



SADI MARHABA

RIFLESSIONI DI UN NON-PSICOTERAPEUTA
SULLA
PSICOTERAPIA

[1988]

PRECEDUTO DA

BREVI RIFLESSIONI DI OGGI SU RIFLESSIONI DI 25 ANNI FA
[2012]

PRIMA EDIZIONE PDF GIUGNO 2012

Nota editoriale

Assaad (Sadi) Marhaba è professore ordinario di Psicologia Generale presso il Corso di Laurea in Psicologia dell'Università di Padova. I suoi interessi riguardano soprattutto l'epistemologia della psicologia e della psicoterapia e i rapporti fra scienza e etica.

"Riflessioni di un non-psicoterapeuta sulla psicoterapia" costituisce l'Introduzione del libro, scritto in collaborazione con Maria Armezzani, *Quale psicoterapia? Gli indirizzi psicoterapici in Italia: confronto e analisi*, Liviana Editrice, Padova, 1988, pp. 3-40 [ristampe: 1990, 1994; attualmente fuori catalogo]; il testo viene qui ripubblicato in formato PDF, senza modifiche, per gentile concessione del professor Marhaba.

Per situare il contesto storico del libro, edito nel 1988 (ma il progetto iniziale, come afferma lo stesso Autore, risale al 1983), è opportuno ricordare che la legge n. 56 sull'ordinamento della professione di Psicologo e la regolamentazione delle psicoterapie (detta anche "legge Ossicini" dal nome del suo promotore) data 1989. Questa precisazione non vuole affatto sottolineare che il testo è "datato", ma, al contrario, vuole rimarcare l'attualità dell'affermazione posta al suo centro: l'«*appartenenza di diritto a tutti di un qualsiasi discorso sulla psicoterapia*»; affermazione – che suona come un appello – che dobbiamo correlare a quest'altra: «*la psicoterapia è solo un caso particolare della vita relazionale quotidiana, mentre molti vorrebbero che la vita relazionale quotidiana o fosse del tutto estranea alle specifiche modalità relazionali concettualizzate all'interno del loro orientamento psicoterapico, o addirittura obbedisse a queste ultime*».

Come dimostra Sadi Marhaba, non solo non esiste tuttora alcun criterio scientifico che sia stato finora in grado di unificare – nemmeno a livello dei cosiddetti "contenuti minimi" – le psicoterapie storicamente esistenti; ma l'estensione della definizione di "psicoterapia" e del suo campo di applicazione è talmente vasta e generica da coincidere con ogni rapporto umano in cui un soggetto dotato di sufficiente "tensione etica" è capace di procurare dei "benefici psichici" a un altro: «*la questione essenziale che qui m'interessa, può essere espress[a] in questi termini: per molte persone (fra cui il sottoscritto) in certi campi (fra cui la psicoterapia) la dimensione etica è così importante da vincere il confronto con la competenza*».

Tale questione, se l'affrontiamo radicalmente, rivela un paradosso sconcertante: da un lato, esiste ormai da 23 anni una regolamentazione giuridica delle psicoterapie; d'altro lato, la categoria "psicoterapia" non ha fattispecie giuridica, poiché è dote di chiunque abbia "tensione etica" in grado elevato. Infatti, nel ribadire la «*centralità del prerequisito imponderabile "tensione etica" come fattore terapeutico*», l'Autore giunge a questa conclusione: «*Se l'ipotesi è vera, qualsiasi persona capace di una estrema tensione etica è necessariamente un buon psicoterapeuta*». E inversamente: «*la mancanza della dimensione etica vanifica la presenza di qualsiasi altro fattore presumibilmente terapeutico, mentre non vi è fattore presumibilmente terapeutico la cui mancanza possa mai vanificare la presenza della dimensione etica*».

All'Autore non è sfuggita l'enormità – lo scandalo epistemologico, se così possiamo dire – della sua ipotesi, che, *larvatus prodeo*, arriva a definire «mistica», ma che in effetti è tanto coraggiosa quanto inaudita: «*mi rendo conto che quest'ipotesi rimane difficile da accettare, soprattutto per il carattere estremo e persino paradossale delle sue implicazioni*».

Non possiamo dunque che essergli grati per avere acconsentito a rilanciare sul web un testo che ben difficilmente gli potrà essere perdonato, magari stornandolo in modo indolore verso una posa oratoria e ornamentale: «*Non vorrei (...) che il discorso sull'etica apparisse una compunta appendice retorica o di parte, concettualmente scissa dai veri problemi della psicoterapia*».

Ma poteva forse finire altrimenti, visto che la posta in gioco era a dir poco da nababbi?

Così, là dove si parla di etica si intende: “deontologia”; là dove si parla di vocazione si intende: “professione”; e là dove si rivolge la domanda – sempre nascosta dietro la domanda di “psicoterapia” – non tanto di curare una patologia per restaurare lo stato di salute, ma di mutare radicalmente la propria personalità e la propria vita, si risponde con “l'erogazione di un servizio all'utenza”. Il tutto conformemente alla legge.

Prima edizione PDF giugno 2012

Sommario

Nota editoriale	2
BREVI RIFLESSIONI DI OGGI SU RIFLESSIONI DI 25 ANNI FA.....	5
RIFLESSIONI DI UN NON-PSICOTERAPEUTA SULLA PSICOTERAPIA	11
1. APPARTENENZA DI DIRITTO A TUTTI DI UN QUALSIASI DISCORSO SULLA PSICOTERAPIA	16
2. NECESSITÀ DI UNA RIFLESSIONE ORGANICA SUI RAPPORTI FRA PSICOTERAPIA E SOCIETÀ.....	20
3. MOLTEPLICITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI ORIENTAMENTI PSICOTERAPICI	22
4. DIFFICOLTÀ DELLA RICERCA SCIENTIFICA SULL'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA.....	26
5. I “PREREQUISITI IMPONDERABILI “ COME FATTORI TERAPEUTICI COMUNI A TUTTI I TIPI DI TRATTAMENTO ANDATI A BUON FINE.....	40
6. CENTRALITÀ DEL PREREQUISITO IMPONDERABILE “TENSIONE ETICA” COME FATTORE TERAPEUTICO	46
TABELLA DEI PREREQUISITI E DEI REQUISITI PSICOTERAPICI.....	65
APPENDICE	
20 DOMANDE PER INTERROGARE LA PSICOTERAPIA	66
LE DOMANDE SONO STATE POSTE AI SEGUENTI ESPONENTI DI 25 ORIENTAMENTI PSICOTERAPICI.....	68
PUBBLICAZIONI DI SADI MARHABA	69

BREVI RIFLESSIONI DI OGGI SU RIFLESSIONI DI 25 ANNI FA

Ho accettato con piacere la proposta di Moreno Manghi, di mettere in rete questo mio scritto di 25 anni fa, perché dice cose in cui credo anche oggi. Ormai da molti anni sono psicoterapeuta iscritto all'Albo, ho praticato e insegno in scuole di psicoterapia, ma il titolo dello scritto, "Riflessioni di un *non-psicoterapeuta* sulla psicoterapia", mantiene secondo me una sua verità e utilità, come spero risulterà dalla lettura.

In questi 25 anni, nel territorio della psicoterapia, alcune cose sono cambiate e altre sono rimaste le stesse. Il malessere psichico globale, secondo alcuni indicatori come il consumo di psicofarmaci e le diagnosi di "depressione" – con tutti i limiti di questi indicatori – sembra aumentato, perlomeno nella parte cosiddetta "svilupata" del pianeta. Si conferma e si accentua, quindi, la necessità per le persone che stanno male di trovare figure professionali – o meglio "altre persone" – che sappiano farle stare meno male – anche se questa necessità non è appoggiata socialmente, per esempio in Italia, per cui l'onere di trovare "la persona giusta" ricade tutto sulle spalle di chi cerca aiuto.

Nel tentativo di interpretare e curare il malessere, gli orientamenti psicoterapici sono rimasti sostanzialmente gli stessi di 25 anni fa, quelli elencati nell'Appendice a questo scritto. Ad alcuni di essi, oggi, cambierei la denominazione (per esempio, direi "terapia sistemica" anziché "terapia familiare"), e aggiungerei l'etnopsichiatria e gli approcci narrativistici, costruzionistico-sociali, interazionistici e brevi-strategici, che già esistevano ma erano meno concettualizzati di oggi ed erano racchiusi nel contenitore generico "costruttivismo". Inoltre, oggi dovrei tener conto dell'obiettivo calo internazionale della psicoanalisi in senso stretto, con l'eccezione di pochi Paesi, fra cui l'Italia e l'Argentina, nonché la Francia lacaniana¹ –, un calo

¹ Si veda per esempio: Meyer, C. (a cura di), *Il libro nero della psicoanalisi*, Roma, Fazi, 2006 (trad. italiana).

compensato, però, dalla tenuta degli approcci brevi a ispirazione psicodinamica. Le domande con cui interpellerei gli esponenti di ogni orientamento sarebbero quasi le stesse di 25 anni fa (ved. Appendice) e, a parte poche cose veramente datate – come quando parlo del DSM come “novità”, essendo esso uscito in italiano nel 1983, cioè solo cinque anni prima di questo scritto –, farei le stesse riflessioni sulle problematiche di fondo, per esempio sulle ambiguità delle categorie psicoterapiche di base, come “miglioramento”, o sulle difficoltà della ricerca empirica sull’efficacia delle psicoterapie.

Aggiungerei, però, una riflessione sull’attacco in corso, contro tutte le forme di psicoterapia, da parte del riduzionismo neuroscientifico e farmacologico, o neo-organicismo, che 25 anni fa già c’era – c’è sempre stato, in realtà, fin dai tempi di Freud – ma era o appariva meno virulento; e la controffensiva della psicoterapia appariva più convinta di quanto non appaia oggi.

Soprattutto, oggi non potrei cambiare la riflessione sulla reciproca separatezza e inconciliabilità fra i diversi orientamenti psicoterapici, sulla loro disorientante “coesistenza parallela”. È vero che in questi ultimi 25 anni ci sono stati tentativi di integrazione, ma c’erano stati anche in passato² e sono serviti solo a far risaltare l’inevitabile separatezza e inconciliabilità. In Italia queste sono state “istituzionalizzate” e “burocratizzate” con la creazione di oltre 300 (ad oggi) scuole psicoterapiche riconosciute dal Ministero³ – un fenomeno unico al mondo –, anche se in realtà queste scuole sono raggruppabili intorno a un nucleo assai più ridotto di orientamenti, che con etichette diverse coincidono più o meno con quelli (una ventina o poco più) di 25 anni fa. Istituzionalizzare e burocratizzare le idee e le differenze fra le idee non è mai una buona idea – anche se questa è la norma nel mondo accademico internazionale, con la sua parcellizzazione delle discipline e sotto-discipline –, perché alle ragioni “teoriche” per mantenere la separatezza e l’inconciliabilità se ne aggiungono altre molto “pratiche”, sociali-identitarie, corporativistiche ed economiche. Nel nostro caso, credo, per esperienza diretta, che oggi sarebbero meno presenti – nelle risposte a un analogo questionario – certe aperture “interdisciplinari” espresse con fre-

² Si veda per esempio: Staats, A. W., *Psychology’s crisis of disunity: Philosophy and method for a unified science*, New York, Praeger, 1983.

³ Per esempio in: <http://scuolepsicoterapia.opsonline.it/>

schezza dagli esponenti di 25 anni fa, alle quali faccio riferimento in questo scritto. L'istituzionalizzazione e la burocratizzazione non c'erano ancora state...

