

L'analisi della domanda: contributo per un approccio clinico unificato.

di Nicolò Gaj*

Verso la fine del percorso universitario, la maggioranza degli studenti di psicologia riconosce di non sapere esattamente di che cosa uno psicologo si occupa nella prassi e quali sono le principali richieste sociali a cui si è chiamati a dare una risposta in qualità di professionisti. Spesso, gli studenti in psicologia iniziano la loro carriera avendo in mente una chiara visione di quelle che pensano essere le principali applicazioni della psicologia ma, dopo diversi anni spesi sui libri, queste certezze cominciano a vacillare. Sembra che l'abbondante quantitativo di informazioni raccolto nel percorso di studi contribuisca a confonderli: più sono vicini all'obiettivo della professione, più i connotati di tale professione divengono sfumati. E' mia opinione che una delle ragioni di ciò sia il carattere immateriale dei servizi psicologici (Olivetti Manoukian, 1998); questa non è solo una caratteristica peculiare dei servizi "psi", ma di tutti i tipi di servizi. Il campo dei servizi, infatti, possiede alcune caratteristiche peculiari rispetto all'ambito della produzione di beni (Normann, 1984):

- non avviene, come nel caso di beni tangibili, un trasferimento di proprietà quando si effettua un acquisto;
- il prodotto non può essere mostrato e non esiste prima dell'acquisto;
- il prodotto non può essere immagazzinato;
- la produzione, il consumo e la vendita avvengono spesso nello stesso luogo;
- l'acquirente/cliente prende parte direttamente alla produzione;
- è quasi sempre necessario un contatto diretto fra ente erogatore e cliente;
- il servizio non può essere esportato, ma può esserlo il sistema di erogazione del servizio stesso.

Ciò che è possibile chiamare "immaterialità" dei servizi psicologici può portare a considerarli come qualcosa di difficilmente valutabile attraverso gli strumenti della ragione o, dall'altra parte, può portare a considerarli alla stregua di beni materiali, trascurando il loro intrinseco carattere astratto, immateriale. Sia l'una sia l'altra sono modalità scorrette di considerare tali servizi, in quanto entrambe trascurano aspetti fondamentali di tale ambito.

L'erogazione di servizi implica il concetto di azione, una nozione spesso difficile da definire. L'azione è solitamente parte di routine o programmi che selezionano azioni compiute in passato con successo dall'attore. Utilizzare delle routine significa agire in contesti in cui i significati sono condivisi e relativamente stabili; in tal modo, possiamo selezionare l'azione corretta con un dispendio minimo di risorse cognitive.

Secondo questa teoria, l'azione solitamente è invisibile; noi agiamo "senza pensare" finché qualche cosa non apre i nostri occhi su di essa: si tratta del fallimento dell'azione stessa, il quale apre uno iato tra aspettative (l'esito che pensavamo l'azione avrebbe avuto) e l'esperienza (ciò che si è in effetti verificato). Quando ciò accade, diveniamo capaci di riflettere sull'azione, la quale diventa l'oggetto della nostra attenzione. La posizione di Weick (Lanzara, 1993), al proposito, è condivisibile: gli attori realizzano le loro azioni all'interno di contesti considerati come realtà costruite dagli attori stessi in grado di attribuire significati. L'azione è una risposta a contesti costruiti dall'uomo. Quindi, un agire generativo è possibile solamente quando si scardinano contesti familiari a favore di contesti nuovi. Si tratta di un processo inter-attivo, né individuale, né genericamente

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Italia. Specializzando in Psicologia Clinica, Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia.

collettivo. Risulta quindi essere di primaria importanza la negoziazione dei significati: l'azione assume un senso solamente all'interno di un contesto interpersonale in cui ogni azione viene realizzata in risposta o in connessione ad altre azioni. In conclusione, l'offerta di servizi si basa sulla produzione di beni immateriali ottenuti secondo modalità cooperative, relazionali, al contrario dei beni ottenuti secondo una logica tecnica, "materiale".

Da ciò che è stato fin qui esposto, risulta chiaro quanto sia necessaria una definizione– o ri-definizione – del concetto di competenza in relazione alla professionalità degli operatori dei servizi, in cui la dimensione relazionale è primaria. Secondo la definizione tradizionale, per competenza si intende un insieme di conoscenze (pratiche e teoriche) che il soggetto utilizza in un ampio spettro di situazioni per realizzare azioni collegate funzionalmente a un obiettivo (Lanzara, 1993). L'attore competente utilizza i programmi d'azione, i quali solitamente contengono norme generali d'azione, allo scopo di mantenere quella flessibilità che di solito attribuiamo al comportamento competente. L'abilità di discriminare tra differenti tipi di contesti è elemento fondamentale dell'agire competente.

Accanto alla definizione tradizionale, ve n'è un'altra che enfatizza l'importanza dello iato esistente tra l'astrattezza e l'immaterialità dei programmi cognitivi che guidano il comportamento competente e la concretezza dell'azione competente in circostanze naturali. Al proposito, Lanzara (1993) parla di prospettiva "ecologica": secondo tale visione, il contesto gioca un ruolo centrale dal momento in cui la competenza ottenuta all'interno di un dato medium (cioè con determinati strumenti e su determinati oggetti) raramente è trasferibile ad un altro medium. Infatti, essa richiede la conoscenza delle caratteristiche dei diversi contesti e la specificazione di nuove routine in relazione alle diverse condizioni dei diversi medium. Nel campo dei servizi – dove l'interfaccia tra attore e contesto è così importante – questo modo di intendere il comportamento competente sembra risultare molto utile e pertinente.

Oltre al problema della competenza, esiste un altro importante aspetto ad esso collegato: la legittimazione sociale del comportamento competente. In quest'ottica, la competenza implica la padronanza di strategie atte a dare risposta a problemi emergenti dal contesto sociale di appartenenza. Secondo Carli, Paniccchia & Lancia (1988) i riferimenti legittimanti l'agire competente di una professionalità sono:

- Il rapporto tecnico/profano: il profano (l'utente della prestazione professionale) non è competente e porta una domanda rivolta alla competenza tecnica del professionista; la legittimazione deriva dalla capacità di quest'ultimo di rispondere a tale domanda sociale (Carli, 1989). La risposta del tecnico fonda il suo potere, in quanto tale risposta si configura come l'espressione del suo differente grado di competenza rispetto al profano. Si tratta di una modalità cosiddetta "sostitutiva" di porsi all'utenza: la prestazione del professionista "riempie" il vuoto (bisogno-richiesta) recato dal cliente (Circolo del Cedro, 1992; Carli, 1996b).

