curing", cioè una relazione individualizzata e uno studio squisitamente longitudinale. Tale "caring" è oggi praticata per le cure che implicano la psiche, mentre la medicina attuale sembra non necessitare più di simile rapporto. Oggi infatti il progresso della biologia, della chimica, delle tecnologie medico-biologiche e della farmacologia hanno reso superflua la relazione interpersonale individualizzata: innumerevoli esami di laboratorio o comunque effettuati attraverso progredite tecnologie biofisiche, permettono di effettuare un'indagine trasversale, non più longitudinale, del paziente, rapida e precisa così da conseguire una chiara diagnosi, alla quale di solito corrisponde una precisa conoscenza dell'eziopatogenesi, e per la quale si ha a disposizione l'idonea terapia, farmacologia, chirurgica, fisica. Per tali ragioni la relazione interpersonale individualizzata si è trovata messa in ombra, in medicina, e in sottordine lo studio longitudinale. Il paziente viene oggi "esaminato", trasversalmente, dai vari specialisti delle varie parti e apparati del corpo. In tal quadro, "clinico" ha perso in medicina l'originario senso dell'antica *klinē*: il suo significato è mutato, in quanto si riferisce alle cure che la medicina attuale è in grado di erogare e che non necessitano di quel contesto interpersonale intrinseco all'antica *klinē*. "Clinico" è diventato sinonimo di "terapeutico", nel senso di un "curing", e non più di un "caring".

Il progresso della medicina giustifica il cambiamento del significato originario di "clinico": tale significato è invece rimasto in psicologia. Qui infatti l'oggetto clinico specifico è il disagio, interiore e comportamentale, di una persona, e questo non può che implicare uno studio longitudinale, mediato da una relazione individualizzata prolungata nel tempo. Il significato di "clinico" pertanto si mantiene in psicologia aderente al senso dell'antica *klinē*, mentre diverge oggi tra questa e la medicina (Imbasciati, Margiotta, 2004, cap. 2). La diversità delle due accezioni correnti nelle due aree crea spesso equivoci.

Le ragioni della divaricazione hanno un'intrinseca logica. In conseguenza dei progressi medici, con la relativa possibilità di individuare con precisione la "malattia" (antecedentemente si poteva parlare solo di sindromi) e quindi di avere a disposizione il rimedio specifico, la concezione della clinicità e la stessa accezione di "clinico" sono necessariamente mutate: in medicina "clinico" è diventato sinonimo di curativo, e la sinonimia trova fondamento nel fatto che ad una precisa diagnosi corrisponde una precisa terapia. Il concetto di diagnosi si basa d'altronde sull'individuazione di una "malattia" che è stata studiata sufficientemente e pertanto è riconoscibile come tale; e della quale si sanno eziologia e patogenesi: di qui il valore di una nosografia diagnostica. A quadri diagnostici di malattie individuate e conosciute corrispondono altrettante precise indicazioni terapeutiche. E' questa la "clinica": in medicina.

In psicologia non siamo mai di fronte a "malattie", ma solo, eventualmente, a sindromi. Sindrome si definisce un insieme di segni, o di sintomi, che ricorrentemente, ma non sempre, si presentano in

* Professore ordinario di Psicologia clinica e direttore dell'Istituto di psicologia della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia; membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

concomitanza, ma del cui ricorrere non si conosce né eziologia né, spesso, patogenesi. Una sindrome può peraltro avere infinite variazioni. Ma soprattutto la psicologia considera una ancor più estesa gamma di situazioni psichiche, o meglio strutture psicologiche, o comunque variazioni comportamentali, che rientrano nella cosiddetta normalità: la Psicologia Clinica si occupa specificatamente della variegata gamma che va dalla normalità, o meglio dalla migliore normalità fino alle anomalie che vengono considerate patologiche. In questo continuum, l'oggetto specifico della Psicologia Clinica viene ad essere costituito dall'irrepetibilità della struttura psichica del singolo individuo: il concetto di sindrome, già di per sé mutevole, viene ulteriormente inficiato; e il concetto stesso di patologia, preso a prestito dalla medicina, non può essere trasferito allo psichico. In medicina il concetto è determinato dalla biologia, e dalla conoscenza acquisita sulle "malattie". In psicologia invece, poiché ogni struttura psichica non è determinata dalla natura, ma dalla somma degli apprendimenti attraverso i quali in ogni individuo lungo tutta la sua vita si è costruita la sua specifica mente (Imbasciati, 2006 a, b), la polarità normalità/patologia può, eventualmente, essere ancorata soltanto ai criteri di convivenza sociale e di cultura. L'argomento è stato oggetto di un'ampia letteratura (Imbasciati, 1993; Rossi, 2005). In questa sede possiamo pertanto sottolineare come la trasformazione dei modelli medici dalla Medicina alla Psicologia Clinica risulti del tutto impropria e pertanto fuorviante (Turchi, Perno 2002).

Per le suddette ragioni in Psicologia Clinica va cambiato anche il concetto di diagnosi. Tale concetto rimanda infatti a quello di malattia, e alla conoscenza biologica di eziologia e patogenesi. Di qui il valore di una nosografia diagnostica. Una simile classificazione non può però essere applicata pari pari in campo psicologico. Qui una nosografia ha un valore diagnostico –intendo il concetto in senso medico- limitato a quei casi in cui si evidenziano anche concause organiche, o comunque a quei casi in cui, ragionando per sindromi, si è trovato un rimedio farmacologico specifico: qui però dal campo della Psicologia Clinica passiamo a quello della Psichiatria.

