

La Psicologia Clinica oggi, tra teoria e pratica, formazione e ricerca: piccolo contributo a un dibattito aperto

di Cesare Albasi*, Franco Borgogno**, Antonella Granieri***, Rita Ardito*, Gabriele Cassullo****, Franco Freilone***, Gabriella Gandino*, Claudia Lasorsa****, Alessandra Perfetti*****, Claudia Ricco****, Fabio Veglia*****

Vorremmo proporre, in questo scritto, alcuni punti per contribuire a una riflessione sulle caratteristiche fondamentali della psicologia clinica e per partecipare al dibattito, mai concluso e mai sopito, sulle dimensioni essenziali della formazione necessaria per la sua pratica.

I "termini" che definiscono la cornice del nostro discorso su alcuni aspetti dei fondamenti della psicologia clinica potrebbero essere così sintetizzati:

- l'irrinunciabile riferimento al significato dell'esperienza personale e alla soggettività, del paziente e dello psicologo, nella pratica clinica; i concetti connessi di specificità, di riconoscimento e di incontro delle specificità;
- l'innegabile importanza della persona del clinico, e della matrice relazionale propria sia della valutazione del paziente sia del trattamento;
- la prospettiva evolutiva che anima la comprensione clinica e l'intervento che ne deriva (una comprensione che comprende il paziente a partire dalla sua storia prefiggendosi di favorire il suo sviluppo, senza ridurre il trattamento a una mera "cancellazione dei sintomi");
- una visione della psicopatologia che, pur implicandole, non si riduce alle manifestazioni comportamentali-sintomatiche, e che riguarda i temi di fondo dell'esistenza di una persona, e la sua impossibilità di realizzarsi nei diversi ambiti della propria crescita, nelle relazioni interpersonali e nelle diverse fasi della vita;
- una concezione dell'eziologia che tiene conto del contesto delle relazioni di attaccamento nell'ambiente evolutivo del paziente.

La psicologia clinica: una breve riflessione sui suoi fondamenti

Molte sono le definizioni proposte per questa disciplina. Ricordiamo, come riferimento importante, quella del Collegio dei professori e dei ricercatori di psicologia clinica delle università italiane¹.

Pensare in termini di psicologia clinica significa, in primo luogo, riferirsi alla *sofferenza* e alla *patologia*.

Sappiamo che il dolore e la psicopatologia non hanno una relazione lineare fra loro. Gravi psicopatologie non sono vissute con un'esperienza soggettiva consapevole di intensa sofferenza; in alcune situazioni la sofferenza può essere "emigrata" ed esprimersi nel corpo o anche attraverso le persone del contesto relazionale nel quale l'individuo vive.

Quanto più una persona possiede un buon funzionamento psichico tanto più sarà in grado di sperimentare e sopportare il dolore connesso a episodi esistenziali molto scompensanti accogliendone appieno il loro significato. Pensiamo, per esempio, alle perdite necessarie della vita e a come queste possano essere elaborate soltanto attraverso un processo di lutto e cioè di profondo dolore. Nelle patologie gravi, invece, l'esperienza interna di dolore è alterata proprio a causa della

* Ricercatore in Psicologia clinica, Università di Torino. Torna su

** Professore ordinario di Psicologia Clinica, l'Università di Torino.

Direttore della Scuola di Specializzazione in "Psicologia Clinica" dell'Università di Torino.

Coordinatore della Sezione "Psicologia Clinica e delle Relazioni Interpersonali" della Scuola di Dottorato in Scienze Umane dell'Università di Torino.

*** Professore associato di Psicologia clinica, Università di Torino.

**** Dottorato di ricerca in "Psicologia Clinica e delle Relazioni Interpersonali".

***** Psicologa, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino.

***** Professore ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università di Torino.

¹ Cfr.: http://www.collegiopsicologicauniv.it/ita_ambiti.htm.

frammentazione della soggettività: il luogo dove potrebbe essere sperimentata la sofferenza è cancellato dalla patologia. Se la psicopatologia prende il sopravvento in questi termini, essa può strutturarsi *anche* dando vita a una numerosa varietà di sintomi (che, come abbiamo detto, possono presentarsi anche nelle persone vicine, data la dimensione relazionale fondante il funzionamento mentale).