- L'appartenenza al gruppo di riferimento: è l'essere parte di un gruppo che fonda la propria identità professionale, che legittima il proprio agire. Il riferimento al gruppo d'appartenenza prescrive le metodologie e le tecniche da esibire di fronte alla domanda dell'utente.

Questi aspetti risultano utili quando l'attore si trova in contesti definiti e relativamente stabili, ma possono diventare ostacoli quando è necessario cambiare programmi d'azione consolidati ma non più utili. Ciò accade spesso nella sfera dell'erogazione di servizi psicologici, ambito in cui contesti multiformi e rapidamente cangianti obbligano l'operatore a modificare costantemente la propria prospettiva d'azione. Se questa caratteristica viene ignorata, i servizi erogati non avranno nulla a che vedere con la domanda dell'utente e l'offerta del professionista risulterà pericolosamente standardizzata.

Di conseguenza, risulta primario definire gli "strumenti di lavoro" dello psicologo: ciò significa attivare uno spazio di riflessione su quelle che sono le modalità tradizionali di lavorare e sul

nostro comportamento all'interno dei contesti in cui si è presenti in qualità di professionisti. Questo significa definire ciò che stiamo offrendo all'utente –al di là dei tecnicismi – in relazione alla domanda sociale a cui cerchiamo di dare risposta. Questo abbandonare vecchie e ben note cornici di esecuzione e applicazione al fine di adottarne di nuove può facilmente apparire pericoloso, dal momento in cui ciò è in grado di mettere in discussione le parti più fragili della nostra identità professionale. Tuttavia, spesso questa operazione risulta necessaria all'interno dei complessi contesti sociali in cui viviamo.

Di Ninni individua tre dimensioni caratterizzanti una professione (Berdini & De Bernardis, 1991):

- L'aspetto istituzionale della professione, vale a dire l'insieme degli strumenti, la metodologia, le finalità, l'identità professionale, il modo di trattare la domanda e di articolare la dinamica tecnico/profano;
- L'aspetto di differenziazione degli appartenenti a una professione, confrontati con le diverse strutture organizzative entro cui operano. Si tratta della traduzione dei fini istituzionali propri e della struttura in obiettivi congruenti con le domande degli utenti;
- L'aspetto riguardante il rapporto tra gli individui e le strutture cui sentono di appartenere; ciò attiene alla possibilità, da parte dei singoli soggetti, di riflettere e di produrre conoscenza sui "complessi di rappresentazioni da essi utilizzati per raffigurarsi il proprio ruolo" (Berdini & De Berardinis, 1991, p. 62).

L'ultima dimensione è fondamentale nel caso dello psicologo clinico. Si può affermare che l'aspetto centrale del suo comportamento competente sia la capacità di ri-definire e ripensare continuamente le sue azioni all'interno della relazione professionale, al fine di considerare appropriatamente l'ambito in cui sta lavorando. Nonostante la sua importanza, questa dimensione è stata trascurata nella pratica psicologica per molte ragioni. Prima di tutto, lo psicologo clinico è spesso chiamato a soddisfare domande contraddittorie e poco chiare; si trova nella posizione di fare qualche cosa, non importa che cosa. Inoltre, la richiesta di specificare le caratteristiche del proprio operare – rispetto alle altre figure professionali con cui lavora – può creare la necessità di cercare continuamente nuovi aspetti in grado di legittimare il proprio agire (Kaneklin, 2003). Tale situazione ha a che vedere con le assunzioni culturali che permeano i Servizi Psicologici italiani. Al proposito, il termine cultura si riferisce a un sistema implicito che i membri di una specifica organizzazione condividono allo scopo di interpretare la realtà. La cultura definisce e permea la natura dei servizi erogati (Lombardo & Mucelli, 1989). Nonostante l'avvento della riforma psichiatrica (legge n. 180), il "modello medico" ha costituito per molto tempo il nucleo alla base della cultura dei servizi psicologici. La tradizione medica condivide un modello tecnico basato su alcuni assunti (Fossi, 1991):

- Il funzionamento ottimale di un organo;
- Una modalità di funzionamento ottimale dell'organismo, che comporta una condizione di benessere;
- Un cambiamento di queste condizioni dovuto a fattori esogeni o endogeni;
- Un insieme di procedimenti per formulare una diagnosi e una prognosi;
- Un decorso del processo morboso che, auspicabilmente, si conclude con il recupero delle condizioni di salute iniziali.

Nella pratica sostanziata dal modello medico, i processi di conoscenza e intervento non implicano la relazione clinico/paziente (Guerra, 1997); tali processi necessariamente avvengono al suo interno, ma non la considerano come lo strumento e l'oggetto dell'indagine: "il committente parla dei suoi problemi utilizzando le sue categorie; lo psicologo, per intervenire su quei problemi deve, in contemporanea, intervenire anche sulle categorie" (Carli & Paniccchia, 2004, p. 77). Questo tipo di approccio è alla base della normale pratica all'interno dei Servizi italiani, anche nella prassi degli operatori in ambito psicologico, probabilmente perché sembra garantire un'identità professionale più forte e un modello d'azione più rassicurante rispetto ad approcci più moderni e "relazionali". Il "modello medico" costituisce quindi un catalizzatore in grado di alimentare il senso di appartenenza e coesione all'interno di un paradigma condiviso e credibile (Lombardo & Mucelli, 1989). Secondo il "modello medico", l'operatore e il paziente si comportano come se seguissero una sorta di copione (script). Il professionista è il salvatore: il suo comportamento competente è in grado di sconfiggere la malattia. Si verifica quindi un processo di scissione: da una parte c'è l'operatore (che simbolicamente è il "bene"), dall'altra, la malattia (simbolicamente il "male"), considerata come parte separata dal paziente (il quale cerca di alienare da sé ciò che lo fa soffrire). Tutto ciò implica una relazione in cui gli aspetti regressivi e di delega di responsabilità sono primari (Simonelli, 1993).