I confini tra la Psichiatria e la Psicologia che oggi si aggettiva Clinica non sono peraltro netti: a questa contiguità si sovrappone spesso una certa confusione dovuta all'appartenenza della Psichiatria alla Medicina, della quale adotta parametri e criteri: la Psicologia Clinica invece, per il suo intrinseco oggetto di studio, e cioè la soggettività del paziente, si costituisce a partire da molteplici e diverse radici (Imbasciati, Margiotta, 2004, cap. 4) che pertanto la configurano diversa dalle scienze medico-biologiche, per parametri di riferimento, criteri metodologici e conseguenti concetti. Se non si tengono presenti queste differenze, intrinseche alla natura dell'oggetto specifico della Psicologia Clinica, si ingenerano rischi di molte confusioni).

V'è infine un'altra ragione, che contribuisce alla progressiva divaricazione del significato di clinico tra medicina e psicologia. La psicologia che oggi si aggettiva come clinica, occupandosi in prima istanza della gamma intermedia tra la cosiddetta normalità e quanto appare salientemente anomalo, si è trovata a focalizzarsi sulla possibilità che una presa in carico possa, non solo prevenire il costituirsi di situazioni, relazionali e interiori, anomale, ma anche migliorare ogni individuo che peraltro appaia "normalmente" adattato. In un settore specifico della medicina, quello della prevenzione, si opera spesso con una presa in carico che adotta modelli simili a quelli della psicologia (Imbasciati, Ghilardi, 1993), come per esempio occupandosi di alcolisti o di tossici, ma di fatto, segnatamente in Italia, si tratta più di una prevenzione delle ricadute, piuttosto che di una rete di servizi che svolgano davvero un supporto psicosociale che migliori gli individui, in vista di una prevenzione intesa alle origini. Di conseguenza anche in questo settore i modelli medici "curativi" prevalgono su quelli di una presa in carico che abbia lo scopo di migliorare le condizioni generali in cui si trovano a svilupparsi le persone. Le carenze di risorse, d'altra parte, costringono l'attenzione degli operatori all'intervento più urgente, quando una qualche anomalia o malattia si sono già manifestate. Si accentua dunque il connotato medico di un curing, che diventa "eccellente" in medicina.

2) *"Misconoscenza della Psicologia Clinica in ambito medico"*

Le suddette divergenze di significato nell'aggettivo "clinico" hanno dato origine a molti equivoci, tuttora vivi, tra medici e psicologi. In ambito medico le discipline psicologiche sono state introdotte soltanto da una dozzina d'anni. In precedenza il piano di studi della laurea in medicina

contemplava un unico esame “complementare”, cioè non obbligatorio, di un’unica generica “psicologia”, per il quale, come per tutti i complementari, lo studente prendeva trenta leggendo una cinquantina di pagine: i professori di materie complementari dovevano attirare gli studenti, dato che la materia non era obbligatoria, per mantenere la loro cattedra. Il risultato era che un laureato in medicina non aveva mai sentito parlare di psicologia, o molto peggio, visto il tipo di esame eventualmente fatto, aveva un’idea quanto mai riduttiva e in fondo mistificatoria di questa area del sapere. Così, generazioni di medici sono cresciute con una grossa misconcezione della psicologia: a queste generazioni appartengono i docenti universitari che modulano attualmente l’orientamento delle facoltà mediche: di conseguenza una frequente e talora cospicua misconoscenza della psicologia informa lo spirito medico e impera nelle facoltà di medicina.

Qui, tutt’oggi, si pensa spesso che la psicologia sia poco più che il buon senso affinato dall’esperienza umana, il *savoir faire*, o la capacità di persuasione, e che la psicologia clinica sia essenzialmente la suddetta “psicologia” applicata ai pazienti curati per ragioni medico-chirurgiche per i quali i medici ravvisino un qualche “problema psicologico”. Conseguenzialmente i medici concepiscono l’opera dello psicologo clinico come un “ausiliare”, che appiani le difficoltà che essi medici incontrano con qualche loro paziente (forse con quelli più intelligenti?!), e si aspettano che lo psicologo lo possa fare con i tempi che caratterizzano la medicina d’oggi. Tempi, ovviamente, assurdi per una reale psicologia clinica, che i medici, constatandoli, definiscono, un po’ ironicamente, “biblici”.

La psicologia clinica è così sentita come facente parte naturale della medicina: è proprio un tale “naturale” quanto errato a priori, che, restando sottinteso, si colloca al di fuori di eventuali confronti e discussioni, e rende le facoltà mediche impermeabili a un cambiamento positivo. Inoltre a tale “naturalità” si affianca un altro sottinteso: che la psicologia sia un “arte ausiliare” della medicina. Arte, più che scienza, ausiliare, dunque subordinata: agli intenti, alle forme, alle tecniche proprie della scienza medica. Questo porta ad un’altra contraddizione: se l’opera dello psicologo viene offerta in senso scientifico, confacente ai metodi propri della psicologia, viene criticata, come insoddisfacente in quanto non risponde ai criteri di rapidità, efficacia e evidenza della medicina; né la preconcepita ausiliarità consente allo psicologo di discutere alla pari col medico.