Per quanto riguarda i sintomi, i progressi della clinica nel nostro campo hanno permesso di descriverli meglio e di inquadrarli con maggior precisione in nosografie sempre più evolute e raffinate. Lo sviluppo della nosografia ha mostrato la sua utilità soprattutto offrendo categorie diagnostiche che hanno permesso una sperimentazione e una disponibilità di psicofarmaci sempre più efficaci, che permettono un certo controllo o una remissione, almeno parziale, dei sintomi; ma l'assolutizzare questa direzione di cura (o il primato che talvolta le è assegnato) non tiene conto dell'integrità e della complessità della persona nel contesto delle sue relazioni significative. Il progresso della psicologia clinica ci permette di comprendere, con chiarezza crescente, che un'attenzione esclusivamente limitata ai sintomi e alle dimensioni nosografiche rischia paradossalmente di perpetuare, nel rapporto con il paziente, quella cancellazione della sua soggettività che è strettamente legata alla natura della sua psicopatologia.

La psicologia clinica, d'altro canto, offrirebbe – proprio quando dischiude lo sguardo su ciò che le è precipuo, ossia la soggettività e le relazioni – la possibilità di comprendere e intervenire in modo più ampio e più profondo sulla psicopatologia. Il discorso sulla sofferenza e sulla psicopatologia non può, del resto, prescindere dal riferimento alla soggettività e alle relazioni, intese come luoghi di costruzione del significato dell'esperienza personale.

Nella storia della psicologia ci sono stati tentativi di escludere la soggettività e il significato dai propri ambiti di studio e di intervento (pensiamo al primo comportamentismo e all'iniziale approccio sistemico-relazionale). Oggi gli orientamenti teorici che costituiscono le diverse "anime" della psicologia clinica appaiono meno in contrasto tra loro²; contrasto che invece è attuale rispetto all'ondata biologista che cerca di spazzare via ogni riferimento a dimensioni che non siano materiali od oggettiviste.

Come psicologi clinici, dobbiamo riflettere seriamente su queste posizioni riduzioniste: esse non fanno parte soltanto del passato e, forse, non riguardano soltanto "gli altri". Intendiamo dire che la nostra mente fatica "strutturalmente" a sostenere la complessità, soprattutto quando si trova immersa in situazioni di grande sofferenza; l'esigenza di difendersi tramite semplificazioni e riduzioni è un rischio che ognuno di noi corre nel coinvolgersi, come persona e come professionista, nella sua pratica clinica. Tuttavia, non è accettabile che questa esigenza di difesa sia rovesciata nel suo contrario e venga ideologizzata con prese di posizione (epistemologiche, teoriche, pragmatiche e politiche) che sarebbero, forse, risultate più adeguate nel contesto scientifico di due secoli fa. La sicurezza (in termini emotivi e anche di identità professionale) che la materialità del corpo o la (presunta) oggettività dei sintomi (somatici o comportamentali) può offrire in altri ambiti della pratica clinica diventa, se trasferita nella psicologia clinica, una sicurezza guadagnata difensivamente a scapito dello smarrimento di ciò che le è essenziale. In questo caso, l'essenziale è invisibile per chi non lo vuole vedere.

Anche il concetto di *mente* può essere definito (e lo è stato) in molti modi. A un basso livello di astrazione teorica, e rimanendo all'interno dei confini del contesto concettuale che stiamo delineando, possiamo intendere la mente come una sorta di complesso apparato (un sistema di processi) volto alla ricerca del significato delle esperienze. Non possiamo vivere senza significato e senza sentirci significativi per qualcun altro (che a nostra volta riteniamo significativo). Oggi esiste una convergenza tra i differenti orientamenti sul fatto che il significato delle esperienze personali viene costruito nelle relazioni, e la soggettività è in continua e reciproca definizione con l'intersoggettività. Noi abbiamo, quindi, bisogno di *relazioni* (significative) per costruire significati più consistenti, condivisi, convalidati, intersoggettivamente riconosciuti.

In ogni caso, se la soggettività è il luogo di costruzione del significato dell'esperienza, non può essere data per scontata, ha bisogno di svilupparsi e, come abbiamo prima constatato, le psicopatologie più gravi testimoniano come essa possa essere frammentata, discontinua, "spazzata via" proprio in alcune sue dimensioni o livelli importanti. La mente è un concetto più ampio che comprende anche processi che testimoniano e perpetuano il fallire del reperimento di significato. Questi processi, cioè, testimoniano i fallimenti che hanno caratterizzato in modo traumatico lo *sviluppo* personale.

² Nel momento in cui un nuovo orientamento teorico nasce e muove i primi passi per definirsi ha bisogno di stabilire e mantenere confini più rigidi con altri orientamenti, affinché l'emergere delle differenze sia la base sulla quale costruire la propria identità concettuale, metodologica e tecnica.