Come già visto, spesso nei Servizi di Salute Mentale italiani la pratica psicologica è influenzata e sostanziata dal cosiddetto "modello medico", il quale risulta però metodologicamente inadeguato per la clinica psicologica, in quanto i sintomi psicologici non sono effetti lineari di cause, ma necessitano di essere interpretati nei loro molteplici significati. Ciò non significa rifiutare il "modello medico", che rappresenta l'origine dell'operare clinico psicologico. Piuttosto, è opportuno che gli psicologi lo considerino in senso critico al fine di migliorare la loro competenza, evitando di utilizzare un modello rassicurante e riconosciuto come quello medico per cercare di eludere una sorta di crisi d'identità che da tempo affligge la psicologia clinica in Italia (Filippi, 1991). Un modo interessante per definire il comportamento competente dello psicologo clinico fa riferimento a una delle dimensioni centrali dell'agire psicologico: il cosiddetto orientamento all'utente (Carli, 1996b). Secondo questo approccio, il *proprium* dell'intervento non consiste nella messa in atto meccanicistica di tecniche e procedure (per esempio, psicoterapeutiche), ma in una più attenta considerazione dei bisogni portati dall'utenza nell'ambito della domanda d'intervento. Ciò significa individuare nuovi modi per definire problemi di competenza psicologica. In un servizio in cui la relazione medico/paziente è gestita secondo il "modello medico", il ruolo dello psicologo è quello di stabilire uno spazio (mentale) per permettere al paziente di pensare allo script in cui è coinvolto nell'ambito del suo rapporto con il medico e con la struttura. Nel far ciò, lo psicologo diventa in grado di comunicare con la soggettività del paziente, dimensione solitamente trascurata nella prassi medica quotidiana (Carli & Paniccchia, 1989; Ugazio, 1989).

Siamo di nuovo alla domanda iniziale: quali sono le principali richieste sociali a cui lo psicologo clinico è chiamato a dare una risposta appropriata? L'utente di servizi psicologici è un prosumer, nello stesso tempo produttore e consumatore del servizio di cui fruisce (Normann, 1984)? Nell'ambito psicologico, l'utente è un prosumer in un modo peculiare: di solito, la competenza dell'utente nel "produrre" in modo cooperativo il servizio è il requisito iniziale dell'ingaggio professionale. Per "competenza" qui si intende la capacità dell'utente di rappresentarsi (anche se in modo parziale) le caratteristiche del servizio di cui sta per fruire; in tal caso, possiamo propriamente parlare di prosumer. Nell'ambito dei servizi psicologici, invece, questo tipo di competenza costituisce l'obiettivo stesso da raggiungere (Salvatore & Pamplomatás, 1993; Simonelli, 1993). Tuttavia, l'inadeguatezza delle rappresentazioni anticipatorie del servizio di natura psicologica rende possibile la lettura simbolica della domanda dell'utente. Le funzioni professionali che usualmente attribuiamo allo psicologo (psicoterapia, counselling, interventi educazionali, formazione) sono pre-testi (Carli, Paniccchia & Lancia, 1988; Salvatore & Pamplomatás, 1993) in relazione alla reale offerta. Si tratta, in

altre parole, di modelli culturali di descrizione dell'intervento psicologico che rappresentano ancoraggi attraverso cui la metodologia psicologica può esplicitarsi e acquisire visibilità sociale all'interno del contesto storico e culturale in cui opera lo psicologo (Carli, Paniccia & Lancia, 1988; Carli & Paniccia, 1993; Salvatore & Pamplomas, 1993).

Per utilizzare propriamente la relazione, considerata come pretesto, è necessario leggere in modo appropriato il contesto: ciò significa interpretare la situazione al fine di selezionare il comportamento ad essa più adeguato. Inoltre, la situazione interpretata sarà in grado di assegnare significato alle nostre azioni all'interno di quella cornice, rendendole intelligibili. Per impostare un intervento psicologico "su misura" è quindi essenziale una dettagliata analisi dei dati: in tale prospettiva, l'attenta osservazione del contesto è una caratteristica fondamentale dell'approccio orientato all'utente.

La formulazione del modello di analisi fenomenologica sociale e individuale che analizzeremo è stato l'oggetto dell'indagine di Carli e collaboratori per molti anni (ricordiamo uno dei suoi articoli seminali del 1976, *Trasformazione e cambiamento*, Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria). In accordo con il cosiddetto nuovo approccio alla progettazione – i cui principali aspetti sono stati sopra esposti – Carli & Paniccia (1981) sottolineano l'importanza di due dimensioni nell'analisi della fenomenologia individuale e sociale:

-Organizzazione: si tratta della dimensione inerente al raggiungimento razionale e consensuale degli obiettivi espliciti che gli attori si sono posti. L'Organizzazione garantisce l'efficienza del processo trasformativo, mediante la suddivisione dei ruoli, la precisazione dei compiti di ciascuno, le modalità di decisione e di comunicazione, le strategie utilizzate; è la dimensione, per così dire, esplicita, visibile a tutti.

-Istituzione: si tratta di una "modalità di relazione (diritto, stato, educazione, religione, strutture di parentela) istituita, necessaria e storica, fissa ed eterna, che attraversa, condiziona e regola i gruppi e le organizzazioni sociali ma che, contrariamente a queste ultime dimensioni, non si manifesta strutturalmente e non è quindi concretamente oggettivabile nel sociale" (Carli, 1976, p. 177). L'Istituzione si maschera ed è implicita nell'Organizzazione: costituisce il versante emotivo che sostanzia l'agire organizzativo.