I medici, avendo fatto parte la psicologia formalmente del loro curriculum, a maggior ragione facendone ora parte in modo meno formale a seguito del cambiamento del piano di studi operato dalla riforma della tabella XVIII, sono portati a pensare che la psicologia operi con gli stessi criteri e metodi delle scienze mediche. Così si richiede allo psicologo la diagnosi e si pensa che, dovendoci essere diagnosi, ci debba essere anche terapia efficace. Se la psicologia è una scienza, dovrà avere –si pensa secondo il modello medico- diagnosi esatta e terapia efficace. Se non le ha, non è una scienza. Così, ambivalentemente, le scienze psicologiche, ridotte a un’unica psicologia generale (o meglio “in generale”), indistinta da una psicologia clinica, incontra contemporaneamente l’aspettativa di dover essere come le scienze mediche e la squalifica di esser tracciata di ciarlataneria quando ciò non risulti evidente.

Non poco gli psichiatri corroborano le suddette mistificazioni: la maggior parte di essi sono i più autorevoli sostenitori (di fatto, anche se a parole sostengono il contrario) dell’inclusione della Psicologia Clinica (spesso sotto altri pseudonimi) come parte della Psichiatria e sovente della sudditanza della prima alla seconda. In tal modo corroborano presso tutti i colleghi medici l’idea che la Psicologia Clinica faccia parte delle Scienze mediche, e che pertanto debba essere inquadrata nei medesimi parametri. Qualora ciò non risulti, chi paga è lo psicologo, che viene visto come fosse incompetente. Così a lui si richiede la diagnosi, coi vari DSM, intendendo però che tale diagnosi, contro le delucidazioni degli autori dello stesso, abbia il medesimo valore di una diagnosi medica (Spagnoli, 2005), e come tale preveda esattamente il da farsi.

E così l’aggettivo “clinico” viene dai medici applicato alla psicologia col medesimo significato che ha in medicina: con non pochi inconvenienti, data la divaricazione descritta. Psicologia Clinica sarebbe allora una psicologia essenzialmente terapeutica, anzi sarebbe la terapia psichica. Tale equivoco viene spesso a essere forzato anche nella testa a non pochi psicologi. In quella dei medici inoltre c’è il sottinteso che la terapia sia specifica e correlata a una diagnosi “esatta”.

Ulteriore equivoco procede dal fatto che la terapia in medicina è essenzialmente transitiva: il medico, attivo, “fa” qualcosa (o fa fare) sul paziente, il quale è soggetto passivo dell’azione medica

(compliance). Le psicoterapie sono invece intersoggettive, di solito. Nasce allora l'equivoco per cui molti medici si aspettano che lo psicologo "faccia qualcosa sul" paziente, prescriva, come il medico, agisca *transitivamente* (Imbasciati 1993; Imbasciati, Ghilardi 1993) ; il che vuol dire, in fondo, manipolazione psichica. Questa si riduce talora all'idea che lo psicologo agisca "dando buoni consigli": e che abbia la capacità di indurre il paziente a seguirli.

Questo stato di cose, originariamente imputabile alla presenza puramente nominale e alla conseguente mistificazione della psicologia, perdura tuttora nella formazione medica, anche se le scienze psicologiche vi sono state introdotte a partire dal 1989: settori PSI 01 e PSI 08 nel curriculum medico, e negli anni successivi tutti gli altri settori nelle altre varie lauree sanitarie. Tale introduzione formale ha però prodotto pochissimi effetti, perché a quanto stabilito dal legislatore sulla carta non è seguita una adeguata applicazione. Con l'anno accademico 1989 fu riformata la Tabella XVIII, cioè l'ordinamento delle materie di studio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, introducendovi una Psicologia Generale al I Anno, una Psicologia Medica al IV e una Psicologia Clinica al VI. La riforma, poi ulteriormente aggiustata, non ha a tutt'oggi portato i suoi effetti perché, sia per lo spirito medico, sia per la penuria di risorse, gli insegnamenti sono stati ricoperti con ruoli specifici del tutto insufficienti e più spesso per vicariamenti di docenti di materie mediche considerate affini (esempio ricorrente la Psichiatria, anche se la nomenclatura dei settori la situa a distanza) o comunque "dichiarate" "affini". Per quanto poi concerne gli altri settori "PSI", nelle altre lauree sanitarie, i ruoli sono totalmente ancora da venire.