Il modo di costruire intersoggettivamente i significati delle esperienze si sviluppa lungo la storia delle relazioni. Le prime relazioni, ci dicono i ricercatori, sono fondamentali soprattutto per la regolazione degli stati affettivi. Se il bambino fa esperienza della possibilità di regolare gli stati propri e delle sue figure di attaccamento, sia in modo autonomo sia in modo interattivo, all'interno di una varietà di scambi relazionali caratterizzati da organizzazione e da flessibilità, avrà l'occasione di fondare il suo senso di vitalità (che è appunto il fondamento evolutivo del senso di avere una mente funzionante) e una soggettività piena, consistente e saldata al contesto di relazioni interpersonali significative. L'essere umano può infatti sviluppare una mente sana e funzionante solo se, fin dall'inizio della sua esistenza, è significativo per qualcun altro (per le sue figure di attaccamento).

Inoltre, il contesto delle relazioni dello sviluppo di un individuo costituisce la matrice per la ricerca del significato (e di ciò che egli riterrà significativo) nelle relazioni successive.

Il riferimento alla *dimensione evolutiva*, perciò, è un altro pilastro della psicologia clinica. L'insuccesso dei processi evolutivi che abbiamo brevemente richiamato comporta l'insorgenza di psicopatologia: essa pertiene lo scompaginarsi delle dimensioni di fondo della vita mentale, vale a dire lo scompaginarsi della propria soggettività e delle proprie relazioni come sorgenti di significatività.

L'intervento clinico psicologico può essere pensato e declinato in questa cornice. Soggettività e relazione diventano, allora, sia *oggetti* sia *strumenti* della psicologia clinica: oggetti di osservazione per la comprensione della psicopatologia, oggetti di studio scientifico; strumenti di intervento e mezzi per il cambiamento.

Prima di prendere in considerazione alcuni punti relativi alla pratica della psicologia clinica e alla formazione, vorremmo sottolineare l'importanza della ricerca scientifica.

Funzione della teoria e rilevanza della ricerca in psicologia clinica

La psicologia clinica, come disciplina scientifica, deve occuparsi della crescita della conoscenza sui temi che le sono propri: ne sono un esempio quelli che sono stati precedentemente introdotti.

Caratteristica delle discipline scientifiche è lo sviluppo di modelli e teorie attraverso l'esplicitazione, l'applicazione e il perfezionamento di un *metodo* che permetta al meglio la comprensione dei loro oggetti di studio. Il metodo scientifico spinge a cercare e a fornire garanzie continue per le conoscenze formulate da una disciplina, in termini di sistematicità, condivisibilità, uso disciplinato della ragione, riferimento alla realtà empirica come riscontro per le ipotesi teoriche.

Considerare la psicologia clinica come una disciplina scientifica offre molti vantaggi. Ma la ricerca è un'attività pratica con proprie esigenze e peculiarità, ed essendo la nostra disciplina anch'essa una pratica professionale il quadro nel quale sfruttare la fondazione scientifica delle sue conoscenze è un quadro complesso, che richiede il rispetto della sua complessità.

Il passaggio dal contesto della ricerca scientifica a quello della pratica clinica psicologica è tutt'altro che scontato e risulta costantemente problematico data l'importanza fondamentale che il clinico assegna alla soggettività e alla relazione (oltre ad altri oggetti di studio difficilmente indagabili sperimentalmente, quali ad esempio la sofferenza, la relazione, il primo sviluppo, ecc.). Il rapporto tra clinica e ricerca è pertanto in continua costruzione.

La ricerca, nel nostro ambito, è innanzitutto una *ricerca concettuale e teorica*. La precisazione sistematica e argomentata delle nozioni utilizzate per le formulazioni teoriche è un passaggio decisivo per la crescita del sapere anche nella psicologia clinica.

Le teorie ben formulate offrono la possibilità di fare esperienza di osservazioni maggiormente articolate. Le teorie funzionano vincolando lo sguardo dell'osservatore ai livelli di realtà specifici che esse stesse indirizzano a mettere a fuoco. La teoria offre quindi *vincoli e possibilità* come condizioni non scindibili per un'osservazione scientificamente orientata.