Inoltre, oggi non potrei cambiare l'affermazione secondo cui nessun orientamento psicoterapico si rivela veramente superiore a un altro, in termini di efficacia. È vero che, in 25 anni, le ricerche empiriche sull'efficacia delle psicoterapie, soprattutto con lo strumento statistico della meta-analisi, si sono enormemente ampliate in tutto il mondo⁴, coinvolgendo campioni importanti di soggetti – e questo, forse, più a seguito di condizionamenti economici (interessi delle compagnie d'assicurazione, ecc.) che per ansia conoscitiva. Ma, oltre ad aver costituito un nuovo settore disciplinare autoreferenziale in crescita continua, queste ricerche si sono soprattutto limitate a “scoprire” due cose che già si sapevano.

La prima è, appunto, la sostanziale parità fra i contendenti, cioè i diversi orientamenti psicoterapici – efficacemente anticipata da Saul Rosenzweig (1936) e Lester Luborsky (1975) con la metafora di Dodo, l'uccello di *Alice nel Paese delle Meraviglie*, che sentenzia: «Tutti hanno vinto e tutti devono avere un premio»⁵. Con l'aggiunta che i malesseri piccoli e medi vengono ridotti – o meglio, possono essere ridotti – da tutti gli orientamenti con la stessa probabilità di successo, mentre i malesseri veramente gravi non vengono ridotti da alcun orientamento.

La seconda “scoperta” è il primato, nell'efficacia, dei cosiddetti “fattori aspecifici” del processo psicoterapico rispetto alla struttura concettuale interpretativa di ciascun orientamento – essendo i “fattori aspecifici” quelli inerenti alla qualità della relazione fra terapeuta e paziente, che è multidimensionale e non facile da definire, ben al di là del riduttivo transfert freudiano e anche del contro-transfert, per ammissione di molti psicoanalisti di oggi. E questi “fattori aspecifici” non sono neppure riducibili alla “alleanza terapeutica”.

⁴ Per l'Italia, si veda: Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2006.

⁵ Luborsky L., Singer B., Luborsky L., *Is it true that everyone has won and all must have prizes?* Archives of General Psychology, 32, pp. 995-1008, 1975. Si veda anche: Luborsky L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A., Krause E.D., *The Dodo bird verdict is alive and well-mostly*, Clinical Psychology: Science and Practice, 9, pp. 2-12, 2002.

Stando così le cose, mi sento di mantenere la mia idea di 25 anni fa sul “prerequisito imponderabile” della “tensione etica” – intesa come volontà autentica di aiutare, di ridurre la sofferenza altrui – come principale fattore terapeutico. Si tratta di un’idea paradossale, da parte di un epistemologo, come ha ben colto Moreno Manghi nella sua nota editoriale. Tuttavia, alla luce di 25 anni di ricerca sull’efficacia delle psicoterapie, forse oggi è meno paradossale...

Ma oggi, pur mantenendo le idee di allora, ne aggiungerei altre proiettate sul futuro, perché il confronto con i giovani – spesso veramente “notevoli” – delle scuole di diverso orientamento, in cui insegno o meglio interagisco ormai da molti anni, nonché le loro vive esperienze sul campo, in aggiunta alle mie personali, mi hanno insegnato molto. Più dei tanti libri e articoli che ho continuato a leggere. Devo ancora “sistematizzarli”, ma penso soprattutto a quattro punti.

Anzitutto, tenderei a valorizzare la struttura interpretativa di ciascun orientamento in termini di “narrazione”, che può essere efficace in se stessa, cioè non solo perché è inserita in una buona relazione terapeuta-paziente – ma senza escludere la possibile efficacia pari o superiore di altre narrazioni, anche se basate su una semantica completamente diversa o persino opposta. Insomma, alla “tensione etica” aggiungerei “una narrazione coerente e convincente” – sia essa di matrice “psicodinamica”, “cognitivistica”, “sistemica”, “umanistica”, ecc. Anche, perché no, “neuroscientifica”...

In secondo luogo, tenderei a contestare il dogma secondo cui le tecniche sono necessariamente legate alle teorie. Per verificare che è un dogma, provare a dire il contrario all’esame di stato orale per diventare psicologi, e vedere cosa succede (ma forse è meglio rinunciare all’esperimento...). Tuttavia, la tecnica della “prescrizione del sintomo”, solo per fare un esempio, è rivendicata come espressione della propria specifica teoria da parte di ciascuno di diversi orientamenti, ma sembra poter funzionare a prescindere da queste teorie, che spesso sono fra loro inconciliabili.

In terzo luogo, affronterei un dato di realtà su cui mi sembra che si tenda a glissare: i limiti della psicoterapia, cioè l’esistenza di un numero elevato di situazioni sulle quali è semplicemente impossibile intervenire con un qualsiasi tipo di orientamento. Nella tradizione psicoanalitica più

seria c'è la dicitura "soggetto non analizzabile", ma per la psicoterapia non vi è l'equivalente. Al di là della volontà del terapeuta e di chi a lui/lei consapevolmente e speranzosamente si rivolge, e a prescindere dall'effetto placebo, generalmente effimero, la riuscita anche solo parziale di un intervento dipende dall'aprirsi, nel corso della relazione terapeutica, di un varco, di uno "spiraglio" – secondo il termine di una giovane ma già esperta collega – in cui si attualizzano potenzialità di cambiamento che altrimenti restano solo potenzialità.

Infine, ripenserei all'idea stessa che abbiamo di "psicoterapia", che è rimasta sostanzialmente la stessa di 25 anni fa, ma forse proprio questo è il vero problema. Oggi si sta profilando un dibattito sul futuro della psicologia, e io mi sento vicino a chi pensa che la psicologia stia finendo – o sia già finita, solo che non ce ne siamo accorti – perché legata a una visione della conoscenza (sulla natura e sull'uomo) che non c'è più, perché era di matrice "moderna", mentre oggi siamo nel "postmoderno"⁶; e che forse, un giorno non molto lontano, il termine "psicologia" apparirà desueto come oggi il termine "alchimia". In Italia, poi, ad essere sinceri la figura dello psicologo non è mai esistita veramente – o perlomeno non è mai stata "percepita" socialmente.

Per la psicoterapia le cose sono diverse, perché la necessità di ridurre la sofferenza non solo fisica va oltre le visioni della conoscenza. Tuttavia, il termine "psicoterapia" è troppo legato alla visione del passato, la stessa che aveva coniato il termine "psicologia". "Terapia della psiche"... ma chi ci crede veramente, oggi, al di là del ruolo professionale e del bisogno identitario? E poi, il termine "paziente", identico a quello della medicina, che inizia essa stessa a rivederlo... Con gli studenti delle scuole abbiamo provato a sostituirlo, ma con che cosa? "Cliente" o "utente" sono da marketing, "soggetto" è decisamente troppo generico, "l'Altro" è un po' troppo metafisico... Dobbiamo trovare termini nuovi per semantiche nuove. Restano le istanze di conoscenza e di aiuto, ma vanno ridefinite.

Anche per questa ragione, il titolo di questo scritto, "Riflessioni di un *non-psicoterapeuta*", malgrado tanti anni di psicoterapia, va bene. Sono partito dalla distanza rispetto ad essa, l'ho attraversata e adesso me ne

⁶ Si veda per esempio: Mecacci L., *Psicologia moderna e postmoderna*. Roma-Bari, Laterza, 1999.

sento di nuovo – anche se in modo diverso, e difficilmente esprimibile – distante. Parlandone con colleghi e amici, e con studenti che stanno terminando il percorso di formazione, ho visto che alcuni di loro cercano di risolvere il “problema” – che non è solo mio... – aggiungendo al ruolo di psicoterapeuta una sorta di meta-significato: essere psicoterapeuta significa anche “scavalcare” il ruolo di psicoterapeuta. Sembra qualcosa “di più e di diverso” dalla consapevolezza che un avvocato può avere rispetto al proprio essere avvocato, o un medico rispetto al proprio essere medico, o un ingegnere rispetto al proprio essere ingegnere, e così via. Certamente, se non sono dei “bruti” o degli “automi”, l’avvocato, il medico, l’ingegnere e così via sanno e sentono che la loro identità non coincide con il loro ruolo, perché sanno e sentono di essere anzitutto esseri umani. Ma per lo psicoterapeuta ci sarebbe qualcos’altro, diciamo “intermedio” fra il ruolo e l’essere umano. Questo significato “intermedio” potrebbe essere la risorsa per ridefinire quella che ancora chiamiamo “psicoterapia” e i suoi tradizionali e forse vecchi annessi e connessi (cura, setting, ecc...).

A quanti altri psicoterapeuti o allievi di psicoterapia vengono questi tipi di pensieri?

Padova, 20 maggio 2012

Sadi Marhaba

RIFLESSIONI DI UN NON-PSICOTERAPEUTA SULLA PSICOTERAPIA

Il titolo di questo libro è volutamente ambiguo. Infatti *Quale psicoterapia?* può essere letto in almeno due modi diversi: quale psicoterapia scegliere, fra le tante oggi esistenti? e anche: cos'è la psicoterapia, nel contesto generale del sapere, e quali sono le ragioni che ne legittimano o non ne legittimano l'esistenza?

La seconda accezione è chiaramente quella di maggior portata problematica, e ha uno schietto sapore filosofico la cui essenzialità trascende le questioni strettamente teoriche e metodologiche. Si tratta quindi di un'accezione per molti versi scomoda, in rapporto a un campo eminentemente "pratico" come quello della cura psicoterapica. Tuttavia, ritengo che si tratti di un'accezione ineludibile, che viene posta in molti modi impliciti anche dalla prima e meno filosofica delle due accezioni, quella che cerca criteri di confronto e di scelta fra le varie psicoterapie.

Di fatto, ricostruendo la genesi di questo libro devo dire che la motivazione iniziale (che risale al 1983) era più vicina alla prima delle due accezioni. Cioè non ero partito da un interrogativo filosofico sulle ragioni d'essere della psicoterapia, ma da una sollecitazione eminentemente pratica e persino utilitaria che veniva dai miei studenti e soprattutto dai miei laureati del corso di laurea in psicologia dell'Università di Padova. In questo corso insegno da molti anni Storia della psicologia, privilegiando gli aspetti epi-

stemologici, ma appunto fino al 1983 avevo circoscritto i miei interessi e le mie lezioni nell'area tradizionale per uno storico della psicologia, almeno in Italia, cioè quella della psicologia generale o cosiddetta "pura". Il coinvolgimento nel vasto settore applicativo, di cui la psicoterapia fa parte, mi pareva difficile sia per i miei limiti di conoscenza, sia per la mia consapevolezza della problematicità di un raccordo epistemologicamente accettabile fra l'universo di discorso "puro" e quello "applicativo" nella psicologia odierna.

A quattro anni di distanza questi limiti e questa consapevolezza sono rimasti, anzi si sono acuiti; ma questo non mi ha impedito di almeno affacciarmi nel campo della psicoterapia, inizialmente mosso da una sorta di responsabilità didattica: cosa dovevo e devo rispondere a un giovane che sostanzialmente mi dice: «Ormai laureato, dal Suo corso e da altri ho preso coscienza dell'importanza delle questioni di fondo in psicologia e nel sapere in genere; ora, io sono orientato verso la psicoterapia come interesse professionale, ed è una scelta in cui credo malgrado l'attuale vuoto legislativo. Mi aspetto che Lei mi aiuti a discriminare fra le tante proposte psicoterapiche per così dire "sul mercato", in termini di valutazione dei fondamenti di ciascuna di esse »⁷.