Nella generale resistenza al cambiamento tipica delle istituzioni, quelle italiane in particolare, nelle facoltà di medicina si sono coniugate le miscredenze circa la psicologia, come sopra descritte, il tipico sviluppo (clientelare?) per cui si moltiplicano le cattedre che già sono forti e le sopravvenute progressive carenze finanziarie per la copertura dei ruoli: per un effetto sommatorio, anzi moltiplicatorio, non sono state istituite le cattedre delle discipline psicologiche che il legislatore pur aveva inserito nei percorsi delle varie lauree. Le riforme sono rimaste in gran parte sulla carta. I ruoli psicologici nelle facoltà mediche sono esilissimi, limitati alla Psicologia Generale e, non sempre, alla Psicologia clinica, mentre gli altri settori scientifico disciplinari che compongono lo spettro delle scienze psicologiche sono completamente assenti. Fisioterapisti, infermieri, educatori, ostetriche, assistenti sanitari, logopedisti, riabilitatori psichiatrici, e tanti altri, nonché i laureati in scienze motorie, sono completamente privi dei ruoli dei vari settori psicologici che il legislatore ha previsto nel rispettivo curriculum. I relativi insegnamenti, prescritti per legge, sono ricoperti fittiziamente con personale improprio e provvisorio. La situazione formativa è pertanto disastrosa. Quando in una facoltà medica si decide di assegnare le magre risorse all'istituzione di una nuova cattedra, la scelta cade su una disciplina medica o biologica, non su una psicologica, anche se quest'area è la più carente. Non esiste in nessuna facoltà medica italiana alcun ruolo di Psicologia dello Sviluppo, o di Psicologia Sociale, o di Psicologia Dinamica, tanto per fare esempi delle materie che più il legislatore ha voluto introdurre nelle nuove lauree sanitarie. Molte delle quali sono diventate quinquennali, "specialistiche", come per gli infermieri, per le ostetriche e per altre, e laureeranno pertanto dottori "magistrali". La percentuale di ruoli psicologici rispetto al numero di discipline psicologiche che figurano sulla carta si aggira in tutta Italia tra 1-2 %. E del resto, purtroppo, la percentuale dei ruoli totali delle facoltà mediche rispetto agli insegnamenti attivati non supera il 5%. Ciò suona a discolta dei medici, nei confronti degli psicologi: le risorse sono poche ed è giusto che vadano alle fondamentali materie mediche e chirurgiche. Tuttavia tutto questo fa perdurare le misconcezioni descritte e comunque la formazione psicologica, effettiva, che sarebbe necessaria per il medico, e che, pur tanto a parole proclamata, viene in tal modo rimandata.

3) Chi sono i formatori?

Nella situazione che si è creata, logico appare chiedersi chi siano i docenti che vengono in questi modi a trovarsi reclutati, e che competenze abbiano e come possano fungere da formatori per i futuri operatori sanitari; molti dei quali –non si dimentichi– a loro volta potrebbero diventare i dirigenti che orienteranno la futura organizzazione universitaria e dei Servizi. C'è inoltre da chiedersi quali semi i suddetti docenti gettino, perché lo spirito universitario attuale si districchi dalle

misconcezione verso il sapere psicologico, conosca adeguatamente cosa sono le diverse discipline psicologiche e si possa così apprezzarne il peso per la formazione degli studenti.

Succede che, nella migliore delle ipotesi, un docente di psicologia si accoli tre, quattro, cinque e oltre insegnamenti; e li “accorpi”. Ciò vuol dire che fa la stessa lezione a medici così come a educatori, o a studenti di scienze motorie. Ma se si pensa alle esigenze delle diverse figure professionali, l’escamotage è del tutto aberrante. Altrove ho discusso sulla necessità di costituire diversificate discipline psicologiche sanitarie (Imbasciati, Margiotta 2004). Oppure si procede a supplenze per materie affini: un docente di Psicologia Generale farà, per esempio, anche la Psicologia Clinica; spesso “accorpando”. Frequentemente uno psichiatra farà Psicologia Clinica; o anche – può succedere – che un’internista se la veda assegnare, con la “dichiarazione di affinità” deliberata (dura necessità!) dal Consiglio di Facoltà. Ed ancora, e più ancora, si ricorre ai “contratti”: professionisti esterni, per esempio un qualunque psicologo, può diventare “professore”, a contratto annuale. Ovviamente molti di questi psicologi sono felici di diventare di colpo “professore universitario”, anche se sono pagati solo simbolicamente (press’a poco 1000 € all’anno).

Quali motivazioni, oltre che competenze, potranno avere questi formatori? Le facoltà garantiscono nei verbali che la competenza c’è. Accertata da chi? Da un medico o un biologo, che valuta uno psicologo? E dove trovano costoro il tempo per “valutare”? Ma non è ancora finita: con convenzioni regionali, le Facoltà mediche danno contratti non retribuiti ai dipendenti ospedalieri o delle ASL. Quale psicologo, di quale sperduta ASL di campagna, non sarà felice di poter abbandonare un giorno alla settimana il suo posto di lavoro per fare il “professore universitario”? Naturalmente può essere chiamato a insegnare Psicologia Generale, così come indifferentemente Dinamica, Sociale, o Sviluppo, o Lavoro!

Naturalmente le facoltà, messe di fronte alla suddescritta situazione, negano ogni gravità, e attestano sulla base dei verbali che le competenze per le suddette docenze sono state adeguatamente valutate. Quindici anni fa, quando una qualche valutazione e soprattutto una certa selezione ancora si potevano fare, poiché la sproporzione tra ruoli e precari era agli inizi, con un mio testo (Imbasciati, 1993) avevo denunciato la situazione che si stava aggravando: mi attirai ire, minacce ed altro, dall’allora preside. Le facoltà mediche hanno un loro specifico orgoglio, con cui devono difendere la loro dignità di “dottori”.

Ho dovuto accennare alla disastrosa situazione universitaria, peraltro non specifica dei soli psicologi, per sottolineare nella fattispecie come le suddescritte aberranti idee sulla psicologia, che nei medici anziani che ora governano le università si sono cristallizzate in decenni di assenza di qualunque informazione al proposito, possono tuttora perdurare, e trasmettersi, sommate agli escamotages che la penuria di risorse oggi *costringe* ad aggiungere alle precedenti miscredenze.