Gli aspetti istituzionali – solitamente considerati come inutili ostacoli al raggiungimento di obiettivi razionali – costituiscono invece una dimensione essenziale. La dinamica istituzionale è il modo tramite cui l'inconscio degli attori interagisce al fine di condividere simbolizzazioni affettive di eventi, contesti, relazioni. In tal senso, è possibile comparare l'ambito istituzionale al principio di simmetria, mentre l'ambito organizzativo al principio di asimmetria (Matte Blanco, 1986). In altre parole, il funzionamento istituzionale si riferisce al modo in cui opera l'inconscio, considerando le caratteristiche che Freud (1915) (Matte Blanco, 1975) identificò: mancanza del principio di non contraddizione, assenza delle categorie di tempo e spazio, sostituzione della realtà esterna con quella interna. Ogni cosa nell'inconscio è simmetrica; si tratta di un sistema omogeneo e indivisibile, in cui ogni relazione (Giovanni è il padre di Roberto) può essere considerata allo stesso tempo il suo opposto (Roberto è il padre di Giovanni). In termini psicoanalitici, si può parlare di processo primario, in cui l'energia psichica fluttua libera tra le rappresentazioni, secondo i processi di condensazione e spostamento, in opposizione al processo secondario, in cui le cariche libidiche sono più stabili e definite (Laplanche & Pontalis, 1967). Possiamo affermare che l'Istituzione ha a che fare con il modo in cui il processo primario elabora gli stimoli provenienti dal contesto sociale; è un livello di elaborazione differente rispetto a quello organizzativo. Questo, infatti, fa riferimento al modo di funzionamento cosciente, secondo il processo secondario: vengono cioè estratte relazioni asimmetriche a partire dall'omogeneità del sistema simmetrico (inconscio) (Carli, 1993). Come già affermato, l'Organizzazione è paragonabile all'essere asimmetrico del funzionamento mentale (Matte Blanco, 1975): il sistema conscio ha la funzione di estrarre parti dalla massa amorfa dell'inconscio – l'essere simmetrico – al fine di crearne una versione pensabile (nei termini delle categorie proprie dell'essere asimmetrico, cioè spazio, tempo e relazioni logiche). Si tratta di un'operazione simile al "descrivere qualcosa di immateriale per mezzo di immagini materiali" (Matte Blanco,

1975, p. 123). L'ambito istituzionale permette di gestire la reciprocità all'interno delle organizzazioni trasformative, attingendo da modelli di relazione pre-genitali (inconsci, non del tutto maturi), in cui l'utilizzo di processi scissionali e proiettivi è frequente (Carli & Paniccchia, 1981, p. 140): si tratta del nostro patrimonio di contenuti inconsci. Gli specifici aspetti fantasmatici dell'Istituzione sono così importanti perché costituiscono le principali componenti che motivano l'individuo all'azione (Carli, Paniccchia & Lancia, 1988). Al proposito, Freud parla di energia libera, proveniente dall'inconscio, come il motore dell'attività psichica. In altre parole, l'idea centrale è che ogni relazione sociale viene letta alla luce delle categorie affettive che costituiscono l'inconscio. Rispetto a ciò, Franco Fornari propone il concetto di Coinemi (dal greco koinòs, comune) per riferirsi alle categorie affettive comuni a ogni soggetto: l'Autore individua il padre, la madre, il fratello, gli organi sessuali, l'unione sessuale, la vita e la morte. Tali categorie formano un codice vivente che struttura la vita mentale di ognuno. Questa struttura "opera sia a livello di simbolizzazione privata, sia di simbolizzazione pubblica" (Maisetti Mazzei, 1987, p. 26). Le caratteristiche di tale codice (universalità, riferimento alle relazioni primarie e all'istinto di riproduzione) lo rendono in grado di guidare ogni individuo nel processo di attribuzione dei significati affettivi agli elementi del contesto, personale o pubblico che sia. Vicino a questa concezione, Eric Berne (1964) parla di Stati dell'Io, definiti come sistemi coerenti di sentimenti e comportamenti. Questi Stati dell'Io sono "realtà psicologiche" (p. 25) che si riferiscono a: 1. figure genitoriali; 2. stati volti alla valutazione obiettiva della realtà; 3. stati che rappresentano reliquie arcaiche dell'infanzia. Questi stati danno forma a ogni relazione sociale, attraverso l'attribuzione di un ruolo (in accordo con lo stato predominante) a ogni attore partecipante. Dunque l'Istituzione – la cui funzione può essere comparata a quella del codice dei Coinemi o al sistema degli Stati dell'Io – è una sorta di "lente" tramite cui l'individuo avvicina la realtà, leggendola come se stesse vivendo nell'attualità all'interno di una peculiare relazione primaria (tra quelle che strutturano l'inconscio). In termini psicoanalitici tradizionali, si può menzionare la nozione di transfert come concetto analogo; esso, infatti, non è altro che "una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità" (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 644). Come nel caso del transfert, le manifestazioni dell'Istituzione non sono ripetizioni letterali dei modelli primari, ma equivalenti simbolici di ciò che è stato trasferito.

Se l'attore è capace di pensare le sue fantasie (il contenuto dell'Istituzione), anziché agirle, sarà anche nelle condizioni di poter ricondurre le azioni a obiettivi congruenti con il sistema conscio (l'Organizzazione): lo scopo razionalmente definito è ora raggiungibile, dal momento in cui l'Istituzione è al servizio dell'Organizzazione. Il delicato equilibrio tra Organizzazione e Istituzione può rompersi quando si verifica la necessità di un cambiamento. In questi casi, fattori (organizzativi) interni o esterni richiedono cambiamenti che non sono seguiti da adeguate trasformazioni a livello istituzionale: gli obiettivi espliciti cambiano, contrariamente alla dimensione emozionale e relazionale che sostanzia il loro raggiungimento. In tal modo, si verifica una cosiddetta reificazione della dinamica istituzionale, la quale necessariamente porta all'irrazionalità e al conflitto. L'Istituzione (dimensione implicita) non è più funzionale a sostanziare adeguatamente il mutato assetto organizzativo (dimensione esplicita). Dunque, il nucleo dell'intervento psicosociale è l'ambito istituzionale, la cui espressione primaria è la collusione (dal latino, cum-ludere, giocare con qualcuno), definita come la manifestazione sociale del sistema inconscio. La collusione mantiene coesione e accordo sociale sulla base di una simbolizzazione emozionale condivisa del contesto (Carli & Paniccchia, 2004), evitando di utilizzare costantemente il modo di essere asimmetrico/conscio (Matte Blanco, 1986), che richiede un grande dispendio di risorse cognitive. Colludere significa semplificare la realtà sulla base delle "poche cose di cui parla l'inconscio" (Carli, 1990, p. 290). Due o più attori che colludono all'interno di una relazione giocano una sorta di rigido gioco di ruolo (un copione, script), in cui i ruoli e le funzioni hanno lo scopo di mantenere un determinato sistema di reciprocità (Berne, 1964). La modalità collusiva di conoscenza è fondata sulla negazione dell'individuo: le caratteristiche dei singoli soggetti sono infatti ricondotte a categorie emotive e script familiari. I processi collusivi includono ciò che è sconosciuto entro cornici ben note, in quanto hanno origine dalle categorie inconsce e assumono la forma di

