

I formatori degli psicologi clinici e i professionisti dell'aiuto

di Antonio Imbasciati*

Nell'ambito dei professori universitari e dei ricercatori di Psicologia Clinica, nelle università italiane, si è rivelato un duplice e talora contrapposto orientamento metodologico-culturale: da un lato si sottolinea il rapporto interpersonale con le relative interazioni e le capacità relazionali dello psicologo, quali fulcri del lavoro clinico, e si propugna il concetto di scienza empirica centrata sulla persona; dall'altro si privilegia la ricerca psicobiologica e psicofisiologica, prevalentemente di laboratorio, e gli apporti delle neuroscienze quali fulcri per ciò che si ritiene un più diretto e preciso intervento clinico, da condursi nell'ambito della più generale metodologia delle scienze medico-biologiche. Nell'uno rispetto all'altro orientamento il concetto stesso di cosa si intenda per "clinico" diverge (Imbasciati, 2007b); le divergenze, non esplicitate a sufficienza, hanno dato e danno origine a equivoci, incomprensioni e vertenze nocive all'identità e all'immagine dello Psicologia Clinica stessa, con non indifferenti ripercussioni sul lavoro di tutti gli psicologi professionisti.

Tale duplice e divergente tendenza si verifica nell'intero corpus universitario del settore M PSI 08 (Psicologia Clinica). Si presenta, pertanto, quanto mai necessario un lavoro scientificamente condotto per esplicitare gli equivoci alla base delle suddette divergenze, la loro origine storica e il grado di adeguatezza dei differenti approcci metodologici rispetto alle attuali scienze alla cui applicazione deve ispirarsi l'assistenza; nonché l'Organizzazione del più ampio campo dell'ottimizzazione della Salute. In tal lavoro sto da alcuni anni cimentandomi (Imbasciati, 2006a, b, c, 2007a, b, 2008; Imbasciati, Dabrassi & Cena, 2007; Imbasciati & Margiotta, 2008), ma indispensabile al suo prosieguo è il dibattito e i contributi di differenti punti di vista.

In questa sede sottolineerò come le suddette divergenze e le ambiguità che ne stanno a monte possano nuocere all'avvenire professionale di tutti gli psicologi italiani.

Infatti, i docenti entro il cui ambito si constatano non indifferenti divergenze di impostazione sono i formatori dei futuri psicologi professionisti: poiché la maggior parte degli psicologi professionisti vanno a fare i clinici, i docenti del settore M PSI 08 sono i formatori dei futuri psicologi professionisti. La loro formazione, la loro professionalità e la stessa loro idea circa il lavoro detto "clinico", risentirà pertanto dell'una piuttosto che dell'altra tendenza dei loro formatori. Le differenze e le divergenze che si riscontrano in ambito accademico sono pertanto tutt'altro che irrilevanti nei confronti del futuro dell'intera professione degli psicologi, e di come essa si configurerà, si espanderà o restringerà, nella società italiana. A tale futuro dovrebbe dunque essere interessato l'Ordine professionale e le altre Associazioni che tutelano la professione.

Al di là della diatriba, peraltro in atto, sul maggiore o minore livello di scientificità (per es. dibattito sull'*Impact Factor*) e sull'utilità maggiore o minore dell'uno piuttosto che dell'altro orientamento, vorrei qui prospettare alcune conseguenze sulla futura professione degli psicologi, la stragrande maggioranza dei quali fa professione detta clinica, a seconda che riceveranno una formazione centrata sull'uno piuttosto che sull'altro orientamento, e cioè a seconda del tipo prevalente di formatori che essi avranno avuto.

La medicalizzazione dei servizi (Imbasciati, 2008b) e la prevalenza gerarchica degli psichiatri sugli psicologi¹, molto probabilmente favoriranno la seconda posizione: questo potrebbe produrre una concezione della Psicologia Clinica come centrata esclusivamente sulla correzione del deficit (Carli, 2006) e non come sviluppo della persona, ovvero centrata sulla patologia. Questa inoltre viene di solito intesa, sia in ambito medico-assistenziale che nell'utenza, in relazione a una

* 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. www.imbasciati.it.