Nessuna meraviglia, allora, per il fatto che le riforme (ben fatte!), che hanno introdotto le scienze psicologiche nei percorsi formativi dei medici e di tutti gli altri dottori che si cominciano a sfornare, siano rimaste sulla carta. E che lo spirito delle facoltà mediche sia tuttora impregnato dei vecchi pregiudizi e dei vecchi stereotipi. Così “clinico” suona ancor oggi all’orecchio dello spirito medico come univoco, nel senso attuale che esso ha in medicina, e in quanto univoco si pretende attribuirlo anche alla Psicologia Clinica.

Perdura poi un’altra serie di equivoci. C’è una malintesa Psicologia Medica, identificata con la Psicologia Clinica e, in virtù dell’aggettivazione medica, creduta attribuibile legittimamente ai medici: si tratta di una psicologia che sarebbe “naturalmente” posseduta dai medici, purché la loro “sensibilità” sia stata corroborata da impegno e buona volontà; se praticata da uno psicologo, si pretende da costui che si adegui alla concezione che di questa disciplina hanno i medici, ovvero che debba risolvere i “problemi psicologici” di qualche loro paziente: questi “problemi” sono poi problemi dei medici, di fronte a pazienti che da loro esigerebbero maggior spazio e attenzione di quanto la prassi attuale dei servizi assistenziali comporti e l’organizzazione di essi permetta. A parlare di una Psicologia Medica centrata sull’operatore anziché sul paziente, si sollevano enormi resistenze (Imbasciati, 1993, 2006c), emotive e anche razionali; l’organizzazione inoltre, di fatto non lo permette.

Dal precedente groviglio di malintesi scaturiscono poi conseguenze istituzionali, anche legislative, a livello nazionale: si veda la recente istituzione di una Specializzazione in Psicologia Clinica

incardinata in Medicina e accomunata in un tronco comune a Neurologia, Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria: il “tronco comune” limita la formazione scientifica specifica degli specialisti di Psicologia Clinica, a vantaggio di competenze che sono proprie, invece, delle specializzazioni più propriamente mediche. Ciò contribuisce al mantenimento di tutti i suddescritti malintesi.

4) Le categorie mediche

Collegabili all'equivoco di “clinico” permangono altri malintesi, per esempio sull'uso e il significato di concetti come normalità/patologia, malattia, diagnosi, terapia, psicoterapia; nonché permane un concetto di causalità lineare sotteso a quello di eziologia e patogenesi; e sul termine stesso di paziente: è l'ammalato davvero, come nell'etimo, “colui che patisce”? Oppure è un semplice utente alla cui aspettativa bisogna in qualche modo corrispondere? O, forse, è soltanto un numero di “un letto”. L'argomento è vasto e complesso e ha dato origine a numerosi diatribe (Imbasciati, 1993, 1994; Turchi, Perno, 2002), sull'essenza della psicologia clinica (Imbasciati, 2004, 2005) e i suoi rapporti con la medicina (Imbasciati, Margiotta, 2004).

In psicologia “clinico” indica essenzialmente un processo di presa in carico che comporta una conoscenza del singolo individuo, nella sua storia e nella sua struttura, che non si può giovare di tipologie (invano tentate nel passato) e che si applica sia al “normale” che al cosiddetto patologico. In questo processo, la relazione che si struttura tra chi conosce e chi è conosciuto assume sempre e comunque un valore di intervento, ma non in relazione ad una specifica sindrome (supposta “patologia”), bensì in relazione ad una ristrutturazione della personalità. Data l'irripetibilità del singolo, normale o patologico che venga giudicato, il processo di conoscenza, strettamente idiografico, ha tempi ben più lunghi che in medicina e non può prescindere da un personale rapporto intersoggettivo, che si stabilisce tra soggetto conosciuto e operatore; ed è il tipo di rapporto intersoggettivo che contemporaneamente funge da conoscenza e da terapia. Ovviamente occorre che l'operatore sia uno psicologo clinico scientificamente formato in modo adeguato.

Per le suddette ragioni, in psicologia anziché parlare di diagnosi, richiamandosi al senso medico, si ritiene preferibile riferirsi ad una dia-gnosis, nel senso etimologico del termine, cioè “conoscenza attraverso” (Imbasciati, Margiotta, 2004 cap. 5). Un tal processo potrebbe essere chiamato, se non si vuol ricorrere all'esoterico “assessment”, “*valutazione*”, ma il termine potrebbe essere frainteso, in senso pedagogico, o etico-morale, e metterne in ombra l'essenza specifica di una conoscenza individualizzata ed espansa nel tempo, che comporta una relazione e che intrinsecamente contiene una presa in carico; e dunque sempre un'interazione terapeutica, piuttosto che iatrogena; come può purtroppo anche avvenire. L'intervento dunque non rimanda a tecniche specifiche che agiscano così come agiscono i farmaci, bensì è intrinseco alla relazione, nel bene o nel male. In psicologia si può parlare di terapia, di “cura”, ma in un senso molto diverso che in medicina, e cioè come di una diretta conseguenza ad un precedente ma anche concomitante processo di conoscenza: conoscenza “emotiva”, la cui complessità è stata oggetto di vaste ricerche (Imbasciati, 2005b, 2006a). Il tipo di tale conoscenza determina la qualità della “cura”, cioè il tipo di effetto che la presa in carico produce nel contesto dell'operatore e dell'utente.