Per rispondere a questa richiesta, ho pensato che la cosa migliore fosse quella di interpellare direttamente gli esponenti di ciascun orientamento psicoterapico attualmente operante in Italia. Individuare gli orientamenti

⁷ Questa domanda, e il tentativo di risposta, appartengono a un ambito solo di principio, o "intellettuale-puro": pur nella mia consapevolezza che solo astrattamente esso è separabile da preoccupazioni assai "pratiche", che nascono dall'attuale vuoto legislativo in materia di psicoterapia, e alle quali né la domanda né il tentativo di risposta fanno cenno. In particolare: al di là della probabile buona fede e buona volontà dei diversi maestri di psicoterapia, quali garanzie oggettive di formazione effettiva (continuità nel tempo, approfondimento, aggiornamento, controllo, ecc.) e di gestione sana (anche amministrativa) essi sono in grado di offrire ai potenziali allievi? Soprattutto tenendo conto del fatto che questi ultimi sono in gran parte giovani disoccupati, cui viene richiesto uno sforzo finanziario non indifferente e che deve protrarsi per molti anni...

più importanti, e i nomi fra i più rappresentativi di ciascuno di essi, non è stato particolarmente difficile. Più impegnativa è stata per me l'elaborazione del questionario epistemologico aperto, che costituisce il filo rosso di questo libro e che consente un effettivo confronto fra 25 orientamenti su ciascuna delle 20 domande che compongono il questionario stesso⁸. E in questo sta forse l'originalità del mio tentativo: costringere, per così dire, le risposte di ciascun esponente in una griglia di questioni di fondo sufficientemente ampia e articolata che funga da comun denominatore, anziché accontentarsi della solita antologia puramente sommativa, in cui ciascun esponente parla a ruota libera del proprio orientamento senza un raccordo prestabilito con le concettualizzazioni degli altri esponenti.

Se il tentativo sia riuscito, lo diranno i lettori. Certo è che la stessa raccolta delle risposte non è stata molto semplice, sia a causa degli inevitabili problemi pratici (tempi di consegna dilazionati, doppie stesure delle risposte da parte di alcuni esponenti, scelta da parte di altri esponenti di una trattazione unitaria non articolata in risposte separate, ecc.); sia a causa delle differenze talora sostanziali, fra un esponente e l'altro, nell'importanza attribuita all'una o all'altra delle domande: così, alla tal domanda un esponente risponde in tre righe, e un altro in tre cartelle. La differenza ha certamente un significato, ma è difficile stabilire quale esso sia, senza cadere nell'arbitrarietà.

Questo è solo un esempio dei problemi che ha dovuto affrontare Maria Armezzani, autrice del commento critico (seconda parte del volume) e mia collaboratrice presso l'Università di Padova.

A mio parere, questo commento critico è proprio come dovrebbe essere nel nostro caso: da un lato esso fornisce il necessario tessuto connet-

⁸ Si vedano in Appendice le 20 domande che compongono il questionario e i nomi dei 25 esponenti di orientamenti psicoterapici a cui sono state rivolte. [N. d. C.]

tivo alle risposte dei diversi esponenti, che altrimenti si presenterebbero troppo segmentate; e d'altro lato costituisce una riflessione ampia e originale, seppur non di parte, perché l'autrice non s'identifica con alcun particolare orientamento psicoterapico, pur conoscendo dall'interno gli aspetti più operativi della psicoterapia.

E così, grazie anche ai capitoli di commento critico, il lavoro totale mi è parso meritevole di pubblicazione e di diffusione, soprattutto allo scopo di facilitare le scelte dei potenziali psicoterapeuti e anche (perché no) dei potenziali pazienti.

Ma la pubblicazione non chiude la porta alle riflessioni, al desiderio di capire, ai problemi nati in quattro anni di ruminazione mentale, seppur non a tempo pieno. Posso tentare di distinguere tutti questi stimoli in due categorie generali, la prima legata contingentemente al libro e la seconda di carattere più universale.

Per quanto riguarda la prima categoria, mi sono rimaste soprattutto molte curiosità. Per esempio, mi è sembrato di notare, in quasi tutti i nostri Autori, un interesse crescente negli anni per le questioni epistemologiche, e mi chiedo quanto ciò dipenda da un'esigenza puramente conoscitiva e quanto dall'esigenza più "politica" (seppur indubbiamente giustificata) di offrire del proprio orientamento un'immagine pensosa e auto-riflessiva (e al limite accademica) in vista della sospirata legittimazione normativa. In proposito, mi paiono interessanti particolarmente le risposte alla domanda n. 11, sulla scientificità della psicoterapia. Ancora, mi è parso di poter abbozzare una sorta di "psicologia differenziale" dei nostri Autori, secondo perlomeno due spartiacque: da un lato, quelli dallo stile hard (impersonalità, freddezza espositiva, ecc.) che si contrappongono a quelli dallo stile soft (coinvolgimento personale, calore espositivo, ecc.), come avviene anche nella psicologia generale e della personalità; e, d'altro lato, gli Autori che

rappresentano gli orientamenti più tradizionali, e hanno uno stile per così dire pacato, in contrapposizione agli Autori che rappresentano gli orientamenti più recenti, che hanno uno stile più aggressivo e in certi casi persino “manageriale”, di chi non è giunto dopo molti anni, bensì è partito subito con la consapevolezza del proprio orientamento psicoterapico come fatto composito e multidimensionale, fra scienza, cultura, professionalità, socialità, organizzazione, imprenditoria e business. Ancora, mi è rimasta la curiosità di sapere quanto delle risposte di ogni Autore sia effettivamente condiviso da tutti o dalla maggioranza degli esponenti del suo orientamento, e quanto invece dipenda dalla sua impostazione strettamente personale. Infine — ma l’elenco potrebbe continuare a lungo — mi è parso di rilevare in molti Autori una tendenza alla tolleranza verso gli orientamenti altrui, e persino una tendenza all’eclettismo, che non trova riscontro in altri paesi e che non è giustificata dalle grandi differenze teoriche e metodologiche fra l’un orientamento e l’altro, che emergono dalle affermazioni degli stessi Autori.

Per quanto invece riguarda gli stimoli di riflessione di carattere meno contingente, cioè meno legati alla lettera delle risposte e al contesto specificamente italiano, essi gravitano intorno alle 20 domande del questionario. Alcuni di questi stimoli mi paiono particolarmente interessanti, e per questo ne farò ora oggetto di esposizione. Non mi nascondo che in gran parte essi presentano una carica di irrisolta problematicità (almeno per me), e che questa — rifacendomi a quanto dicevo all’inizio del mio discorso — coinvolge le due accezioni in cui può essere letta la domanda *Quale psicoterapia?*, e cioè sia l’accezione relativa alla scelta e ai criteri di scelta fra psicoterapie diverse, sia l’altra, più fondamentale, relativa alle condizioni di esistenza di qualcosa che possa venir chiamato psicoterapia.

1. APPARTENENZA DI DIRITTO A TUTTI DI UN QUALSIASI DISCORSO SULLA PSICOTERAPIA

Se i discorsi *di* psicoterapia vanno lasciati agli psicoterapeuti, i discorsi *sulla* psicoterapia hanno un significato meta-tecnico che li rende fattibili di diritto da parte di tutti gli uomini. Il prezzo da pagare per questa posizione è elevato, perché il confine fra il *di* e il *sulla* non è sempre netto, e si corre il rischio di formulazioni profane grossolane, o astratte, o ideologiche. D'altra parte, non vedo alternative, perché è sicuramente vero che, come dice Bazzi, «ogni psicoterapia implica un'antropologia»⁹. Dietro ogni psicoterapia c'è una filosofia pratica, un progetto di uomo, un'idea su ciò che è meglio e ciò che è peggio, una gerarchia di valori quotidiani che non possono non essere aperti alla discussione universale, perché riguardano da molto vicino tutti, e non solo i pazienti degli psicoterapeuti. In questa sede non voglio allargare la tematica ai rapporti generali fra scienza-tecnologia e vita quotidiana, per esempio in rapporto all'installazione delle centrali nucleari. Mi limito a sostenere quanto segue: se è legittimo e doveroso che i non-tecnici abbiano voce in capitolo nel decidere l'installazione o meno delle centrali nucleari, malgrado gli aspetti estremamente tecnici del problema, è altrettanto legittimo e doveroso che i non-psicoterapeuti possano controllare le scelte di fondo degli psicoterapeuti. Quella di "curare la gente" è una grande idea, un'idea forte, che coinvolge miti e aspirazioni millenarie dell'umanità; non può essere lasciata ai soli tecnici, anche a prezzo di aprire la porta ai tuttologi e ai chiacchieroni

A questa posizione, che non so quanto sia condivisibile e quanti risentimenti possa far nascere negli psicoterapeuti, sono giunto dopo un trava-

⁹ Cfr. BAZZI T., *Le psicoterapie*, Rizzoli, Milano, 1970.

glio che traeva origine dalla mia posizione riguardo a questo libro. In sostanza mi sono posto questo problema: è legittimo, è sensato che io, lontano dalla pratica e anche in gran parte dalla teoria della psicoterapia, proprio su di essa programmi un lavoro, per quanto costituito in gran parte dai contributi degli stessi psicoterapeuti? In altri campi, infatti, non mi sento di arrogarmi questo diritto; per esempio, non mi permetterei mai di sottoporre un questionario epistemologico agli esponenti delle diverse teorie nel campo della psicologia della percezione, perché tale questionario, per essere serio, dovrebbe basarsi sulla mia conoscenza diretta dei problemi della ricerca in tale campo, e io so bene di non avere questa conoscenza. Se invece ho voluto realizzare un questionario epistemologico per gli psicoterapeuti, ciò significa che ho creduto di avere una conoscenza diretta dei problemi della psicoterapia, pur non essendo io stesso uno psicoterapeuta.

Inizialmente, ho cercato di “giustificarmi” con me stesso adducendo argomentazioni tendenti a legittimarmi come quasi-tecnico: in fondo, ho sempre letto molto di psicoterapia, fin da quando avevo vent’anni e il mio interesse principale era proprio questo; in fondo, ho anche fatto un breve training con uno fra i più noti psicoterapeuti italiani; in fondo, ho molti colleghi e amici che sono psicoterapeuti, e che mi parlano delle loro tematiche; in fondo, ho partecipato a centinaia di sedute di laurea in Psicologia, nelle quali le tesi discusse vertevano su argomenti di psicoterapia... Ben presto, tuttavia, questo tipo di argomentazioni mi è apparso del tutto insufficiente. Non certo fittizio o solo consolatorio, perché è vero che la familiarità con una tematica è pur sempre qualcosa, ed è anche vero che una certa competenza in ambito epistemologico generale aiuta a individuare i nodi problematici in un determinato campo col quale si abbia solo una certa familiarità indiretta. Ma, ripeto, è chiaro che tutto ciò non è sufficiente a legittimare un discorso sulla psicoterapia da parte di un non-

psicoterapeuta, se si ammette che fra tale non-psicoterapeuta e la psicoterapia sussista un rapporto concettuale identico a quello che sussiste fra un non-ricercatore in psicologia della percezione e la psicologia della percezione. Cioè un rapporto di estraneità conoscitiva, che viene appena mitigato se il non-ricercatore è un “orecchiante” di psicologia della percezione.