¹ Sovente gli psichiatri affermano che essendo lo psichiatra uno Specializzato e invece lo psicologo un semplice laureato, la suddetta gerarchia può essere giustificata: ma nessun psichiatra mai si sognerebbe di considerare un ingegnere, o un economista o un giurista, della cui consulenza avesse bisogno, alla stessa stregua in cui considera lo psicologo. L'assunto implicito è che lo psichiatra si considera Specialista anche in Psicologia Clinica.

concezione norma/patologia che va bene in medicina, ma che risulta anche impropria e fuorviante per l'ambito psichico (Imbasciati & Margiotta, 2008); così come improprie e fuorvianti sono altre trasposizioni di concetti medici alla psicologia (Turchi & Perno, 2002). Si favorirà inoltre una concezione dell'intervento, cioè della professionalità dello psicologo, anch'essa fuorviante rispetto alla natura del campo psichico, di cui gli psicologi dovrebbero occuparsi (Carli, 1987, 1996, 2006; Grasso & coll., 2003, 2004). Conseguenza ulteriore, forse conclusiva in futuro, sarà quella per cui gli psicologi dei servizi si sentiranno richiesti di prestazioni di tipo transattivista: altrove (Imbasciati, 1993, 2008; Imbasciati & Margiotta, 2008) ho enucleato e descritto un paradigma generale sotteso alla prassi medica, che ho denominato transattivismo.

Si tratta della generale, implicita e data per scontata concezione che l'operatore è l'agente attivo che fa (o fa fare) qualcosa al paziente, il quale, oggetto passivo di tale azione transitiva su di lui, non deve far altro che essere, appunto, paziente; pazientare con adeguata compliance. Il termine transattivismo è derivato dalla grammatica: l'operato dell'operatore è come un verbo transitivo, un'azione transitiva. Questo paradigma va bene in chirurgia e con qualche limite anche in medicina, ma non si addice affatto allo psichico. L'intervento psicologico - clinico, per essere mutativo della struttura interiore del soggetto, deve passare per una relazione, cioè attraverso un'attività reciproca di elaborazione mentale dell'incontro intersoggettivo: il soggetto, relazionandosi con l'operatore in una reciprocità di ascolto, e non subendone una relazione imposta (molti operatori concepiscono la relazione come basata solo sulle parole e quindi sulla persuasione e in fondo sulla manipolazione), può, egli stesso più attivo dell'operatore medesimo, prendere - attivamente, ripeto - qualcosa che, proprio per il fatto di essere stato attivamente da lui stesso elaborato, lo faccia davvero cambiare. Si tratta di un modello interpersonale identificatorio, anziché manipolativo (Imbasciati & Ghilardi, 1993).

Il paradigma transattivista dell'intervento collude purtroppo con l'odierna cultura generale del "tutto, subito, presto (e senza tribolare)" che impera oggi. Le tecnologie mediche, chirurgiche e biologiche favoriscono questa mentalità: a ragione, finché l'aspettativa in questione si riferisca al biologico, ma a torto, con effetti deleteri, quando tutto ciò viene applicato allo psichico. Lo psicologo dovrebbe allora essere capace di analizzare la domanda dell'utenza e di farne virare l'atteggiamento e l'aspettativa: tutto ciò non è facile se anche l'Istituzione che permea i servizi gioca a favore dell'aspettativa dell'utenza.

Cosa succederà allora per quegli psicologi che si saranno formati con formatori di orientamento prevalentemente psicobiologico? Si troveranno sprovveduti della formazione necessaria per resistere alle richieste congiunte dell'Istituzione e dell'utenza, tanto più per cambiarle. Cercheranno allora di applicare i parametri medicalistici e, poiché questi sono inadatti a conseguire risultati di tipo psichico, falliranno: agli occhi degli stessi medici che, inconsapevolmente, hanno loro imposti tali parametri attraverso l'Istituzione. Risultato finale potrà essere la dequalificazione dell'opera dello psicologo nei servizi, nonché un'ulteriore declassificazione della sua immagine.