In medicina la conoscenza delle malattie è preconstituita, nel senso che una precedente gran messe di studi ha individuato le diverse malattie: si può pertanto procedere alla terapia in relazione alla malattia individuata: di qui il valore della diagnosi e della nosografia medico-chirurgica. Di conseguenza l'intervento può essere praticato in modo relativamente staccato dal processo diagnostico, una volta che la diagnosi sia stata individuata. In psicologia non hanno valore eventuali tipologie di riferimento, che, una volta individuate, indichino il tipo di terapia da seguire: conoscenza e terapia si sovrappongono, in una infinità di situazioni interpersonali, così come irripetibile è ogni singolo individuo. In psicologia dia-gnosis, qualità della relazione e possibilità di modulare la situazione del soggetto sono un tutt'uno. A rigore non si potrebbe parlare di cura, *sensu strictiori*, soprattutto operando su soggetti che più o meno rientrano nel *range* della cosiddetta normalità (ancor più se l'obiettivo è quello di promuovere la salute), ma soltanto di presa in carico, di un “prendersi cura di”. Fuorviante può essere anche parlare di intervento, giacché tale termine contiene un'azione programmata e preordinata dell'operatore sul paziente, in

una interazione transitiva (Imbasciati, Margiotta, 2004), che vede l'operatore attivo e il soggetto passivo (*compliance*): una terapia psichica non può concepirsi come transitiva, tanto meno prescrittiva; essa è sempre una interazione intersoggettiva.

Psicologia Clinica significa allora conoscenza della psiche del singolo soggetto attraverso una relazione intersoggettiva, che impegna una "soggettività attrezzata" di un operatore per sviluppare una migliore soggettività dell'utente. Il concetto di "soggettività attrezzata" sottende la specificità della formazione scientifica che si richiede ad uno Psicologo Clinico, con specifici percorsi formativi personalizzati. Uno psicologo clinico non si costruisce con la semplice esperienza professionale di un laureato in psicologia che operi nei servizi. A maggior ragione se la sua operatività terapeutica si declina in una qualche precisa psicoterapia. Una tale operatività riscontra oggi in Italia un misto di abusi, più o meno legalizzati, e di enorme confusione, sia quando viene praticata da psicologi, sia ancor più quando pretende di essere praticata da altri professionisti, medici inclusi.

Nella situazione attuale italiana, dal punto di vista culturale, scientifico (o pseudo), organizzativo, assistenziale, la Psicologia Clinica è pertanto terra di equivoci e di "invasioni": altri professionisti, se non forse tutti coloro che si dedicano all'assistenza, pensano di poter fare lo psicologo, e con tal termine intendono lo psicologo clinico. Tutti siamo un po' psicologi! Evviva! Basta metterci buona volontà, e "sensibilità"! Tal ultima parola comprende e nasconde tutto. E anche in seno ai laureati in Psicologia regnano confusioni. Sembra che le contaminazioni che regnano tra i medici si siano propagate anche nelle Facoltà di Psicologia e nei nuovi psicologi. Molti intendono che una psicologia clinica, per essere scientifica, debba essere essenzialmente (forse soltanto) basata su prove sperimentali: non la sperimentazione sul campo, ma quella in laboratorio. Una malintesa oggettività si tramuta in oggettivismo ed espunge il processo di validazione della soggettività dell'operatore (Imbasciati, Margiotta, 2004 cap. 1, 6, 22). C'è un dibattito interno, tra gli psicologi: tra quelli a orientamento biologistico e quelli che invece valorizzano la soggettività, del paziente e dell'operatore nella reciproca intersoggettività, come strumento principe dello psicologo clinico; strumento, ovviamente, che deve essere costruito e tarato in ogni operatore attraverso la sua formazione. Ma una tale formazione viene incrementata? O piuttosto progressivamente mortificata? L'orientamento biologistico, che si sta diffondendo tra alcuni psicologi, non è forse una scorciatoia per evitarla? E per accodarsi opportunisticamente all'andazzo medico, o meglio organizzativo-sanitario. Tra un *impact factor* e una deviazione standard, stiamo avviandoci a una psicologia senz'anima? (Figà Talamanca, 2004; Colucci, 2004; Imbasciati, 2006c).

5) Nelle facoltà di Psicologia

Tra gli psicologi e nelle facoltà di Psicologia si sta verificando un processo di disumanizzazione che colpisce quelle discipline che più dovrebbero entrare in contatto con la soggettività umana; e cioè quelle solitamente comprese nei settori MPSI04, 05, 07 e soprattutto MPSI08, ossia la Psicologia Clinica. Il processo sembra sintonico e omologabile con quanto permea le facoltà mediche e forse collegabile con un certo spirito medicalistico straripante dal suo alveo nelle zone altrui, tuttavia vi si possono scorgere ulteriori radici, forse preoccupanti. Si assiste nelle facoltà di psicologia in questi ultimi anni ad un progressivo emergente e sommergente attribuzione di valore alla sperimentazione, o meglio, a quegli studi psicologici che operano in laboratorio, in collegamento con la biologia, la neurologia, la fisiologia, in genere le neuroscienze: si tratta delle discipline definite psicobiologiche e psicofisiologiche; discipline pregevolissime, indispensabili al progresso globale di tutte le scienze psicologiche. Tuttavia questa "emergenza", al riparo di un'egida di scientificità "pura", sta mettendo in ombra l'importanza di quelle altre discipline che operano, non tanto in laboratorio, ma "sul campo", e sul vivo delle persone, e dei gruppi, delle collettività, la cui ricerca sperimenta, sì, ma nelle condizioni naturali in cui si possono "osservare" gli umani e le loro condotte; e soprattutto tale emergenza svalorza le discipline che comportano la presa in carico, effettiva e continuata, di persone. Tale "messa in ombra" si traduce in una mortificazione dello sviluppo della Psicologia Clinica (in minor misura della Psicologia dello Sviluppo della Dinamica, e della Sociale), in quanto le risorse, già magrissime nella situazione italiana, in conseguenza della sperequazione di valore a svantaggio di queste discipline a più

diretto intervento, convogliano altrove le poche risorse, a vantaggio invece dei settori (di solito MPSI 01, 02, 03, forse 06) di discipline che operano con gli strumenti "esatti" del laboratorio.