Ora, se si legittima la possibilità per un non-psicoterapeuta di parlare sensatamente sulla psicoterapia, ciò significa negare che fra il primo e la seconda sussista un rapporto di estraneità conoscitiva. Significa, in positivo, affermare che il non-psicoterapeuta in quanto tale (cioè qualsiasi essere umano totalmente privo di conoscenze tecniche e di esperienza specifica nel campo della psicoterapia) ha purtuttavia una conoscenza diretta dei problemi della psicoterapia, o perlomeno della dimensione psicoterapica, anche se inevitabilmente la pensa e la esprime con concettualizzazioni e con parole diverse da quelle specialistiche degli psicoterapeuti. Significa, infine, che tale conoscenza diretta non può che derivargli dalla vita, o dalla cultura in senso lato (che è lo stesso).

Ecco quindi la vera legittimazione del mio interesse per la psicoterapia, e addirittura dei miei giudizi su di essa. A legittimarli sono i miei quarant'anni, le mie sofferenze e le mie contentezze, la mia esperienza di un matrimonio e di una figlia, i miei rapporti più o meno intensi di amicizia, le mie lunghe permanenze in luoghi lontani dalla cultura occidentale, il mio lento processo di maturazione come persona umana, il mio apprendere a discriminare ciò che per me è valido e ciò che non lo è nel grande serbatoio del cosiddetto “senso comune” relativo ai rapporti fra gli esseri umani e degli esseri umani con se stessi.

A rifletterci bene, questa attribuzione di capacità conoscitiva alla comune esperienza umana non è poi tanto peregrina. Le nostre strutture mentali e le nostre istituzioni culturali e accademiche, largamente basate

sulla mediazione di linguaggi specialistici chiusi in se stessi, stentano spesso a riconoscerlo, ma in realtà anche la più sofisticata e “impensabile” delle scienze nasce dalla comune esperienza umana, per quanto lungo e tortuoso sia il percorso che da questa la separa e da questa la rende apparentemente molto diversa. Del resto, come potrebbe essere altrimenti, se non si vuole ammettere una diretta infusione divina?

E a questa stessa conclusione sostanziale, sebbene espressa con diverse categorie e diverso linguaggio, mi pare sia approdata anche l’epistemologia odierna. Essa infatti ha abbandonato le illusioni positivistiche e neo-positivistiche, che ipostatizzavano un solo tipo di conoscenza attendibile; ha demitizzato la contrapposizione fra scienza e arte, evidenziando la presenza determinante di fattori non razionali (il che non significa irrazionali) nella prima e di fattori strettamente razionali nella seconda; ha rivalutato l’approccio idiografico, focalizzato sull’evento individuale, rispetto al tradizionale e forse sopravvalutato approccio nomotetico, focalizzato sulle leggi generali; ha esteso il proprio territorio, non limitandosi più all’esame dei criteri di validità logica ed empirica delle teorie e dei metodi, bensì accettando il confronto con le questioni filosofiche, etiche, esistenziali; e in definitiva ha scelto la via dell’auto-critica, del riconoscimento dell’ineliminabilità dell’errore e della precarietà di ogni conoscenza per quanto “scientifica”, fino ad affermazioni inimmaginabili in un passato ancora recente, come quella di Mahoney (un epistemologo della psicoterapia) secondo cui «la scienza di oggi potrebbe essere l’alchimia di domani»¹⁰. Resa quindi prudente verso le costruzioni “perfette”, l’epistemologia

¹⁰ Cfr. Mahoney M. J., *Experimental methods and outcome evaluation*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46.

odierna si volge verso la comune esperienza umana, matrice grezza e imperfetta ma infinitamente creativa di ogni possibile costruzione.

Infine, oltre a essere legittima, la riflessione del non-psicoterapeuta sulla psicoterapia mi pare presenti dei vantaggi che non vi sono quando la riflessione viene fatta dallo psicoterapeuta. Con questo non voglio certo scoraggiare gli psicoterapeuti dal riflettere sul loro agire, e la mia proposta a essi del questionario epistemologico ne è la miglior prova. Ma ciò che voglio dire è che il non-psicoterapeuta non deve tirar acqua a un mulino che non ha, non ha un'immagine da difendere, o una coerenza da rispettare, o interessi da tutelare. Per un lavoro come questo libro, per esempio, credo che uno psicoterapeuta non sarebbe stato la persona giusta. Si sarebbe identificato con l'uno o con l'altro orientamento, non avrebbe avuto il necessario distacco. Ne ho avuta la prova quando uno psicoterapeuta "selvaggio", al corrente del mio lavoro, mi ha detto con astio che non potevo farlo perché non ero uno psicoterapeuta; e detto da lui, questo suonava che non potevo farlo perché non ero un uomo di parte. O peggio, che non potevo farlo perché il trattamento psicoterapico "scopre" o forse "crea" categorie concettuali ed esperienziali che non hanno alcun riscontro nella comune esperienza umana... Certo, si trattava di uno psicoterapeuta "selvaggio", e con uno non "selvaggio" il discorso cambia. Ma quanti sono gli psicoterapeuti "selvaggi" in giro?

2. NECESSITÀ DI UNA RIFLESSIONE ORGANICA SUI RAPPORTI FRA PSICOTERAPIA E SOCIETÀ

La riflessione sulla psicoterapia non deve essere solo per così dire "intimistica", bensì deve coinvolgere anche gli aspetti sociali nel senso più

ampio del termine; e ritengo che tale riflessione possa venir compiuta tanto dal non-psicoterapeuta quanto dallo psicoterapeuta. In proposito, rimando il lettore alle domande n. 5, 6, 7, 18 e 19 del questionario.

In un passato ancora recente molte analisi sono state dedicate a questa tematica, ma la riflessione era inficiata da un eccesso di ideologia, e inoltre verteva quasi esclusivamente sulla psicoanalisi. Oggi il clima culturale è mutato, ma se la vecchia ideologia è tramontata, un'altra più silenziosa ma altrettanto perniciosa (come tutte le ideologie), di segno opposto, tende a inibire le tematiche sociali e a rinchiudere lo psicoterapeuta nelle sue tecniche e il paziente nel suo bisogno personalissimo di aiuto; e questo proprio in un periodo nuovo, almeno per l'Italia, nel quale alla voce tradizionale della psicoanalisi si sono aggiunte molte altre voci, ciascuna portatrice di raccordi espliciti o più spesso impliciti col sociale. Un'ampia analisi quindi s'impone, o forse è addirittura necessaria una sorta di sociologia delle psicoterapie.

Da un lato, bisogna rispondere a domande vecchie con termini nuovi, che tengano conto dell'evoluzione della società e dell'evoluzione delle psicoterapie; per esempio, cosa resta delle critiche ormai classiche degli antipsichiatri e di molti altri, secondo cui la psicoanalisi ha perso la carica eversiva delle sue origini, ed è diventata una pratica di risocializzazione conformistica? Inoltre, questo discorso è applicabile anche alle altre psicoterapie? Un tentativo parziale di risposta potrebbe consistere in un'indagine sulla frequenza d'uso delle parole *adattamento* e *disadattamento* nei linguaggi delle diverse psicoterapie.

D'altro lato, bisogna rispondere a domande nuove, che nascono dalla natura delle psicoterapie non tradizionali (cioè in definitiva non psicoanalitiche), dalla loro trasposizione in Italia dagli Stati Uniti, e dalla nuova immagine sociale dello psicoterapeuta, a qualunque orientamento egli appar-

tenga, che viene veicolata dai mass-media e che viene fatta corrispondere alle complesse esigenze dell'uomo occidentale in questi ultimi anni del secolo. Per esempio, quali sono le implicazioni sociali della richiesta di crescita, e non di sola guarigione come in passato, che sempre più di frequente viene rivolta agli psicoterapeuti? Oppure: come mutano il rapporto e le aspettative del paziente nei confronti dello psicoterapeuta quando questi appartiene all'istituzione pubblica, e pertanto il paziente tende a percepire se stesso in parte o del tutto come semplice "utente" di un servizio sociale assimilabile a qualsiasi altro? E come mutano altresì il rapporto e le aspettative dello stesso psicoterapeuta "pubblico"?

3. MOLTEPLICITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI ORIENTAMENTI PSICOTERAPICI

Questo problema è centrale, e difatti da esso è partito il progetto del libro e ad esso sono dedicate molte domande del questionario (n. 1, 2, 3, 4, 12, 13, 20). La presenza di 25 orientamenti soltanto in questo libro è la miglior prova della realtà del problema, per non parlare dei 250 diversi orientamenti psicoterapici, classificati nel 1980 solo negli Stati Uniti dalla guida di Herink¹¹, e che a dire il vero mi paiono in ogni caso troppi...

Le diversità e le incompatibilità fra le psicoterapie odierne resistono ai tentativi d'integrazione (vedi per esempio Korchin, 1977¹²), tanto da far pensare che questi stessi tentativi non abbiano ragion d'essere, e che la molteplicità dei criteri eziologici sia solo la necessaria conseguenza di una

¹¹ Cfr. HERINK R., *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*, The American Library, New York, 1980.

¹² Cfr. KORCHIN S. J., *Psicologia clinica moderna*, Borla, Roma, 1977 (trad. it.).

strutturale complessità e poliedricità dell'essere umano. Ma è inutile nascondere che questa ipotesi della "coesistenza parallela", per quanto suggestiva, ha una forte componente consolatoria e silenziatrice di una problematica che invece sussiste: e, difatti, sul piano epistemologico la coesistenza parallela, in psicologia oltre che in psicoterapia, configura una eccezionale atipicità dell'oggetto di studio "uomo" rispetto agli oggetti di studio delle altre scienze; talmente eccezionale da far dubitare sulla possibilità di continuare a includere la psicologia e la psicoterapia all'interno di un paradigma per quanto allargato di scientificità e addirittura di razionalità.

Quanto poi al piano applicativo, l'ipotesi della coesistenza parallela non risolve nulla e anzi legittima l'arbitrarietà del trattamento, perché non postula alcun nesso privilegiato fra una determinata sintomatologia e una determinata eziologia, cosicché ciascuna delle teorie eziologiche rivendica a se stessa il diritto di spiegare tutte le sintomatologie.

Scartata quindi l'ipotesi della coesistenza parallela, resta la realtà di una babele esplicativa, per difendersi dalla quale molti scelgono addirittura di rinunciare del tutto al tentativo di spiegare in quanto tale, come gli Autori dell'ormai famoso *DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*¹³, pubblicato nel 1980 negli Stati Uniti a cura dell'American Psychological Association. E infatti questo manuale, fondato su una ricerca di campo su oltre 12.000 pazienti, si mantiene rigorosamente nel campo della patologia descrittiva, per la quale offre innumerevoli e puntuali criteri diagnostici, e si astiene programmaticamente dal campo dell'eziologia di tipo psicodinamico o di qualsiasi altro tipo. Le uniche eccezioni, che poi non sono tali, riguardano i disturbi con chiara e incontrovertibile base organica. Come dire il trionfo dell'antico modello organicistico kraepeliniano della

¹³ Cfr. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-III, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1983 (trad. it.).

malattia mentale, che sembrava definitivamente tramontato dopo l'avvento della psicoanalisi e più in generale della cura psichica.

Tuttavia la scelta descrittivistica, come quella del *DSM-III*, se è comprensibile quale reazione operativa a una situazione teorica paralizzante, chiaramente non può essere considerata soddisfacente: infatti, per non dire altro, la concezione riduttivamente empiristica che la sottende appare anacronistica nel contesto generale di una scientificità odierna sempre più tesa alla ricerca delle cause dei fenomeni.