Simili nefaste trasformazioni potranno avvenire anche a livello di professione privata. Nell'attuale tendenza della società, l'utenza ha assimilato i modelli dell'intervento di tipo medico (Grasso & coll., 2003) e sull'onda dei mass media vive nell'ottimismo che la Scienza potrà offrire facili, rapidi, efficaci rimedi, ad ogni disagio di cui la gente non vorrà assolutamente soffrire. Come potrà lo psicologo professionista, sprovveduto nella sua formazione dei principi che informano l'intervento clinico centrato sulla persona, analizzare la loro domanda (Carli & Paniccia, 1981; Carli & Paniccia, 2003), nonché soprattutto far maturare in loro una differente concezione dell'intervento psichico, che li possa far virare verso quella collaborazione intersoggettiva a quest'ultimo indispensabile? Come potrà far virare gli utenti dall'aspettativa di essere oggetti passivi di un intervento attivo e transitivo dell'operatore (così è il modello medico: Imbasciati, 2008; Imbasciati, Cristini & Buizza, 2008), all'idea invece che per cambiare il loro stato occorre un "lavoro" loro? Dall'intervento psicologico di consulenza alla psicoterapia il passo è lungo un *continuum*: quale futuro allora per le psicoterapie?

Ma c'è infine un'ultima prospettiva, da considerare ancor più attentamente per il futuro professionale degli psicologi, sia nel pubblico che nel privato. In ambito sanitario, se da un lato si propone e impone un modello medicalistico per l'intervento sulla "patologia" psichica, dall'altro sembra che non sia stato del tutto dimenticato che anche le persone cosiddette normali

necessitano di un aiuto psicologico: ma questo aiuto, e questa istanza vengono completamente travisati. Infatti l'istituzione di molte delle ventidue lauree dell'area sanitaria (triennali in via di quinquennializzazione), contemplano nelle loro declaratorie mansioni di tipo psicologico, senza però il necessario contorno formativo di base, che qualificano gli operatori come "professionisti dell'aiuto", ai quali è deputata la consulenza (inevitabilmente psicologica) per tutte le persone che nel corso di una qualche specifica assistenza "sanitaria" necessitano di un aiuto per "problemi personali". Come psicologi sappiamo quanto spesso, sotto la riduttiva dizione di "problemi", vi siano disfunzionalità, anche grosse, della personalità, che necessiterebbero di un intervento specificamente psicologico: le competenze psicologico - cliniche in area sanitaria (e nella declaratoria delle lauree sanitarie) vengono chiamate "competenze umane". Come psicologi sappiamo quanto sotto questa riduttiva definizione di "competenze umane" si annidino velleità psicologiche di tanti operatori (fare psicoterapia!?) mascherate di semplicismo; e per contro sappiamo quanto l'utenza mascheri e nasconda, sotto l'effigie di una banale e incidentale consulenza, una richiesta per problemi complessi e spesso gravi.

Di fatto i nuovi ordinamenti, nella mentalità riduzionistica che regna in ambito medico a proposito delle scienze psicologiche e nella concezione medica della Psicologia Clinica, dequalificheranno la professione dello psicologo affidandola ad altri operatori.

Delle ventidue nuove lauree, ben sei vedono chiaramente delineate, nella declaratoria della loro futura professione compiti che anni addietro si sarebbero affidati agli psicologi. Questi nuovi laureati sono gli Educatori, i Riabilitatori Psichiatrici, i Logopedisti, i Fisioterapisti, le Ostetriche, gli Infermieri Pediatrici; ma a questi potremmo aggiungere anche gli Infermieri Generali, e gli Ortottisti, cui si affiancheranno ulteriori nuovi professionisti per ora contemplati fuori dell'ordinamento sanitario: gli Assistenti sociali, i Counselors, i Pedagogisti Clinici ed altre professioni ancora, in via di sviluppo. Tutti questi professionisti saranno i futuri concorrenti degli psicologi: e concorrenti favoriti.

Infatti, se le declaratorie loro attribuiscono mansioni di tipo psicologico che, a prima vista, potrebbero essere differenziate da quelle proprie degli psicologi, il fatto che questi operatori ricevano una formazione molto deficitaria, praticata da docenti provvisori e improvvisati (Imbasciati, 2008, Imbasciati, Margiotta, 2008), facilita confusione e presunzioni, cosicché tutti si sentiranno un po' "psicologi". Da "un po'" al farlo davvero, sarà facile; soprattutto se quello che si fa è esso stesso facilmente stravolgibile; e soprattutto consono, cioè colluso, con le aspettative dell'utenza, nonché con la mentalità medicalista, per la quale il lavoro dello psicologo è poco più di una psicologia del senso comune affinata dall'esperienza (Imbasciati, 2007a, b, 2008).