Come questo succede? Ovvio che, quando le risorse sono poche, vari gruppi se le contendano: in carestia ci si azzuffa. Ovvio anche che ogni settore tiri l'acqua al suo mulino. Ma quello che sta succedendo è che i docenti di psicologia che non hanno l'incombenza di una presa in carico, di pazienti, di gruppi, di istituzioni, con tutti gli impedimenti (per esempio la scansione dei tempi delle psicoterapie) che l'assistenza comporta, meno hanno tempo (e meno possono approfittare del tempo giusto) per gettarsi nella zuffa a fare valere il loro peso; e ad aggiudicarsi qualche risorsa. Le psicologie "laboratoristiche" si appoggiano d'altra parte a una tendenza che sta permeando tutto il mondo scientifico e operativo che si occupa della salute mentale: intervenire con mezzi evidenti, concreti, apprezzati dalla maggior parte della gente, e soprattutto rapidi. Efficaci? Sì, l'efficacia deve essere "dimostrata", ma la dimostrazione deve essere a breve termine e traducibile in termini numerici. Accade allora che la cosiddetta medicina basata sull'evidenza molto spesso mostri dati che sono circoscritti e a breve termine. Molti psicologi seguono questa tendenza, la quale va incontro alle aspettative della maggioranza degli utenti e rende più facile (anche economicamente) l'opera di questi psicologi, e senz'altro più "comoda". Le aspettative della gente d'altra parte, sono create dalla cultura attuale, che coi suoi ritmi competitivi e frenetici e lo sbandieramento dei mass media ha inculcato nella gente l'idea che "la Scienza" oggi può fare tutto, subito, presto.

C'è un circuito vizioso allora, tra cultura attuale, coi suoi stereotipi, media, ritmi di vita, e la ricerca scientifica, soprattutto nelle sue applicazioni, con una conseguente idealizzazione selettiva di aspetti parziali, consoni alla cultura stessa. In altri termini c'è una sorta di imperativo collettivo strisciante: "bando alle chiacchiere sugli affetti, l'intimità umana, il valore di una relazione effettivamente interpersonale! Oggi la Scienza può fornire interventi concreti, evidenti, oggettivi, rapidi, per la salute mentale". La qual salute, poi, è tutta da intendersi: se sia davvero "salute mentale", o un assetto mentale consono alla cultura della maggioranza²; se la salute sia davvero promossa, o se ci si limiti a intervenire a correggere qualche "stortura", o qualche deficit più evidente.

Tutti i suddetti fattori concorrono a far sì che nelle facoltà di Psicologia si stia creando un clima per cui la Psicologia Clinica che "vale", quella davvero "scientifica", è quella che si avvale del laboratorio, delle neuroscienze, della biologia. Il tutto a scapito della formazione dei futuri psicologi. Questi infatti escono dalle facoltà con una certa idea della Psicologia Clinica, che questa sia, per loro e per altri, quella che più specificamente è denominata Psicofisiologia Clinica, più in generale, Psicobiologia e Neuropsicologia. Qui concorre un'ulteriore mistificazione: nelle declaratorie della classificazione ministeriale italiana dei settori scientifico-disciplinari è stata contemplata la denominazione di "Psicofisiologia Clinica" entro il settore MPSI08. Questa aggettivazione di "clinica" obbedisce però a quel concetto medicalistico di "clinico" che qui abbiamo criticato, e che riteniamo nuocere a uno sviluppo autonomo della Psicologia Clinica rispetto alle scienze mediche. L'inclusione della suddetta denominazione all'interno della declaratoria di quanto burocraticamente è definito Psicologia Clinica (forse voluta ad arte?), ha prodotto sia un travaso di docenti dai settori M PSI 01 e M PSI 02 nel settore M PSI 08, sia in conseguenza un grosso irrobustimento di quell'atteggiamento, qui esaminato, per cui si proclama che solo una psicologia clinica basata sulle neuroscienze è quella davvero scientifica: gli altri approcci sono disprezzati e le loro metodologie negate.

Questi e quelle, in realtà, sono soltanto più difficili da conseguire. E sono pochi quelli che davvero li conseguono; mentre chi afferma un po' presuntuosamente di averli conseguiti (e non sono pochi!) si presta a diventare carta vincente nelle mani degli "psicobiologi".

Tutte queste dinamiche collettive avvengono - qui è il tragico - in perfetta buona fede di chi le propugna. Questa buona fede può spesso produrre una intolleranza verso orientamenti e metodi diversi. Così anche all'interno del settore M PSI 08 stanno avvenendo prevaricazioni.