Scartata così anche la scelta descrittivistica, rimane ineludibile il confronto con la babele esplicativa. Riguardo ad essa io non ho soluzioni, e finora non ho incontrato nessuno che mi abbia convinto di averle. Il problema esiste anche in psicologia, ma in campo psicoterapico esso mi appare ancora più grave. In psicologia, infatti, vi sono tutt'oggi correnti di pensiero antinomiche, che si esprimono in sistemi concorrenti di teorie, metodi, linguaggi, postulati ideologici il più delle volte nascosti. Ma in campo psicoterapico è ancora peggio, perché dietro ogni psicoterapia c'è una corrente psicologica antagonista alle altre; e perché alle teorie, ai metodi, ai linguaggi, ai postulati ideologici fra loro incompatibili, che derivano dalla psicologia, si aggiungono e s'intersecano tematiche ancora più complesse di ordine filosofico, religioso ed esistenziale che viceversa, in ambito strettamente psicologico, è perlomeno possibile tentare di contenere se non proprio di escludere. Per esempio, si consideri la formulazione di una mia studentessa cattolica, secondo cui «la sofferenza è comunque ineliminabile dalla vita, e ha un preciso valore di salvezza». In un ambito strettamente psicologico, possiamo forse riuscire a “neutralizzare” questa formulazione, a metterla fra parentesi rispetto alla costruzione di una qualche teoria della personalità. Ma possiamo fare altrettanto in campo psicoterapico? Mi sembra molto più difficile. E così ecco aperto lo scontro indecidibile con

chi, all'interno e all'esterno della psicoterapia, ritiene invece che la sofferenza possa e debba essere eliminata dalla vita umana. O ancora, si pensi all'antinomia determinismo-responsabilità. In psicologia, essa oggi viene tacitamente soppressa; ciò, a dire il vero, non è molto corretto, ma contro questa soppressione nessuno scende in piazza. In campo psicoterapico, invece, come si fa a non prendere posizione a favore della responsabilità o a favore del determinismo?

In sintesi, da un lato le tematiche psicoterapiche superano in complessità le tematiche psicologiche, e d'altro lato le tematiche psicologiche non sono abbastanza solide per fornire una seppur parziale base d'appoggio alle tematiche psicoterapiche. Usando una metafora, lo psicoterapeuta, il quale ritenesse di poter fondare la validità e condivisibilità del proprio tipo di orientamento sulla validità e condivisibilità di una data teoria psicologica, assomiglierebbe a chi volesse servirsi di una utilitaria in avaria per correre in Formula 1.

Un'osservazione conclusiva. La molteplicità e incompatibilità delle eziologie psicoterapiche si traduce non solo nella diversificazione dei trattamenti, ma anche nella diversificazione dello stesso ruolo dello psicoterapeuta. Così, per fare qualche esempio, in psicoanalisi egli è un distaccato "archeologo", che nel sintomo individua la punta di un iceberg risalente a una inadeguata gestione delle pulsioni sessuali e aggressive durante la fase evolutiva. Nella terapia comportamentale egli è invece un "addestratore", che estingue l'apprendimento inadeguato portatore di patologia. Ancora, nella terapia cognitiva egli è un "insegnante", che punta sull'intelligenza dell'allievo per ristrutturare le sue errate convinzioni e aspettative, portatrici di patologia. Ancora, nella terapia umanistica egli è una sorta di coinvolto "fratello maggiore", che aiuta il soggetto a focalizzare lo scarto patogeno fra il suo Sé attuale e il suo Sé ideale. E l'elenco può continuare, per

ciascuno degli altri orientamenti. Ma come conciliare tutti questi ruoli, in una pur sempre auspicabile visione unitaria della funzione psicoterapica?

4. DIFFICOLTÀ DELLA RICERCA SCIENTIFICA SULL'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA

Un modo ideale per tentare di risolvere i problemi di fondo della psicoterapia, fra cui quello appena preso in esame della molteplicità e incompatibilità degli orientamenti psicoterapici, può sembrare senz'altro il sottoporre le pratiche e i risultati psicoterapici a un'analisi rigorosa di tipo sperimentale e statistico. Cioè si rendono le psicoterapie oggetto di ricerca imparziale e oggettiva, secondo i ben collaudati canoni della scientificità naturalistica, e da questa operazione ci si attendono esiti sicuri e finalmente chiarificatori, che invertano la tendenza iper-soggettivistica così caratteristica dell'universo di discorso psicoterapico. In questa opzione molti psicoterapeuti si riconoscono, data la loro volontà di non sentirsi esclusi dalla scientificità forte, come dimostrano anche le risposte di diversi Autori di questo libro alle domande (soprattutto n. 9 e 11) del questionario epistemologico. E in questa opzione si muovono molti ricercatori di professione, che appartengono prevalentemente al campo della psicologia. Abbastanza recente anche negli Stati Uniti (grosso modo a partire dagli anni '70 in forma sistematica), la ricerca sperimentale e statistica sulla psicoterapia comincia ad interessare anche in Italia, soprattutto dopo l'iniziativa di Min-

guzzi e del suo gruppo del CNR sul territorio bolognese¹⁴, mentre so di altre iniziative da parte della SIPs e di istituti universitari.

A un primo esame, la ricerca sulla psicoterapia sembra funzionare e sembra fornire risposte confortanti¹⁵. Così, nel 1970 Meltzoff e Kornreich¹⁶, in base a un'indagine sulla letteratura allora disponibile, concludono che nell'80% dei casi il trattamento psicoterapico conduce a un miglioramento del paziente significativamente superiore a quello che si può ipotizzare sia dovuto al semplice trascorrere del tempo. Ma soprattutto appaiono interessanti le conclusioni del volume *The Benefits of Psychotherapy*, pubblicato nel 1980 da Smith, Glass e Miller¹⁷. Utilizzando un metodo quantitativo di confronto fra ricerche indipendenti, denominato meta-analisi, e applicandolo a circa 400 ricerche aventi per oggetto il confronto fra gruppi di soggetti trattati con psicoterapia e gruppi di controllo non trattati, questi Autori concludono che mediamente l'85% dei soggetti trattati trae un giovamento rispetto ai soggetti non trattati. Inoltre, essi concludono che solo in pochi casi il trattamento determina un peggioramento nelle condizioni del soggetto. La principale variabile dipendente, cioè il miglioramento, viene definita con diversi criteri, che vanno dall'auto-valutazione di benessere, alla riduzione di ansia, al progresso sul lavoro, per citarne solo alcuni. Quanto alle variabili indipendenti, esse consistono in una serie di elementi presi in considerazione dalle diverse ricerche oggetto della meta-analisi, fra

¹⁴ Cfr. MINGUZZI G. F., *Il divano e la panca: psicoterapia fra privato e pubblico*, Angeli, Milano, 1986.

¹⁵ Molti dati relativi alla ricerca sulla psicoterapia sono stati da me attinti nell'ottima tesi di laurea in psicologia di MARIA CRISTINA ORTU, *Aspetti dell'odierno tentativo di valutazione scientifica dell'efficacia delle psicoterapie* (Università di Padova, anno accademico 1986-1987; relatore Marhaba).

¹⁶ Cfr. MELTZOFF J., KORNREICH M., *Research in psychotherapy*, Atherton, New York, 1970.

¹⁷ Cfr. SMITH M.L., GLASS G.V., MILLER T.S., *The benefits of psychotherapy*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1980.

cui il tipo di trattamento, il numero di anni di esperienza del terapeuta, l'età del paziente, il suo quoziente d'intelligenza, la sua appartenenza alla categoria dei nevrotici o a quella degli psicotici, la somiglianza sociale ed etnica fra paziente e terapeuta, e molti altri elementi.

Ma se il nostro esame si fa più attento e approfondito, questi risultati con-fortanti si sgonfiano, e la ricerca scientifica sugli effetti della psicoterapia si rivela altamente incerta e problematica.

Se, infatti, si sottopongono a una critica serrata le procedure delle ricerche appena citate e di molte altre simili, ci si accorge subito che esse in realtà non soddisfano i necessari requisiti di standardizzazione e intersoggettività della valutazione, e di isolamento, controllo e quantificazione delle variabili che intervengono nel processo psicoterapico. E questo non già a causa di una generale incapacità dei ricercatori, bensì a causa di una purtroppo presumibile intrinseca incompatibilità fra le categorie psicoterapiche e la scienza di derivazione galileiana.

Tenuto conto di questa situazione, che rende non condivisibili (perlomeno dalla maggioranza dei ricercatori del settore) i risultati confortanti prima ricordati, si comprende come molte altre ricerche abbiano potuto concludere in senso diametralmente opposto, affermando cioè l'inefficacia della psicoterapia. Capostipite di questa linea è l'ormai classico articolo di Eysenck, pubblicato nel lontano 1952 *sul Journal of Consulting Psychology*¹⁸, e basato su una statistica relativa al confronto fra soggetti nevrotici non trattati e soggetti nevrotici sottoposti a trattamento psicoanalitico. Negli ultimi anni molti altri ricercatori hanno variamente confermato la tesi eysenckiana dell'inefficacia, estendendola dalla sola psicoanalisi alla totali-

¹⁸ Cfr. EYSENCK H J., The effects of psychotherapy: an evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 1952, 16.

tà delle psicoterapie: i soggetti sottoposti a trattamento migliorano in misura non significativamente superiore rispetto ai soggetti non sottoposti a trattamento, e che si affidano alle proprie risorse interiori, o all'aiuto di parenti e amici, o al semplice trascorrere del tempo. Altri ricercatori, come Prioleau, Murdock e Brody (1983)¹⁹, hanno attribuito l'efficacia psicoterapica esclusivamente all'effetto placebo, il che equivale di fatto a negare l'efficacia psicoterapica in quanto tale; e questa tesi radicale ha suscitato un vivace dibattito sulle pagine della rivista *Behavioral and Brain Sciences* (1983, n. 6).

Infine, nessun ricercatore è riuscito a dimostrare in modo inoppugnabile la maggiore efficacia di un tipo di trattamento psicoterapico rispetto agli altri. Se a questo risultato, o meglio non-risultato, si vuole attribuire una certa importanza, gli psicoterapeuti di qualsiasi orientamento hanno di che riflettere...

Ma cerchiamo di uscire dalla genericità, e di identificare almeno alcuni dei fattori che rendono così problematica e contraddittoria la ricerca sperimentale e statistica sulla psicoterapia.

a) Un primo fattore è costituito dall'estrema difficoltà di definire in termini univoci e operativi le principali categorie concettuali dell'universo di discorso psicoterapico: "salute" , "malattia" , "diagnosi" , "terapia" , "guarigione" , "miglioramento" . Non a caso, molte domande del nostro questionario epistemologico (n. 3, 8, 14, 15, 16) mirano a ottenere informazioni su queste categorie. Di fatto, finché si rimane su un piano approssimativo e interlocutorio è possibile accontentarsi di definizioni intuitive o

¹⁹ Cfr. PRIOLEAU L., MURDOCK M., BRODY N., An analysis of psychotherapy versus placebo studies, *The Behavioral and Brain Sciences*, 1983, 6.

tautologiche, e per esempio attribuire al concetto di “salute” il significato di «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale», secondo il dettato dell’Organizzazione Mondiale della Sanità; oppure, ritenersi soddisfatti del concetto di “miglioramento” come equivalente a un generico “star meglio in tutti i sensi” del paziente trattato.