figure parentali – una sorta di linguaggio dell'inconscio (Carli, Paniccia & Lancia, 1988). In altre parole, la realtà viene letta attraverso le lenti distorcenti della storia familiare fantasmatica dell'individuo (Berne, 1964; Freud, 1912; Maisetti Mazzei, 1987).

Il concetto di collusione non si applica solamente a organizzazioni trasformative (scuole, aziende, servizi); possiamo farne uso per interpretare ogni fenomenologia di relazione (individui, gruppi, famiglie). Si tratta di una nozione centrale dal momento in cui lo psicologo clinico ha a che fare con richieste d'intervento che rappresentano, nel modo in cui sono "agite", la manifestazione simbolica delle ragioni che hanno spinto l'individuo a richiedere una consultazione psicologica (Carli, 1997). In questi casi, la dinamica collusiva, precedentemente capace di supportare gli aspetti organizzativi della relazione in cui è inserito l'utente, non è più adeguata ad essa – come già si è visto. Questo iato tra Organizzazione e Istituzione, causato da una necessità di cambiamento gestita in modo inappropriato, determina la reificazione della struttura collusiva. Il "gioco" (collusione) si sclerotizza e diventa ostacolo al raggiungimento degli obiettivi organizzativi espliciti (Paniccia, 1989; Carli, 1996a), impedendo uno sviluppo generativo della relazione. Tale situazione solitamente porta alla richiesta d'intervento. Di fronte alla domanda sintomatica (collusiva) dell'utente, lo psicologo deve leggere i processi di attribuzione di significati fantasmatici nei propri confronti e nei confronti della struttura in cui lavora (Malagoli Togliatti & Costanza, 1993), al fine di comprendere perché il paziente sta facendo richiesta di una consulenza psicologica. Inoltre, il clinico deve essere in grado di leggere anche le proprie fantasie riguardo l'intervento e riguardo l'utente, nonché il modo in cui l'agire clinico potrebbe colludere con le attribuzioni fantasmatiche del paziente. In termini psicoanalitici tradizionali, la situazione in cui si trova lo psicologo è permeata dal processo di identificazione proiettiva: l'utente proietta parti di sé (contenuti inconsci) sullo psicologo, in modo da indurlo a comportarsi coerentemente con le parti proiettate. Per esempio, l'utente potrebbe vivere la relazione terapeutica come una relazione padre/figlio, spingendo lo psicologo ad agire come se egli fosse il padre. Si tratta di una richiesta sintomatica collusiva che necessita di essere interpretata, al fine di progettare l'intervento in modo appropriato. Sul piano operativo, è utile prestare attenzione all'analisi delle aspettative dell'utente e all'analisi del pattern di collegamento – cioè le modalità attraverso cui l'utente prende contatti iniziali con lo psicologo o con la struttura presso cui lavora (Ugazio, 1989). La considerazione di questi aspetti è importante perché essi forniscono informazioni circa i modelli collusivi che probabilmente l'utente riproporrà all'interno del setting clinico. Oltre a ciò, risulta fondamentale esplorare la relazione esistente tra il committente (per esempio, i genitori, il direttore di un'azienda, l'allenatore di una squadra) e l'utente finale (per esempio, un figlio/figlia, un dipendente, un professionista sportivo) del lavoro clinico: infatti, il committente potrebbe colludere con l'operatore nel tentativo di far coincidere l'intervento con i propri obiettivi manipolatori. Il committente spesso proverà a ricondurre l'utente a una posizione "corretta", congruente con il modello collusivo che cerca di affermare (Carli, 1987; Carli & Paniccia, 2004; Paniccia, 1989). All'interno di questa configurazione, lo psicologo aiuta l'utente a pensare le sue modalità usuali (patologiche) di relazione, di cui non è consapevole (De Coro & Grasso, 1988). L'interpretazione è uno strumento fondamentale per svelare un gioco (i modelli collusivi) che l'utente sta cercando di ripristinare nella relazione terapeutica (Carli & Paniccia, 1981). In tal senso, la domanda dell'utente non contiene solamente una richiesta, ma anche una diagnosi implicita e una proposta terapeutica ("abbiamo problemi di relazione, abbiamo bisogno di una terapia di coppia") che l'utente desidera legittimare (Guerra & Paniccia, 1987). Si tratta del carattere ambivalente della domanda, allo stesso tempo volontà di cambiamento e richiesta di trattare un problema già identificato. L'analisi della domanda deve disattendere le aspettative e le prefigurazioni in relazione al lavoro psicologico, al fine di creare uno spazio di riflessione su di esse. Lo psicologo ha il compito di rifiutare l'offerta collusiva dell'utente per aprire un nuovo modo di considerare i problemi che egli sottopone all'operatore. Tutto ciò produce la cosiddetta "confusione categoriale" (Carli, Paniccia & Lancia, 1988), uno stato in cui l'individuo è spinto a realizzare una revisione critica delle categorie cognitive e affettive che utilizza regolarmente nella modalità collusiva: ciò che

prima era considerato errore, ora può essere considerato una risorsa, e viceversa. Si tratta di qualcosa di simile al processo di riorganizzazione cognitiva descritto da teorici della Gestalt come Wolfgang Köhler e Max Wertheimer in relazione ai processi di problem solving. Quando avviene una riorganizzazione, le componenti cognitive e affettive si dispongono in un modo nuovo e inedito, in cui ogni componente assume una posizione differente rispetto alle altre (Legrenzi, 1994). Questa nuova organizzazione è qualitativamente differente rispetto alla prima: è composta dalle medesime componenti (cognizioni, emozioni, affetti, ecc.), ma al suo interno esse assumono diverse relazioni reciproche, favorendo così un nuovo modo di accostarsi ai problemi. La confusione categoriale è promossa da un insight capace di condurre il soggetto a considerare gli elementi del problema in modo globale (Köhler, 1929). Per attuare in modo appropriato l'analisi della domanda occorre prendere in considerazione tre fondamentali requisiti teorico-metodologici (Malagoli Togliatti & Costanza, 1993):

- L'analisi del contesto: l'operatore e l'utente sono considerati parte di un sistema. Essi possiedono una certa visione del mondo e sono influenzati dal contesto socio-culturale in cui vivono.