A fronte di questi concorrenti favoriti dal sistema occorrerebbero psicologi clinici ben ferrati in una loro *specifica* concezione del lavoro clinico. Questa preparazione dovrà però essere improntata alla prima delle due concezioni citate all'inizio, e cioè su una Psicologia Clinica incentrata sulla relazione interpersonale: altrimenti questi psicologi non potranno fare aggio su questi altri operatori "dell'aiuto". Se invece essi saranno stati formati da formatori che avranno privilegiato l'orientamento biologico, si troveranno certamente più preparati in competenze medico biologiche, ma del tutto sprovvisti a far fronte a compiti interpersonali specifici: succederà allora che questa schiera di psicologi, o avrà la fortuna di entrare (pochi, pochissimi) in laboratori dove certamente svilupperanno la Scienza, oppure andrà a obbedire sprovvedutamente a impropri dettami medico-psichiatrici; e saranno la maggioranza, o meglio la manovalanza assoggettata ad altra cultura.

Sembra che fino ad ora sia gli Ordini professionali, sia le altre Associazioni che si occupano di tutelare la professione abbiano considerato il mondo accademico e tutto ciò che vi accade come del tutto staccati dalla loro professionalità. Non è invece così: tra dieci, quindici anni il futuro del "mestiere" psicologico dipenderà da ciò che è accaduto nel mondo accademico; nella matrice dei formatori, il cui orientamento deciderà pertanto per intero la professione dello psicologo: dipenderà da ciò che è accaduto nell'avvicendamento dei docenti di Psicologia Clinica, ovvero da quale tipo di docenti universitari sarà promosso a diventare formatore di psicologi.

C'è oggi uno iato tra chi tutela la professione degli psicologi e il mondo accademico: è possibile rimediare? Questo iato potrebbe compromettere il futuro professionale di tutti gli psicologi, ben al di là di quanto da una certa parte si considera un po' dispregiativamente come "i giochi

accademici"? Forse c'è un disinteresse per mancanza di lungimiranza da parte degli Ordini professionali; o forse si tratta di disinformazione.

Bibliografia

- Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica*. Torino: Utet Libreria.
- Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna : Il Mulino.
- Carli, R. (1996). Psicoanalisi, mandato sociale e formazione, *Psicologia Clinica*, 1, 5-24.
- Carli, R. (2006). Correggere il deficit o promuovere la salute? In Molinari, E. & Labella, A. *Psicologia Clinica, Dialoghi e confronti*, Milano: Springer.
- Carli, R. & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicologia delle Organizzazioni e delle Istituzioni*. Bologna: il Mulino.
- Grasso, M., Cordella, B. & Pennella, A. (2003) *L'intervento in Psicologia Clinica*. Roma: Carocci.
- Grasso, M., Cordella, B. & Pennella, A. (2004) *Metodologia dell'intervento clinico*. Roma: Carocci.
- Imbasciati, A. (1993). *Psicologia medica: ambiguità dei medici italiani e fondazione scientifica della disciplina*. Napoli: Idelson - Liviana.
- Imbasciati, A. (2006a). *Equivoci sulle psicoterapie*. In Molinari E. & Labella, A. *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti*. Milano: Springer.
- Imbasciati, A. (2006b) Strutture emotive nella formazione dello psicologo clinico. In Molinari E. & Labella, A. *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti*. Milano: Springer.
- Imbasciati, A. (2006c) *Psicologia Clinica: presente e futuro*. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Imbasciati, A. (2007a) Medici, Psicologi (e perché no altri?). Intervista di Tania Fiorini, *Psicologia Toscana*, XIII, 1, 7-14.
- Imbasciati, A. (2007b) "Clinico" e Psicologia Clinica. *Giornale Italiano di Psicologia* (in print).
- Imbasciati, A. (2008) *La mente medica e le altre (sue?) professioni*. Milano: Springer, (in print).
- Imbasciati, A., Cristini, C. & Buizza, C. (2008) *Psicoterapie e loro futuro* (in progress).
- Imbasciati, A. & Ghilardi, A. (1993). *AIDS: Psicologia medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F & Cena, L. (2007). *Psicologia Clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. & Margiotta, M. (2008). *Psicologia Clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Turchi, G.P. & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologie come interrogativi*. Padova: Upsel.