Ma come si fa a utilizzare queste “definizioni” nel contesto non più approssimativo e interlocutorio, bensì necessariamente rigoroso, di una elaborazione sperimentale e statistica? È chiaro che esse vanno sostituite con altre più precise, facenti riferimento a eventi pubblicamente osservabili, e quindi tali da riscuotere un accordo unanime. E proprio qui cominciano invece i dolori. Come fare a parlare in modo preciso della “salute” o della “malattia mentale”, quando è ben noto che almeno in parte questi concetti variano col variare delle culture di appartenenza (per esempio fra l’Europa e certe zone dell’Africa)? Oppure, anche senza scomodare queste megatematiche inter-culturali, e rimanendo all’interno della cultura occidentale, con quali criteri precisi bisogna identificare il concetto di “miglioramento”? Per evitare i giudizi di valore impliciti in questa parola, alcuni Autori come Korchin (1976)²⁰, Goldfried (1980)²¹, Greenberg (1986)²² hanno proposto di sostituirla con la parola “cambiamento”; ma quando poi essi pretendono che il dire “cambiamento funzionale positivo” rappresenti un progresso scientifico rispetto al dire “miglioramento”, c’è di che riflettere sulla presuntuosa vacuità di questi giochi linguistici, e, più in generale, di un certo formalismo di derivazione anglosassone.

²⁰ Cfr. KORCHIN S. J., *op. cit.*

²¹ Cfr. GOLDFRIED M.R., *Toward the delineation of therapeutic change principles, American Psychologist*, 1980, 35.

²² Cfr. GREENBERG L.S., *Change process research, Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54.

Continuando a parlare del “miglioramento”, o “cambiamento funzionale positivo” se si preferisce un linguaggio più “tecnico”, Autori come Strupp e Hadley²³ (e tutte le persone di buon senso) mettono in rilievo che esso viene valutato diversamente da tre importanti agenti di valutazione, cioè il paziente stesso, lo psicoterapeuta, la società (parenti, amici, colleghi, datori di lavoro, ecc.). A questi io aggiungerei un quarto agente possibile, cioè lo psicologo. Così, entrando nel merito dei criteri, i principali sembrano essere quelli seguenti: auto-valutazione di benessere — aumento dell’auto-stima — riduzione dell’ansia o dello stress — ristrutturazione della personalità — modificazione dei valori personali — riduzione dei sintomi osservabili — valutazione da parte dello psicoterapeuta, secondo il suo specifico orientamento — miglioramento del comportamento nei confronti dello psicoterapeuta — miglioramento nel lavoro o nello studio — accettazione o riaccettazione esplicita delle regole sociali — assunzione o riassunzione di modalità comportamentali regolari e prevedibili — consacrazione da parte delle istituzioni o delle strutture stabili della società (dimissione dall’ospedale, riaccettazione in famiglia, ecc.).

Ora, è evidente che la molteplicità ed eterogeneità di questi criteri pongono tutta una serie di problemi, che si ricollegano al problema più generale, precedentemente discusso, relativo alla molteplicità e incompatibilità degli orientamenti psicoterapici. E cominciamo col rilevare come i suddetti criteri, che dovrebbero essere definitivi, hanno in realtà bisogno essi stessi di venire definiti, perché poggiano su concetti per nulla univoci (cosa significa esattamente “benessere”, o “personalità”, o “valore”, ecc.?). Inoltre, molti di questi criteri sono strettamente associati all’uso di specifici

²³ Cfr. STRUPP H.H., HADLEY S.W., A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes, *American Psychologist*, 1977, 32.

strumenti psicologici, come il colloquio clinico, le tecniche proiettive, i questionari di personalità quali l'MMPI, le rilevazioni di parametri psicofisiologici, ecc. Ma tali strumenti sono essi stessi oggetto di controversia fra gli psicologi, sia per ragioni metodologiche, sia per ragioni teoriche.

Per esempio, sono note le insidie contenute nei resoconti soggettivi che vengono raccolti durante il colloquio clinico, o le difficoltà di attribuire un significato psicologico certo e costante anche agli "oggettivi" parametri fisiologici. Oppure, se si vuole un esempio più specifico, si può pensare a un questionario di personalità metodologicamente ineccepibile, che effettivamente rilevi determinati "tratti": ma uno psicologo di orientamento umanistico non lo accetta comunque, perché la sua concezione della soggettività gli preclude l'ipotesi di "tratti" comuni rilevabili con strumenti standardizzati, e a essa contrappone l'ipotesi di "vissuti" unici e irripetibili.

Se ne deduce, fra l'altro, che è puramente illusoria la proposta, avanzata da alcuni, di risolvere il problema della multidimensionalità del concetto di "miglioramento" (o degli altri concetti fondamentali della psicoterapia) mediante la moltiplicazione delle procedure di rilevazione. In realtà, così non si risolve nulla, e si ottiene solo una somma fasulla di elementi eterogenei e pertanto non sommabili. Infatti, il problema di questa multidimensionalità non sta nel dover fare i conti con un unico criterio di "miglioramento" difficile da definire in modo chiaro e completo, il che giustificherebbe l'uso di molte (il più possibile) e fra loro diverse (il più possibile) procedure di rilevazione; bensì nel dover fare i conti con molti criteri di "miglioramento" fra loro stessi incompatibili. Cioè non si tratta di "fotografare" lo stesso oggetto da angolazioni diverse, bensì di "fotografare" oggetti diversi; e se nel primo caso ha senso sommare un'angolazione all'altra, nel secondo caso non ha senso sommare un oggetto all'altro.

Uscendo dalle metafore, basta riflettere un attimo per accorgersi della reale incompatibilità fra i diversi criteri possibili del “miglioramento”: per esempio, limitiamoci a poche combinazioni fra solo quattro dei dodici criteri prima enunciati: “auto-valutazione di benessere”, “aumento dell’auto-stima”, “valutazione da parte dello psicoterapeuta”, “accettazione esplicita delle regole sociali”. Ebbene, posso progredire nella mia auto-stima pur continuando a sentirmi male; oppure, posso sentirmi meglio sebbene il mio psicoterapeuta non noti in me alcun miglioramento spiegabile nei termini del suo orientamento; oppure, posso accettare le regole sociali (e non essere più giudicato un deviante), ma contemporaneamente avvertire un calo nella mia auto-stima... Le combinazioni possibili sono molte decine, per cui lascio questo divertimento intellettuale ai lettori più pazienti di me. A margine di quanto detto, c’è da notare con Minguzzi (1986)²⁴ che alcuni dei criteri di “miglioramento” si prestano più degli altri alle condizioni della ricerca sperimentale; in particolare, la “riduzione dei sintomi osservabili”, criterio caratteristico della terapia comportamentale, è più facilmente gestibile dallo sperimentatore rispetto per esempio al criterio della “ristrutturazione della personalità”. Tuttavia questo fatto, se può inorgogliare i terapeuti del comportamento (che non a caso sono fra i più convinti sostenitori della ricerca sull’efficacia della psicoterapia), a ben vedere non risolve i nostri problemi. Infatti, per non cadere in una petizione di principio, non dovrebbe essere il criterio di “miglioramento” comportamentistico ad autoconsiderarsi in partenza superiore agli altri criteri, sulla base della propria affinità con le condizioni della ricerca; bensì, esattamente al contrario, dovrebbe essere la ricerca comparata sulle psicoterapie, condotta in modo

²⁴ Cfr. MINGUZZI G. F., *op. cit.*

del tutto indipendente, a stabilire l'eventuale superiorità del criterio comportamentistico rispetto agli altri criteri.

In definitiva, il quadro appare sconsolante, e mi sembra insensato che molti Autori continuino a parlare con sicurezza di «tassi quantitativi di miglioramento» e di cose simili. Ritengo, piuttosto, che del “miglioramento” in psicoterapia i ricercatori possano parlare più o meno soltanto negli stessi termini in cui ne parlano i pazienti e gli psicoterapeuti, con tutte e intatte le ambiguità che questo comporta. Ci si consoli, se si vuole, pensando che il “miglioramento”, quando veramente c'è ed è rilevante, è di per sé indubitabile al di là dei criteri specifici che possano definirlo. Questo appello all'intuizione e al senso comune non è certo una cosa “scientifica”; ma non credo vi sia altro da fare.

b) Un secondo fattore che rende problematica e contraddittoria la ricerca sperimentale e statistica sulla psicoterapia è costituito dalle caratteristiche e dagli atteggiamenti degli stessi ricercatori. Da un lato, infatti, è difficile stabilire quali debbano essere i loro requisiti nei confronti della psicoterapia: forse è bene che essi siano anche “un po'” psicoterapeuti, per conoscere dall'interno le categorie su cui lavorano; ma che non lo siano “troppo”, così da dimenticare che sono anzitutto dei ricercatori. Ed è, questo, un equilibrio difficile da raggiungere e persino da definire. D'altro lato, le loro propensioni personali inconsapevoli, verso l'uno o verso l'altro degli orientamenti psicoterapici, possono influire in modo decisivo sulla loro interpretazione dei risultati della ricerca, e, più a monte, sulla stessa pianificazione della ricerca e sulla stessa raccolta dei risultati. So bene che questo problema non esiste solo nel campo della ricerca sulla psicoterapia, e che,

a partire perlomeno dal celebre contributo di Rosenthal (1966)²⁵, la comunità scientifica ha preso ampiamente coscienza del fatto che la soggettività del ricercatore rappresenta una variabile importante della ricerca. Ma credo che nel campo specifico della ricerca sulla psicoterapia si debba fare i conti con un “effetto Rosenthal” particolarmente insidioso, sia a causa delle profonde risonanze emozionali dell’oggetto di studio, sia a causa dell’impossibilità o della grande difficoltà operativa di ricorrere a tattiche correttive (come il metodo “doppio cieco”) che si possono invece adottare con relativa facilità e buoni esiti in altri campi della ricerca scientifica.

E tutto questo, naturalmente, dando per scontato che i ricercatori non propendano invece ben consapevolmente verso l’uno o verso l’altro degli orientamenti psicoterapici per ragioni di simpatia, o di prestigio, o di carriera, o di interesse economico...

c) Un terzo fattore di grave disturbo — che di fatto s’intreccia con il fattore appena discusso, relativo alla soggettività dei ricercatori — è rappresentato dalle caratteristiche dei pazienti del gruppo di controllo. Dunque: affinché la ricerca sia metodologicamente corretta, è necessario che vi sia omogeneità fra il gruppo dei pazienti trattati e il gruppo di controllo costituito dai pazienti non trattati. Difatti, l’eventuale efficacia terapeutica di un determinato tipo di trattamento è accertabile solo se si dimostra che i pazienti non trattati, del tutto simili in partenza (psicologicamente, socio-culturalmente e psicopatologicamente) ai pazienti trattati, non presentano il miglioramento che invece presentano questi ultimi, e che si presume sia dovuto esclusivamente al trattamento. In altre parole, per procedere in

²⁵ Cfr. ROSENTHAL R., *Experimenter effects in behavior research*, Appleton Century Crofts, New York, 1966.

modo corretto è necessario che gli unici elementi variabili siano il trattamento (che può esserci o non esserci) e il tempo (che trascorre in misura eguale per i due gruppi), mentre tutto il resto rimane costante.