Anche nell'osservazione clinica la teoria permette allo psicologo di assumere lo specifico punto di vista dal quale cogliere alcune tra le molteplici sfaccettature che compongono la complessa realtà psichica e relazionale del paziente (sia esso individuo, coppia o famiglia). Il clinico, però, non può essere un osservatore "neutrale" e "distaccato" rispetto al suo oggetto di studio: al contrario, deve sapersi coinvolgere, sapersi immedesimare, ampliare la sua osservazione con ciò che sente, con le sue associazioni ideative e le sue fantasie. Questo è necessario per osservare la soggettività e la relazione, specifici oggetti della psicologia clinica.

Le conoscenze teoriche sono indispensabili anche per poter osservare i fenomeni clinici in un modo che risulti condivisibile dalla comunità scientifica: sono indispensabili ma non sufficienti. Un conto è la condivisibilità delle conoscenze tra colleghi, un conto è la loro *convivibilità*, con se stessi e con i pazienti.

Conoscenze teoriche e formazione personale sono aspetti che si intrecciano in modo inestricabile. La ricerca scientifica in psicologia clinica, per essere utile, deve sviluppare modelli che tengano conto di questa complessità e che aiutino ad articolare conoscenze teoriche e coinvolgimento soggettivo in modi armoniosi e specifici per ogni singolo psicologo clinico.

Oltre a quella teorica, altre dimensioni della ricerca vanno prese in considerazione.

Sappiamo che la psicologia come scienza dell'uomo è stata creata da grandi studiosi che hanno proposto ampie riflessioni sulla natura e sulle funzioni della mente; la psicologia clinica è stata sviluppata, in special modo, da clinici che hanno saputo alimentare la teoria grazie alla riflessione sulla loro esperienza professionale. La *ricerca storica* sul pensiero dei grandi autori è, quindi, parte costitutiva ed essenziale della nostra disciplina.

Altra dimensione centrale per lo sviluppo delle conoscenze scientifiche nella psicologia clinica è la *ricerca empirica*. Pur non essendo stata parimenti caratterizzante per la storia dei suoi diversi orientamenti, oggi la ricerca empirica è molto cresciuta, sia quantitativamente sia qualitativamente, e offre importanti contributi in molti ambiti di pertinenza della psicologia clinica: la psicopatologia, il momento diagnostico e i suoi strumenti, il processo e l'esito delle psicoterapie, il colloquio clinico, la consulenza, gli interventi brevi e focali, le dinamiche relazionali della coppia e della famiglia, la relazione madre-bambino nelle fasi di formazione delle prime operazioni mentali, lo sviluppo lungo l'arco della vita, il funzionamento del cervello e il suo rapporto con le esperienze e le funzioni psichiche, ecc.

La pratica della psicologia clinica e il cambiamento

Come abbiamo detto, lo psicologo clinico non è innanzitutto un teorico o un ricercatore della disciplina. La psicologia clinica è anche e soprattutto una pratica, una pratica professionale, clinica per l'appunto. Dirigiamo allora la nostra attenzione dalla disciplina al suo artefice: lo psicologo clinico. In effetti, una premessa al lavoro clinico è che il paziente incontri la *persona* dello psicologo e affronti un lavoro clinico con lui. Le differenze individuali e la soggettività sono perciò non il problema ma l'ingrediente essenziale della pratica della psicologia clinica. Lo psicologo clinico è orientato da una teoria condivisa e fa affidamento su una formazione condotta all'interno di una determinata prospettiva, ma il suo intervento sarà efficace nella misura in cui sarà personale e creativo, e quindi unico e singolare, e rivolto alla specificità e irripetibilità del paziente e della sua situazione.

Se abbiamo sottolineato alcune caratteristiche generali della psicologia clinica sul piano dei fondamenti e delle convergenze dal punto di vista teorico, quando ci spostiamo nel campo dell'intervento e della pratica dobbiamo valorizzare le differenze e le specificità, che assumono un'importanza e un ruolo centrale: differenze tra gli psicologi e differenze tra gli atteggiamenti clinici favoriti da diverse teorie, che pur sono vicine nelle premesse epistemologiche e nelle assunzioni di fondo sulla mente e sulla psicopatologia e sul rilievo assegnato a soggettività e relazione.

I molti paradigmi della psicologia clinica hanno assegnato, lungo la sua centenaria storia, un ruolo e un'importanza differente ai fattori cognitivi, emotivi, comportamentali e relazionali nel processo terapeutico. Inoltre, questi fattori, o dimensioni, non sono stati concepiti sempre nello stesso modo; la traduzione dei differenti concetti espressi dai diversi orientamenti teorici, anche se condotto con l'obiettivo, condivisibile e di grande importanza, dell'*integrazione*, comporta sempre il rischio di appiattimento e tradimento della complessità delle singole teorie e dei loro specifici concetti.