- Il rifiuto di una relazione terapeutica precostituita: l'accettazione passiva di una relazione psicologo/utente gestita secondo il "modello medico" può facilmente condurre alla collusione, impedendo di leggere la relazione in modo dinamico e creativo. Ciò potrebbe costituire un ostacolo al confezionamento di un intervento terapeutico "su misura".

- Il cambiamento epistemologico: il ruolo dell'operatore non consiste nel condurre l'utente verso un obiettivo predefinito ("modalità ortopedica"), ma nel promuovere un lavoro di analisi e riflessione. L'utente è considerato un individuo attivo e responsabile nel processo di costruzione della propria visione della realtà.

Dunque, il modello dell'analisi della domanda si prefigge lo scopo di produrre una conoscenza di tipo generativo, rifiutando una modalità ortopedica di cambiamento (secondo cui la relazione può essere "ricondata" a una certa posizione corretta di partenza) (Scotto di Tella, 1992). Lo psicologo si rende quindi garante del lavoro di riflessione: in tal modo, egli è in grado di porre l'utente nelle condizioni di assumere un nuovo atteggiamento responsabile verso la sua vita, in particolare in riferimento ai problemi che sta sperimentando e che porta nel setting clinico.

Abbiamo finora riassunto una proposta di approccio clinico unificato, così come è stata esposta sulle pagine della *Rivista di Psicologia Clinica* (successivamente *Psicologia Clinica*) durante gli anni '80 e '90. E' opportuno sottolineare che non si tratta (o non dovrebbe trattarsi) di un'altra teoria clinica, ma di un tentativo di creare un metalinguaggio che, come metodologia unificata, possa essere in grado di identificare di volta in volta quei criteri che rendono cogenti i vari punti di vista (Salvatore, 2006). Ritengo che l'idea di una psicologia clinica unificata sia molto importante, in particolare per due motivi:

- C'è stata (e in parte c'è ancora) una grande frammentazione nella psicologia clinica, e nella psicologia in generale, a causa dell'esistenza di molteplici modelli teorici e pratiche professionali, non di rado in conflitto fra loro (Sternberg & Grigorenko, 2003). Questa eterogeneità rende difficile per l'utente formarsi un'immagine organica del ruolo dello psicologo che possa fungere da catalizzatore per la domanda sociale: in altre parole, il (potenziale) utente non ha una precisa conoscenza, nemmeno parziale, di che cosa uno psicologo fa veramente.

- La psicologia come disciplina tende a reificare gli oggetti della sua indagine: in altre parole, un concetto (per esempio, l'inconscio) può essere decontestualizzato dal suo modello teorico di appartenenza per assumere diversi significati e per riferirsi a stati di realtà (Kimble, 1994), piuttosto che a un costrutto, che altro non è che un concetto astratto usato per indicare un complesso della vita psichica (Pedon, 1995). Conseguentemente, la psicologia tende a

scegliere i suoi oggetti d'indagine direttamente dalla realtà: "la disciplina si è ancorata non a oggetti psicologici (cioè a modelli basati su un costrutto teorico), ma a fenomeni della realtà, così come essi appaiono sul piano storico, a livello pre-scientifico" (Salvatore, 2006, trad. mia). Per esempio, "la psicologia scolastica non può essere interpretata come un'area della psicologia specifica e autonoma, dal momento in cui la scuola non è un dominio sistematico dotato di specificità psicologica. Ciò che accade nella scuola è ovviamente di interesse della psicologia; tuttavia, i fenomeni che lo psicologo osserva nella scuola non acquisiscono significato psicologico semplicemente per il fatto di accadere in quel contesto" (Salvatore, 2006, trad. mia). La frammentazione della disciplina e la sovrapposizione del piano storico e scientifico nella considerazione dei problemi di interesse disciplinare possono gettare nella confusione non solo l'utente, ma anche coloro che si stanno occupando di psicologia al fine di farne la propria professione. I due aspetti citati rendono gravoso rispondere ad alcune specifiche domande che uno studente si pone quando il traguardo della laurea in psicologia non è più così lontano: di che cosa si occupa veramente uno psicologo? Che cosa può fare uno psicologo? Quali sono i suoi "strumenti di lavoro"? Quali sono i problemi che siamo chiamati ad affrontare in qualità di psicologi? In che modo possiamo fornire una risposta a tali problemi? Quale è – se ne esiste una – la "modalità psicologica" di affrontare i problemi, al di là della moltitudine di scuole e metodi? Come giovane psicologo, per me è molto difficile poter rispondere a queste domande, considerando l'eterogeneità dei modelli teorici e pratici. Pertanto, è condivisibile la posizione di Sternberg & Grigorenko (2003) riguardo l'utilità di un approccio metodologico generale capace di dare valore a ogni specifica teoria che possa gettare luce sul problema considerato. Si tratterebbe non di un generico approccio a-teoretico – poiché ogni proposta intellettuale implica necessariamente l'assunzione di una specifica prospettiva –, ma di un approccio fondato su concetti di elevato valore euristico e pratico, provenienti dalle principali teorie psicologiche. Ritengo che la psicologia clinica necessiti di una prospettiva unificata da cui sia possibile studiare l'oggetto d'indagine senza ignorare l'esistenza delle inevitabili differenze pratico/tecniche (Sternberg & Grigorenko, 2003). Risulta primario quindi istituire un framework teorico generale in grado di integrare le caratteristiche più efficaci di teorie fra loro alternative (Kalmar & Sternberg, 1988; Sternberg, Grigorenko & Kalmar, 2001). Al proposito, gli Autori parlano di teoria di ordine superiore, la quale "implica l'introduzione di nuovi elementi che congiungano insieme le teorie e che rendano conto degli aspetti del fenomeno che nessuna delle teorie precedenti considerava" (Sternberg, Grigorenko & Kalmar, 2001, p.109, trad. mia). Sul piano metodologico, è molto probabile che singole operazioni siano inadeguate allo studio globale di qualunque fenomeno psicologico; risulta quindi utile fare uso delle cosiddette operazioni convergenti (Sternberg & Grigorenko, 2003, p. 27, trad. mia), cioè utilizzare metodologie multiple (per esempio, questionari, osservazioni, interviste cliniche, diversi tipi di test, ecc.) allo scopo di studiare un singolo fenomeno psicologico (per esempio, il pregiudizio). Ogni metodologia utilizzata dovrebbe integrare i dati provenienti dalle altre, fornendo una visione più dettagliata dell'oggetto. Il pericolo in cui possono facilmente cadere gli psicologi è di comportarsi come il cieco nella parabola dell'elefante: ognuno tocca una parte differente del metaforico elefante persuadendosi che la parte toccata costituisca l'intero animale. Ogni oggetto di interesse psicologico (come, per esempio, la memoria, le emozioni, la coscienza, i disturbi mentali), invece, dovrebbe essere considerato da molte prospettive diverse, ognuna delle quali svela una piccola ma importante parte (per esempio, aspetti neuropsicologici, cognitivi, educazionali, sociali, ecc.) del tutto. Sul piano teorico, è necessario un sistema per integrare far loro le teorie: Sternberg, Grigorenko & Karmal (2001) suggeriscono che, tipicamente, possiamo trovare che le teorie A e B possono essere corrette in alcuni aspetti e scorrette in altri. L'obiettivo è quello di integrare "quegli aspetti delle due [o più] teorie che sono empiricamente sostenibili e scartare quegli aspetti delle due [o più] teorie che non lo sono" (Sternberg, Grigorenko & Karmal, 2001, p. 109, trad. mia). Affrontando il tema della psicologia clinica, risulta fondamentale non solo considerare i requisiti empirici delle teorie in competizione, ma anche il loro valore euristico, cioè la loro capacità di generare nuovi modelli di conoscenza e intervento.