In pratica, però, questo rimaner costante di tutti gli elementi salvo il trattamento e il tempo non è possibile, perché molta variabilità incontrollabile deriva inevitabilmente dal gruppo di controllo. Difatti, con quali criteri si può accertare che i pazienti di quest'ultimo siano effettivamente omogenei ai pazienti trattati, sotto i complessi profili psicologico, socioculturale e psicopatologico? E poi, anche ammesso che tali criteri esistano e vengano condivisi da molti ricercatori indipendenti, e che quindi si possa parlare di omogeneità di partenza fra il gruppo che verrà trattato e il gruppo di controllo che non verrà trattato, come si fa ad avere la certezza che per quest'ultimo l'unico cambiamento sia rappresentato dal trascorrere del tempo? In realtà, le condizioni di partenza dei pazienti non trattati sono suscettibili di molti cambiamenti non riconducibili al neutro trascorrere del tempo, bensì attribuibili in parte a fattori personali del tutto imprevedibili, e in parte proprio alla mancanza di trattamento, che diventa così una variabile indesiderabile che interviene attivamente nella ricerca, sebbene forse in misura inferiore (ma chi può dirlo con sicurezza?) rispetto alla variabile rappresentata dal trattamento. Per esempio, si può ipotizzare che un paziente del gruppo di controllo, al quale il trattamento viene rifiutato o rinviato *sine die* con vari pretesti — il che fra l'altro pone un problema etico al ricercatore — subisca un peggioramento dovuto al suo sentirsi abbandonato; e che un altro paziente del gruppo di controllo cerchi aiuto in persone diverse dal ricercatore o dallo psicoterapeuta, come un amico, un parente, un altro dei pazienti, ecc., e che l'aiuto così ottenuto determini un suo effettivo miglioramento.

A questo punto, il ricercatore viene a trovarsi in una situazione diversa da quella che aveva previsto: pensava di dover confrontare pazienti trattati e pazienti non trattati, e che per questi ultimi fosse solo trascorso del tempo, cosicché la variabile costituita dal trattamento potesse dimostrare la propria efficacia o inefficacia rispetto soltanto al proprio contrario, cioè al tempo tra-scorso senza trattamento; e invece si trova in una situazione nella quale, continuando con la nostra ipotesi, un paziente del gruppo di controllo è peggiorato a causa del proprio vissuto relativo alla mancanza di trattamento, e un altro è migliorato grazie all'aiuto ricevuto da un profano. E se, com'è possibile, il ricercatore non si accorge della vera natura di questi due cambiamenti opposti, egli concluderà erroneamente sopravvalutando nel primo caso e sottovalutando nel secondo caso l'efficacia del trattamento.

Per tentare di risolvere il problema, diversi ricercatori utilizzano gruppi di controllo costituiti non già da veri pazienti, bensì da soggetti volontari, che sono per lo più studenti universitari. Ma questa è proprio una buona idea? È vero che in questo modo si evitano i problemi derivanti da un paziente vero che si sente rifiutato, ma se ne creano altri e forse più gravi.

Da un lato, infatti, l'omogeneità di partenza fra il gruppo che verrà trattato e il gruppo di controllo diventa ancora più difficile da ottenere, perché le differenze non possono che essere sostanziali fra i soggetti del primo gruppo — che sono necessariamente pazienti veri con una vera patologia di cui soffrono, e che chiedono aiuto allo psicoterapeuta — e i soggetti del secondo gruppo, che non hanno veri problemi patologici e non si auto-percepiscono come bisognosi di aiuto. E questo vale anche se i soggetti del gruppo di controllo vengono selezionati sulla base della presenza in essi di tendenze patologiche non disturbanti, ma considerate (dai ricercatori) "simili" a quelle dei pazienti veri. Infatti, tanto per fare un esempio,

non mi sembra sensato considerare omogenei e confrontabili il caso di un paziente vero, che ha paura di tutte le donne e ne soffre al punto di ricorrere allo psicoterapeuta, e il caso di un soggetto selezionato per il gruppo di controllo a causa di una sua paura specifica dei serpenti, che lo tormenta assai poco visto che non deve fare l'esploratore nella giungla...

D'altro lato, come rilevano molti Autori, fra cui Krupnick, Shea e Elkin (1986)²⁶ la valutazione del ricercatore è particolarmente influenzata dalle caratteristiche dei soggetti e dalle loro auto-percezioni; e questo vale anche quando i soggetti del gruppo di controllo gli trasmettono, al contrario dei soggetti del gruppo trattato, la loro ben fondata auto-percezione di non-pazienti non-bisognosi di aiuto. È chiaro che queste differenze possono influire sulla raccolta e sull'interpretazione dei risultati della ricerca.

Credo di poter concludere questo discorso relativo alla ricerca scientifica sull'efficacia della psicoterapia.

I fattori di problematicità dei quali ho parlato, e ai quali se ne potrebbero aggiungere altri, non mi sembra debbano essere sottovalutati. So bene che in concreto (cioè al di fuori dei "sistemini perfetti" e delle idealizzazioni di tanti epistemologi) la ricerca sperimentale è sempre difficile e imperfetta, in tutti i campi; e che anche nelle scienze di sangue blu come la fisica o l'astronomia, e quindi non solo nella ricerca sulla psicoterapia, esistono problemi relativi alla scelta fra teorie concorrenti, ai criteri di definizione degli oggetti di studio, alla non-replicabilità di certi eventi, alle difficoltà di quantificazione, alle modalità di costituzione dei gruppi di control-

²⁶ Cfr. KRUPNICK J., SHEA T., ELKIN J., Generalizability of treatment studies utilizing solicited patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54.

lo, alla soggettività interferente del ricercatore, ai criteri d'interpretazione dei dati statistici e così via.

Ma penso che nella ricerca sulla psicoterapia vi sia di più e di peggio, che vanifica la speranza di renderla finalmente attendibile mediante procedure più sofisticate di quelle finora utilizzate. Infatti, a mio parere, il problema non è procedurale, bensì sostanziale, e l'introduzione di nuove procedure non solo non lo risolve, ma addirittura lo rende sempre più ingarbugliato. A titolo d'esempio, si considerino le due situazioni indesiderabili discusse nel precedente punto c).

Nel primo caso, la mancanza di trattamento, nel gruppo di controllo, diventa per un determinato soggetto "percezione di sé come paziente bisognoso di aiuto ma abbandonato o respinto", e in quanto tale costituisce una variabile indesiderabile che può falsare il confronto finale con i pazienti del gruppo trattato. Ebbene, si può pensare di neutralizzare tale variabile spiegando ai soggetti del gruppo di controllo le vere ragioni per le quali essi vengono "respinti". Ma in questo modo si crea un nuovo problema, perché "la percezione di sé come cavia" è un'altra variabile indesiderabile, che può anch'essa falsare i risultati della ricerca.

Nel secondo caso, il paziente respinto si fa aiutare da una figura non professionale, e l'aiuto così ottenuto può modificare le sue condizioni iniziali. Ebbene, si può pensare di neutralizzare questo pericolo scoraggiando esplicitamente i soggetti del gruppo di controllo dal cercare l'aiuto di terzi, oppure limitando la loro libertà di contatto. Ma in questo modo si crea un nuovo problema, perché "la percezione di se come respinto e segregato" è un'altra variabile indesiderabile che può influire sui risultati della ricerca.

Ora, ritengo che lo schema di questi due esempi si riproduca identico in tutti i tentativi di intervento correttivo nella ricerca sulla psicoterapia: per ogni variabile indesiderabile che viene neutralizzata, se ne crea subito

un'altra altrettanto indesiderabile, in un processo senza fine. L'intervento correttivo sulla variabile incontrollata diventa esso stesso un'altra variabile incontrollata.

Insistere sulla strada delle procedure di controllo è come togliere acqua da un pozzo senza fondo. Piuttosto, bisogna prender coscienza della differenza intrinseca fra la ricerca sulla psicoterapia e la ricerca in altri campi. In questi campi (per esempio in biologia, o in psicologia della percezione) una soddisfacente neutralizzazione delle variabili di disturbo è almeno teoricamente possibile, magari mediante costruzioni complesse, che prevedono procedure che controllano altre procedure, in un processo di decantazione che si distanzia sempre più dall'oggetto della ricerca. Al contrario, nel caso della ricerca sulla psicoterapia — ancor più che nel caso della ricerca in psicologia della personalità — le procedure di controllo non riescono a distanziarsi dell'oggetto di studio, e anzi lo alterano proprio come lo alterano i fattori che esse dovrebbero controllare²⁷.

5. I “PREREQUISITI IMPONDERABILI “ COME FATTORI TERAPEUTICI COMUNI A TUTTI I TIPI DI TRATTAMENTO ANDATI A BUON FINE

Se riesamino le conclusioni del punto 3 e del punto 4, posso riassumerle dicendo che bisogna prendere atto della molteplicità e incompatibilità degli orientamenti psicoterapici; e che neppure la ricerca scientifica sulla psicoterapia ci consente di eliminare gli svantaggi che derivano da tale molteplicità e incompatibilità: essa, infatti, non riesce a definire univocamente

²⁷ Sui problemi epistemologici e metodologici della psicologia si può vedere: MARHABA S., *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*, Giunti Barbèra, Firenze, 1982.

le stesse categorie concettuali con cui dovrebbe lavorare (come “miglioramento”); né, tantomeno, riesce a dimostrare in modo convincente la maggior efficacia di un qualsiasi tipo di trattamento rispetto agli altri, e neppure la maggior efficacia di un qualsiasi tipo di trattamento rispetto all’ipotetica azione “terapeutica” di variabili quali il semplice trascorrere del tempo, il ricorso alle risorse interiori, o l’aiuto di figure non professionali (amici, parenti, colleghi, ecc.).

Ora, riflettendo su queste conclusioni, certo non esaltanti, mi sembra di poter cogliere in esse un elemento che aiuta a comprendere in modo unitario le ragioni di una problematicità che altrimenti appare fin troppo segmentata ed eterogenea.

E questo elemento è costituito, a mio parere, dalla presenza di un nucleo complesso di fattori personali e interpersonali.

Questi fattori sono per definizione non definibili rigorosamente, se mi si perdona il gioco di parole. Consistono in atteggiamenti mentali, motivazioni, percezioni di sé e degli altri, aspettative, intenzioni, modalità di essere, sentimenti, attribuzioni di significati ai rapporti umani, forme di sensibilità etica ed estetica, sedimentazioni e filtrazioni di esperienze di ogni genere. Il tutto grondante di irripetibile individualità, che fa di tali fattori dei veri *imponderabili* (ma non per questo degli “irrazionali”), che però hanno un peso enorme in tutte le dimensioni dell’universo psicoterapico.

A mio parere, è la loro importanza sempre presumibile ma mai circoscrivibile, è la loro imponderabilità pesante che, intervenendo in ogni mattoncino della costruzione psicoterapica, rende quest’ultima così problematica. In particolare, rifacendoci alle succitate conclusioni del punto 3 e del punto 4, cosa significa prendere atto della molteplicità e incompatibilità degli orientamenti psicoterapici, se non riconoscere che imponderabili fattori personali e interpersonali fanno interpretare in molti modi diversi i molte-

plici e contraddittori aspetti della realtà umana? E cosa significa prendere atto delle difficoltà insormontabili della ricerca scientifica sulla psicoterapia, se non riconoscere che il semplice modificarsi di una percezione di sé o di una percezione degli altri — cioè di un fattore personale e interpersonale — può rendere inagibile un programma sperimentale?

Ma se i fattori personali e interpersonali svolgono un ruolo così importante sul piano degli orientamenti e della ricerca, e ne causano la problematicità, ciò dipende dal fatto che essi svolgono un ruolo nascosto ma determinante anzitutto nello stesso trattamento psicoterapico, e ne causano quel tanto che in esso vi è di non prevedibile.