In ogni caso, possiamo tentare, anche sul versante della pratica clinica, di individuare alcune dimensioni fondamentali che definiscono l'operare dello psicologo, sulle quali possiamo concordare pur appartenendo a orientamenti differenti.

Lo psicologo clinico, occupandosi di problemi, di sofferenza, di psicopatologia, interviene per favorire il cambiamento. Il suo intervento, che parte dalla domanda di chi gli chiede aiuto, non è puramente conoscitivo. Nel contesto clinico, la domanda del paziente è sempre implicitamente una domanda di crescita, di realizzazione di potenzialità coartate ("di salute" nel senso più ampio). Anche il momento conoscitivo, o meglio la dimensione conoscitiva (visto che essa permane lungo tutto l'intervento), non rimanda alla costruzione di una conoscenza oggettiva quanto piuttosto alla costruzione di una conoscenza soggettiva e relazionale, cioè una conoscenza orientata alla ricerca di significati e di significatività. Potremmo dire, infatti, che uno specifico dell'intervento psicologico nell'ambito clinico (in qualsiasi contesto vogliamo immaginarlo e con qualsiasi problema o patologia) riguarda l'attivazione di processi di ricerca dei significati e di significatività. Il paziente ha bisogno di ritrovare, o trovare, il senso del proprio funzionamento mentale come qualcosa di affidabile e dotato di valore interpersonale.

L'ampliamento della conoscenza del paziente su di sé, sul funzionamento delle proprie relazioni, o sul proprio passato, è un aspetto importante dell'intervento ma non sufficiente. Anche il rilievo assegnato alla costruzione di nuove narrazioni, come fulcri organizzatori della conoscenza soggettiva che riguarda l'ambito delle relazioni, va compreso in quest'ottica: nell'ottica, ossia, della co-costruzione intersoggettiva del senso di libertà di muoversi nella creazione di nuovi punti di vista, attraverso i quali il paziente possa sentire significativa la propria storia rinarrata dialogicamente.

Il problema della formazione in psicologia clinica

Quali competenze, in sintesi, sono necessarie ad uno psicologo clinico?

Riteniamo che esse attengano ad alcune dimensioni di fondo, che sono sinteticamente tracciate nel seguente elenco:

- conoscenze teoriche e metodologiche, fondate scientificamente, e capacità di renderle *convivibili* con sé e il paziente, oltre che condivisibili intersoggettivamente con la comunità;
- formazione personale e conoscenza di sé;
- capacità osservative, deduttive (di riconoscimento dei concetti e delle categorie) e intuitive, capacità di ascolto clinico e di immedesimazione;
- competenze relazionali, sia personali (empatiche e pragmatiche) sia legate al ruolo professionale assunto nel rapporto con il paziente; capacità di cogliere i processi relazionali di costruzione dei significati intersoggettivi e le possibili distorsioni di questi processi;
- saper utilizzare la relazione con il paziente per attivare, in modi nuovi, i processi di ricerca del significato delle sue esperienze;
- capacità di rendere significativa l'esperienza del paziente;
- capacità di comunicare in modo semplice i pensieri che si vogliono trasmettere al paziente.

Come si *formano* queste competenze?

Il problema della formazione delle competenze necessarie all'esercizio della psicologia clinica è oggi estremamente spinoso ed estremamente urgente. Nel dibattito su questo tema controverso, appare la necessità che si esprimano voci provenienti dall'università (istituzione specificatamente deputata alla formazione) e, in particolar modo, dalla Psicologia dell'Università (attore intrinsecamente protagonista di questo dibattito che, paradossalmente, altri vorrebbero invece disporre nel ruolo di spettatore).

Qual è la realtà della formazione alla psicologia clinica? E quale il contributo che le Facoltà di Psicologia possono offrire a questa formazione?

I nuovi ordinamenti universitari, in un'ottica decisamente tesa al "risparmio" dei costi della formazione, hanno favorito un incremento delle immatricolazioni e una riduzione degli abbandoni e dei tempi di laurea; ma, proprio perché consentono di accelerare il percorso di studi, hanno altresì comportato, come si è visto nella quasi generalità degli atenei del nostro paese, un'istituzionalizzazione della "didattica breve dei saperi minimi" nel percorso universitario, e una conseguente eccessiva parcellizzazione degli insegnamenti.