In conclusione, possiamo considerare due differenti livelli di analisi in un approccio clinico unificato: 1. particolare (pratica): si tratta della dimensione metodologica, cioè del modo in cui lo psicologo utilizza le sue tecniche. La questione principale è: come integrare differenti metodologie senza perdere in efficacia pratica?; 2. universale (teoria): è la dimensione teoretica, la “mappa” che lo psicologo usa per leggere la realtà. La questione principale è: in che modo le differenti teorie possono congiungersi? Su che piano può essere realizzata tale integrazione?

Un approccio clinico unificato deve essere in grado di fornire un orizzonte teorico condiviso che preveda un pluralismo metodologico in grado di contribuire all’espansione della conoscenza e all’uso di molteplici strumenti tecnici. La proposta dell’analisi della domanda cerca di fornire una cornice teorica comune attingendo apertamente dalla teoria psicodinamica. In un interessante articolo, Drew Westen (1998) elenca cinque postulati generali su cui i clinici contemporanei di orientamento psicodinamico farebbero affidamento nel lavoro di ogni giorno:

1. la maggior parte della vita mentale è inconscia;
2. i processi mentali operano in parallelo, cosicché gli individui possono avere sensazioni contrastanti che motivano il loro comportamento in direzioni opposte;
3. modelli stabili di personalità si formano durante l’infanzia;
4. le rappresentazioni del sé, degli altri e delle relazioni guidano le interazioni delle persone e influenzano il modo in cui diventano psicologicamente sintomatici;
5. lo sviluppo della personalità implica un movimento da uno stato di dipendenza e immaturità a uno di maturità e interdipendenza.

E’ facile notare come ogni caratteristica del modello dell’analisi della domanda possa essere facilmente ricondotta a tali assunzioni: la posizione centrale della nozione di Istituzione (postulato 1), il dualismo tra Organizzazione e Istituzione (postulato 2), il modo in cui i modelli pre-genitali di natura istituzionale influenzano le relazioni umane (postulato 3), la centralità del concetto di collusione (postulato 4), l’importanza della sintonizzazione dell’ambito istituzionale agli aspetti organizzativi allo scopo di raggiungere obiettivi espliciti (postulato 5). Nonostante l’esplicito riferimento a un orientamento psicodinamico, il modello dell’analisi della domanda include concetti tradizionalmente trascurati da questa prospettiva teorica. La dimensione interpersonale gioca un ruolo centrale in esso, in accordo con l’approccio sistemico e il mainstream psicoanalitico contemporaneo; inoltre, il concetto di Organizzazione rappresenta le dimensioni della razionalità, della coscienza, della “cold cognition”, concetti tradizionalmente ignorati da un approccio psicoanalitico classico. Infatti, tutti questi sono aspetti ben noti e accettati nella comunità clinica, poiché sono considerati di grande valore euristico ed empiricamente validi. Sono nozioni che progressivamente si sono integrate all’interno di un approccio clinico psicodinamicamente orientato perché considerate aspetti fondamentali dell’interazione clinica, così come della vita umana. Insieme alle altre nozioni fin qui considerate, esse costituiscono “un insieme di principi generali rintracciabili nella psicologia odierna. Questi principi vengono applicati ovunque all’interno della disciplina [...]” (Kimble, 1994, p. 510, trad. mia). Nel testo originale, Kimble si riferisce alla psicologia generale, ma possiamo facilmente utilizzare la sua citazione anche in riferimento alla psicologia clinica. Pertanto, il modello dell’analisi della domanda può essere considerato come una proposta iniziale per un approccio clinico unificato, fondato su una psicologia dinamicamente orientata. L’istituito orizzonte teorico (dimensione universale-generale) permette di interpretare la realtà per mezzo di un insieme di concetti come l’inconscio, la collusione, la relazione, la dialettica Istituzione/Organizzazione. All’interno di tale cornice, può essere utilizzata ogni tecnica psicologica congruente con le modalità con cui la teoria legge la realtà clinica (dimensione pratica-locale).