² Qualche psicologo ricorderà la vecchia diatribe degli anni '50 sul concetto di adattamento: "success"? oppure "process"? (Lazarus, 1961).

6) Quale futuro per la Psicologia Clinica?

In alcune facoltà sta accadendo che per spartire le magre risorse, si assegnino punteggi alle produzioni scientifiche secondo criteri stabiliti da apposite commissioni: questi punteggi determinano se una certa cattedra ha un minimo di fondi per proseguire alla meno peggio la ricerca, oppure se si deve rinunciare. Ma queste commissioni sono formate da docenti che, per le ragioni sovraesposte, più propugnano un orientamento biologistico della psicologia clinica. Il risultato è che le cattedre di altro orientamento vengono a languire, che la loro produttività viene mortificata; se non condannata a morire. Può così per esempio accadere che un breve articolo di impronta psicobiologica pubblicato su rivista ad alto impact factor valga dieci volte un buon volume di un'"altra" psicologia clinica.

Il discorso, allora, che nei precedenti paragrafi ho svolto per svincolare la psicologia clinica dall'asservimento ai parametri delle scienze mediche, e forse destinato a perdere? Se tra gli psicologi, e nelle facoltà di Psicologia, la scientificità è intesa in un certo modo qual descritto, consequenziale è che il concetto di clinico, in psicologia, sia omologato a quello che si ha nelle scienze mediche. Di conserva vanno altre omologazioni di altri concetti: normalità/patologia; malattia; diagnosi; terapia e via dicendo. E così pure sarà semplicato, superficializzato fino a snaturarlo, il concetto di relazione interpersonale nel rapporto terapeutico: medico/paziente? Psicoterapeuta/paziente? Quale "contatto"? Si dirà che basta parlare, dire le cose giuste al paziente perché questi si chiarisca le idee, che basta istruirlo, pedagogizzarlo, prescrivergli il rimedio giusto.

E se poi il paziente non farà quel che al terapeuta è apparso chiaro ed è stato esplicitato? E che il paziente stesso ha dichiarato appropriato? Se questo paziente si troverà a dire "non faccio quel che voglio, ma mi ritrovo a fare quel che non volevo!"³ Si interverrà allora, forse, farmacologicamente, nei casi in cui la forza degli affetti e delle emozioni non è stata *debollata* dai chiarimenti sulle strategie cognitive interne. Mi auguro che un siffatto eventuale successo sia a lungo termine. Ma non è facile crederlo.

Il circuito si chiude. Quali psicologi avremo in futuro? Quali psicologi clinici? Comporterà la loro professione una effettiva presa in carico? Un caring e non un curing, inevitabilmente medicalistico. E quale sarà la concezione della Psicologia Clinica? Quale il suo statuto e il suo ruolo tra le scienze che si occupano della salute? E poi, cosa sarà questa "salute"?

Il lettore perdonerà il mio trasparente pessimismo. Spero di sbagliarmi. E sull'onda di simili considerazioni, che anni fa si è costituito il "Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane". Il suo Statuto fu studiato appositamente per definire la Psicologia Clinica, che, pur nella pluralità dei suoi indirizzi, deve essere preservata da orientamenti propri di altre discipline; e per garantirne un'autonomia, per la ricerca ma anche di conseguenza per la professionalità. Non so quale sarà il futuro di tale associazione: dipenderà dal grado in cui essa sarà più o meno permeata dal travaso di docenti che, provenendo da altre aree scientifiche, cambieranno, piuttosto che preserveranno, i connotati di quanto sarà chiamato Psicologia Clinica.

Bibliografia

Colucci, F. (2004). All'universo noto e in altri loci ancor: Riflessioni dissonanti sull'internazionalizzazione della ricerca in psicologia. *Giornale Italiano di Psicologia*, 31 (1), 219-228.

Figa' Talamanca, A. (2004). *Università Notizie*. Bollettino USPUR, n. 1, pp. 16-18; n. 2, pp. 5-11.

Imbasciati, A. (1993). *Psicologia Medica: Ambiguità dei medici italiani e fondazione scientifica delle discipline*. Napoli: Idelson.

Imbasciati, A. (2004). *Gli equivoci delle psicoterapie*. Presentato al convegno del Collegio dei Professori e Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane, Ischia.

Imbasciati, A. (2005). *Strutture emotive nello psicologo clinico*. Presentato al convegno del Collegio dei professori e dei ricercatori delle Università Italiane, Ischia.

Imbasciati, A. (2006a). *Il sistema protomentale*. Milano: LED.

Imbasciati, A. (2006b). *Constructing a Mind*. Londra: Routledge.

Imbasciati, A. (2006c, febbraio). *Fornari pioniere nella rivoluzione psicoanalitica: La sua opera attraverso l'università*. Presentato al convegno Burn Out, Bari.

Imbasciati, A., & Ghilardi, A. (1993). *AIDS: Psicologia Medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.

Imbasciati, A., Margotta, M. (2004). *Compendio di psicologia degli operatori sanitari*. Padova: Piccin.

Lazarus, S.R. (2001). *Adjustment and Personality*. New York: Mc Graw Hill.

Turchi, G. P., & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Padova: Upsel Domeneghini.

Rossi, N. (2005). *Psicologia Clinica per le professioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino.

Spagnoli, G. (2005). *L'età incerta e l'illusione necessaria: introduzione alla psicogeriatrica*. Torino: UTET Libreria.

³ Potremmo citare S. Paolo, e S. Agostino.