I processi di apprendimento e conoscenza, però, non sono necessariamente predefiniti e lineari ma, piuttosto, sempre vari e soggettivi. La ripetizione e la ridondanza possono essere fonti di ricchezza e garanzia di profondità e solidità della comprensione: in quest'ottica, l'idea stessa dei "saperi minimi" è riduttiva, se non altro perché cancella l'assoluto "bisogno di tempo" affinché si possa avviare un autentico apprendimento. La formazione clinica ha difatti bisogno di riabilitare la "lentezza" del dialogo evolutivo e la possibilità di metabolizzare e quindi interiorizzare i modelli di pensiero. La formazione dello psicologo clinico è, per eccellenza, un percorso a forte personalizzazione cosicché il sapere che essa promuove non è affatto acquisibile in modo meccanico e predeterminato, dato che comporta necessariamente un processo di graduale interiorizzazione. Una buona attività didattica consiste nella capacità di innescare dialogicamente e stimolare continuamente questa dinamica formativa.

La confusione normativa e il caotico dibattito che si è diffuso rischiano di trascurare, al contrario, la particolare funzione della didattica nell'ambito specifico della psicologia clinica e la sua precipua funzione di trasmissione di quei saperi che veicolano contemporaneamente sia i concetti di "crescita", "maturazione", "individuazione" sia quelli attinenti alla soggettività e alla relazione.

Oggi più che mai dobbiamo così guardare alla cultura delle idee, della creatività.

I nuovi ordinamenti universitari hanno molti difetti che penalizzano la formazione alla psicologia clinica. Ad esempio, la frammentazione degli insegnamenti ha come conseguenza la mancanza di esami che favoriscano la *sintesi mentale*, possibile soltanto nell'immergersi a lungo, non

esclusivamente per qualche mese, nello studio di una materia, afferrandone il linguaggio e le categorie che le sono proprie. Dal punto di vista del docente, la frammentazione degli insegnamenti lascia forse spazio al passaggio di contenuti, ma rende estremamente difficile, o forse impossibile, metacomunicare agli studenti l'essenza della disciplina. Gli studenti, a un ascoltatore attento, comunicano la sensazione di smarrimento di fronte alla difficoltà di integrare i contenuti appresi in corsi diversi, masticati di fretta e non metabolizzati fino a farli propri.

A ciò si aggiunge la mentalità di accreditamento numerico di ogni minuto di lezione e/o di ogni pagina di studio. Ma come conteggiare, con l'unità di misura dei crediti formativi, l'impegno necessario per comprendere la natura della realtà del tempo e dello spazio della formazione clinica?

I nuovi ordinamenti, però, hanno avuto il pregio di far riflettere sull'esigenza della specificità di curriculum già nei corsi precedenti alla Laurea Magistrale. Chi consegue una Laurea Magistrale in Psicologia Clinica ha avuto modo – a differenza di studenti che si laureano in altre discipline, come per esempio quelle mediche – di potersi già confrontare con molti contenuti che le sono inerenti e precipui. Per esempio: conoscere una prospettiva sulla psicopatologia come quella che abbiamo schematizzato sopra, e farsi un'idea della cura non come elisione dei sintomi ma come presa in carico della persona. Farsi un'idea della cura, in sintesi, come un qualcosa che è elettivamente volto alla conoscenza e alla valorizzazione della soggettività, della significatività e della crescita delle persone; una cura mediata ovviamente, lo ricordiamo, dall'imprescindibile coinvolgimento personale del clinico.

Con queste conoscenze, i laureati in psicologia possono accedere alla formazione post-lauream, necessaria e fondamentale per una preparazione approfondita al lavoro clinico. In questo ambito sono attualmente disponibili molte scuole di psicoterapia serie e attrezzate, e sono sopravvissute (al momento in cui vi scriviamo) soltanto due Scuole di Specializzazione universitarie in Psicologia Clinica nell'ambito delle Facoltà di Psicologia. Queste ultime si dovranno conformare a una nuova legislazione nata da esigenze di varia natura, ma non sempre portatrice di valori compatibili con la costruzione di competenze che si configurano come sopra delineato.

Il futuro prossimo dovrà vederci forti di un impegno finalizzato a favorire ulteriori possibilità di formazione e di espressione se vogliamo davvero creare una classe di professionisti che abbiano, almeno in potenza, un ruolo ancora più importante nel dischiudere nuovi orizzonti di senso per le persone in affanno e in sofferenza che si rivolgono a loro, e nel contribuire quindi in vari modi alla crescita della società stessa e della nostra cultura.