In conclusione, la principale sfida da affrontare per articolare un approccio clinico unificato riguarda il modo attraverso cui la pratica viene connessa alla teoria e, viceversa, come tecniche di differente orientamento possano essere utilizzate appropriatamente all’interno della medesima cornice (meta)teorica. Si tratta di questioni che richiederanno una riflessione

approfondita e acuta: un salubre dialogo tra teorici e clinici si configura come l'unica dura strada da perseguire per realizzare un approccio clinico psicologico unificato e unificante.

Bibliografia

Berdini, G., & De Berardinis, D. (1991). Riflessioni sulla formazione professionale dello psicologo clinico. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 60-67.

Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Ballantine Books (trad. It.: *A che gioco giochiamo*, Milano: Bompiani, 1967).

Carli, R. (1976). Trasformazione e cambiamento. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 1 (2), 148-194.

Carli, R. (1987). L'analisi della domanda. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 38-53.

Carli, R. (1989). La fase istituyente della professionalità psicologica. *Psicologia italiana*, 2, 25-29.

Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 282-296.

Carli, R. (1993). L'analisi della domanda collusiva. In R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 5-39). Milano: Giuffrè.

Carli, R. (1996a). Psicoanalisi: mandato sociale e formazione. *Psicologia clinica*, 1, 5-22.

Carli, R. (1996b). Psicologi e Servizio Sanitario Nazionale. *Psicologia clinica*, 1, 30-41.

Carli R. (1997). Editoriale. *Psicologia clinica*, 3, 5-25.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1989). Psicosociologia dell'ospedale: riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico. *Rivista di Psicologia clinica*, 2, 148-160.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1993). Percorsi per la definizione del prodotto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia clinica*, 2-3, 21-45.

Carli, R. & Paniccia, R. M. (2004). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., Paniccia, R. M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: Carocci.

Circolo del Cedro. (1992). La competenza psicologico-clinica. Riflessioni e proposte del Circolo del Cedro. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 6-37.

De Coro, A. & Grasso M. (1988). La consultazione psicologica in un centro di psicologia clinica: note sull'osservazione del transfert nella fase di valutazione. *Rivista di Psicologia clinica*, 2, 149-160.

Filippi, L. S. (1991). Sull'esigenza prioritaria di una "diagnosi integrata": contributo all'epistemologia del rapporto tra psicologia clinica e psichiatria. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 266-273.

Fossi, G. (1991). Quale modello per la psicologia clinica?. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 274-278.

Freud, S. (1912). Tecnica della Psicoanalisi. In Freud, S., *Opere*: vol. VI, Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1915). Metapsicologia. In Freud, S., *Opere*: vol. VII, Torino: Bollati Boringhieri.

Guerra, G. (1997). Psicologia Clinica e Psicologia Generale. *Psicologia clinica*, 3, 58 -66.

- Guerra, G. & Paniccia, R. M. (1987). Analizzare la domanda: un caso di intervento in un Servizio di Diagnosi e Cura. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 54-64.
- Kalmar, D.A. & Sternberg, R.J. (1988). Theory knitting: an integrative approach to theory development. *Philosophical Psychology*, 2, 153-170.
- Kaneklin, C. (2003). *Produzione di valore per l'utente e integrazione professionale-organizzativa*. Paper presentato al Congresso Nazionale ASL 18 La qualità dell'assistenza per una migliore qualità della vita, Alba, Italia.
- Kimble, G. A. (1994). A frame of reference for psychology. *American Psychologist*, 6, 510-519.
- Köhler, W. (1929). *Gestalt psychology*. New York: Liveright (trad. it. *La psicologia della Forma*, Feltrinelli, Milano, 1961).
- Lanzara, G.F. (1993). *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France. (trad. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1993).
- Legrenzi, P. (Ed.) (1994). *Manuale di Psicologia Generale*. Bologna: Il Mulino.
- Lombardo, G.P. & Mucelli R. (1989). Modelli del mentale e cultura organizzativa: la pratica clinica nei Servizi di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 15-26.
- Maisetti Mazzei, F. (Ed.) (1987). *Psicoanalisi, arte, persona*. Milano: Franco Angeli.
- Malagoli Togliatti, M. & Costanza, G. (1993). La costruzione del cambiamento nell'analisi della domanda. In R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 41-57). Milano: Giuffrè.
- Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as Infinite Sets: An Essays in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company (trad. it. *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*, Einaudi, Torino, 1981).
- Matte Blanco, I. (1986). Sigmund Freud: capostipite di una nuova epistemologia. *Rivista di psicoanalisi*, 3, 331-341.
- Normann, R. (1984). *Service Management. Strategy and Leadership in Service Bussiness*. John Wiley & Sons (trad. It. *La gestione strategica dei servizi*, Etaslibri, Milano, 1985).
- Olivetti Manoukian, F. (1998). *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*. Bologna: Il Mulino.
- Paniccia, R.M. (1989). La collusione. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 291-306.
- Pedon, A. (1995). *Metodologia per le Scienze del Comportamento*. Bologna: Il Mulino.
- Salvatore, S. & Pamplomas, A. (1993). Il prodotto in psicologia clinica. Considerazioni sulla capacità di domanda del mercato. *Rivista di Psicologia clinica*, 2-3, 92-122.
- Salvatore, S. (2006). Models of knowledge and psychological action. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, da www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Scotto Di Tella, S. (1992). Analisi della domanda e restituzione della delega come elementi caratterizzanti la professionalità psicologico-clinica. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 301-311.
- Simonelli, C. (1993). Alcune riflessioni sulle caratteristiche dell'invio allo psicologo clinico da parte del medico. In R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 231- 238). Milano: Giuffrè.

Sternberg, R.J. & Grigorenko, E.L. (2003). Unified Psychology. In Kazdin A. E. (Ed.), *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research* (3rd ed.) (pp. 23-47), Washington, DC: American Psychological Association.

Sternberg, R.J., Grigorenko, E.L. & Kalmar, D.A. (2001). The role of theory in unified psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 2, 99-117.

Ugazio, V. (1989). L'indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista. *Terapia familiare*, 31, 27-40.

Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 3, 333-371.