Tuttavia, approfondendo la riflessione, non mi pare che questi imponderabili fattori personali e interpersonali siano di per se stessi causa della non prevedibilità del trattamento psicoterapico. Piuttosto, quest'ultima mi sembra dipendere almeno in parte dalla non consapevolezza dell'esistenza di quei fattori, e dalla mancata individuazione fra di essi di alcuni fattori la cui presenza è sempre positiva. In altre parole, penso che alcuni imponderabili fattori personali e interpersonali costituiscano dei *prerequisiti*, cioè dei fattori terapeutici presenti in tutti i trattamenti andati a buon fine, indipendentemente dal tipo di orientamento psicoterapico nel quale si pone ciascuno di tali trattamenti.

Per tentare di far chiarezza, in una materia tanto sfuggente, ho preparato una lista di possibili prerequisiti (vedi la [Tabella](#)), esprimendoli esclusivamente con le categorie del linguaggio e del senso comune, e astenendomi da qualsiasi approfondimento dei loro significati e delle loro implicazioni. Se lo facessi, infatti, cadrei nell'arbitrarietà più totale. Del resto, non è neppure detto che la loro semplice enunciazione sia condivisibile, né pretendo di aver stabilito il loro stesso numero. In quanto prerequisiti, li considero comuni a tutti gli orientamenti, e li distinguo *in prerequisiti dello psi-*

coterapeuta e prerequisiti del paziente. Inoltre, li distinguo dai *requisiti generali*, che sono fattori (più facilmente definibili dei prerequisiti) comuni a tutti gli orientamenti psicoterapici e a tutti i pazienti, e dai *requisiti specifici*, che sono fattori (anch'essi più facilmente definibili dei prerequisiti) specifici di ciascun orientamento psicoterapico e dei suoi pazienti.

Anche i requisiti generali e i requisiti specifici si distinguono in *requisiti generali dello psicoterapeuta e requisiti generali del paziente*, e in *requisiti specifici dello psicoterapeuta e requisiti specifici del paziente*. Infine, sottolineo che l'estrema complessità del tutto nasce anche dalla considerazione che fra i prerequisiti e i requisiti non sussiste un semplice rapporto sommativo, bensì un'intricatissima rete di interrelazioni e di integrazioni parziali.

L'esistenza di fattori personali e interpersonali, simili a quelli che ho chiamato *prerequisiti*, è stata riconosciuta da alcuni Autori (cfr. per esempio Kor-chin, 1976²⁸; Schneider, 1977²⁹; Minguzzi, 1986³⁰) che hanno variamente sostenuto la funzione terapeutica della *qualità del rapporto* fra psicoterapeuta e paziente, indipendentemente dalle caratteristiche teoriche e operative di ciascun orientamento, e dalla stessa professionalità dello psicoterapeuta.

Tuttavia, malgrado tali riconoscimenti (a dire il vero non numerosi), i pre-requisiti corrono il rischio di venire sottovalutati nella loro reale incidenza, e questo per almeno due motivi.

In primo luogo, a causa della loro imponderabilità essi sono esprimibili (ma non definibili) solo col linguaggio del senso comune³¹: e ciò li rende in-

²⁸ Cfr. KORCHIN S. J., *op. cit.*

²⁹ Cfr. SCHNEIDER F., *I fondamenti della psicoterapia*, Borla, Roma, 1977 (trad. it.).

³⁰ Cfr. MINGUZZI G. F., *op. cit.*

³¹ Sul rapporto fra il senso comune e le discipline psicologiche si può vedere: MARHABA S., *Problemi di fondo in psicologia*, in: AA.VV., *Conoscenza e struttura*, Il Mulino, Bologna, 1985.

visi ai tanti simpatizzanti degli esoterici linguaggi dello scientismo, e ai sostenitori delle semplificazioni riduttive (come coloro che pretendono ridurre la complessità dei rapporti umani a meccanismi sostanzialmente semplici quali l'effetto placebo).

In secondo luogo, i prerequisiti possono apparire come dei pericolosi "concorrenti esterni" delle modalità relazionali fra psicoterapeuta e paziente che — perlomeno a partire dal transfert freudiano — sono state concettualizzate dai diversi orientamenti psicoterapici. Infatti, i prerequisiti sono di per sé meta-psicoterapici: accettarli significa accettare che la psicoterapia è solo un caso particolare della vita relazionale quotidiana, mentre molti vorrebbero che la vita relazionale quotidiana o fosse del tutto estranea alle specifiche modalità relazionali concettualizzate all'interno del loro orientamento psicoterapico, o addirittura obbedisse a queste ultime.

Se invece si rinuncia a sottovalutare i prerequisiti, e li si rende "coraggiosamente" espliciti, a mio parere li si può utilizzare come valido criterio esplicativo, malgrado la loro imponderabilità e la loro esprimibilità con le sole categorie elastiche e intuitive del senso comune.

Come minimo, infatti, essi possono spiegare le differenze interindividuali nelle risposte dei soggetti sottoposti al medesimo tipo di trattamento con il medesimo psicoterapeuta.

Ma soprattutto, se si riconosce con chiarezza che essi possiedono uno specifico valore terapeutico in quanto tali — cioè anche indipendentemente dalle teorie, tecniche e modalità relazionali degli orientamenti psicoterapici, con le quali essi interagiscono — i prerequisiti possono spiegare da un lato i miglioramenti o le guarigioni senza psicoterapia, e d'altro lato il fatto che si ottengono miglioramenti o guarigioni mediante trattamenti psicoterapici di tipo completamente diverso. Così, i prerequisiti acquisisco-

no lo status di un prezioso *comun denominatore terapeutico*, che controbilancia la desolante eterogeneità e contraddittorietà delle teorie, tecniche e modalità relazionali dei diversi orientamenti psicoterapici.

Certo, tutto questo può essere contestato da uno psicoterapeuta, sulla base dell'ipotesi (sicuramente legittima, e anche credibile) che i prerequisiti curino solo le patologie molto leggere, mentre le patologie gravi siano curabili solo mediante l'intervento psicoterapico. Tuttavia, almeno io personalmente non m'imbarcherei nell'avventura di dimostrare empiricamente la validità di tale ipotesi, dopo tutto quello che ho detto con convinzione sulle insormontabili difficoltà metodologiche della ricerca sugli effetti della psicoterapia...

Riassumendo e concludendo, vorrei proporre una definizione evasiva di *psicoterapia*: qualunque psicoterapia è un'integrazione ogni volta diversa di prerequisiti imponderabili ma universali, e di requisiti (teorici, tecnici e relazionali) non imponderabili ma anche non universali.

E inutile enumerare i problemi che nascono da questa definizione evasiva, o meglio da questa non-definizione. Mi limito a evidenziarne uno soltanto, che riguarda la formazione dello psicoterapeuta: se è possibile insegnare i requisiti, fra cui le teorie, le tecniche, le modalità relazionali dei diversi orientamenti, e persino la professionalità, come si fa invece a insegnare i prerequisiti? E se non li si può insegnare, come si fa a rinunciare a cuor leggero a insegnarli, avendo la certezza o solo il sospetto che essi interagiscano continuamente con i requisiti, o addirittura possiedano un proprio indipendente valore terapeutico?

6. CENTRALITÀ DEL PREREQUISITO IMPONDERABILE “TENSIONE ETICA” COME FATTORE TERAPEUTICO

Almeno una delle domande del questionario epistemologico (la n. 17) riguarda la tematica etica, che ritengo d'importanza fondamentale in tutti i campi del sapere puro e applicato, e che oggi finalmente (grazie anche al dibattito in corso sull'ingegneria genetica) comincia a ricevere la dovuta attenzione da parte della comunità scientifica. Per molto tempo, difatti, quest'ultima si era tenuta lontana dalle questioni etiche o addirittura aveva manifestato una vera eticofobia: e ciò sia a causa dell'influenza del positivismo, che separava tanto nettamente quanto illusoriamente i fatti dai valori, e dichiarava che solo i primi sono studiabili scientificamente; sia a causa della presenza, soprattutto in Italia, di sistemi ideologici assolutizzanti (soprattutto il cattolicesimo pre-conciliare e il marxismo) che monopolizzavano il discorso sull'etica riducendolo alle loro categorie partigiane, cosicché lo scienziato o il professionista serio, identificando l'etica con l'ideologia, diffidavano ingiustificatamente della prima perché diffidavano giustificatamente della seconda.

A dire il vero, queste remore non sono scomparse del tutto. E ancora oggi, nella cultura italiana, c'è chi etichetta per esempio come clericale l'insistenza sulle questioni etiche, o la riconduce agli opportunismi tattici di quella o di quell'altra forza politica. Un atteggiamento, questo, particolarmente duro a morire nell'ambito delle discipline psicologiche e della cultura psicoterapica: sia perché le prime continuano a reagire (spesso inconsapevolmente) all'impronta moralistico-caritativa impressa dall'orientamento gemelliano, sia perché la seconda continua a risentire dello scientismo caratteristico delle origini della psicoanalisi. Così, ancora oggi molti psicoterapeuti hanno paura di essere percepiti come “maestri di vita” o come

“quasi-sacerdoti”, e fra molti altri sono ancora diffusi atteggiamenti difensivi anti-etica che assumono la forma della dissacrazione provocatoria e del cinismo di facciata.

Tuttavia, come dicevo all’inizio, negli ultimi anni le suddette remore sono molto diminuite anche in Italia; e la parte migliore dei nostri psicoterapeuti (come dimostrano anche le risposte in questo libro) ha compreso (secondo me in misura superiore ai nostri psicologi) l’irriducibilità al moralismo delle questioni etiche, la loro imprescindibilità e universalità, e la loro appartenenza intrinseca agli stessi fondamenti della ricerca scientifica pura (come dimostra il caso già ricordato dell’ingegneria genetica), e non soltanto all’area delle applicazioni (come nel caso di un dibattito sulle centrali nucleari condotto nei termini tradizionali della “neutralità” della scienza).

Fatte queste premesse di ordine generale sulla centralità e attualità della tematica etica, ritengo che di essa, nell’ambito specifico del discorso psico-terapico, si possa parlare a tre diversi livelli d’importanza crescente.

a) Il primo livello è il più scontato (perlomeno nella consapevolezza, se non nella realizzazione) e si riferisce ai doveri morali dello psicoterapeuta verso il suo paziente. E si potrebbe infatti parlare semplicemente di “deontologia”, se non fosse che quest’ultima — a giudicare da regolamenti come quelli degli psicoterapeuti nordamericani — appare in molti casi solo formalistica e legalisticamente tesa a impedire comportamenti scorretti (come la violazione del segreto professionale) anziché a promuovere comportamenti costruttivi. Pertanto, credo che la dimensione deontologica stia stretta a un’esigenza di primato etico che — penso lo si possa affermare senza volontà di discriminazione — caratterizza la psicoterapia più di molte altre professioni. E difatti non a caso, bensì a causa della particolarità della situazione psicoterapica, e dell’estrema vulnerabilità del paziente,

appaiono giustificatamente odiosi in modo per così dire “speciale” atteggiamenti e comportamenti di strumentalizzazione del paziente stesso, o di menefreghismo, o di riduzione della sofferenza a business da parte dello psicoterapeuta.

Di “psicoterapeuti” così (preferisco mettere la parola fra virgolette) ne ho incontrati purtroppo diversi, penso (e spero) a causa della mancanza di regolamentazione nel settore. Essi mi hanno fatto paura, per il pericolo sociale che rappresentano. Inoltre, l’averli conosciuti mi ha confermato che l’esigenza etica è una caratteristica essenziale della vera intelligenza, intesa come sensibilità intellettuale ai nessi della realtà. Difatti costoro, dietro la maschera della competenza e della sicurezza, nascondevano il volto ottuso e arrogante della stupidità.

b) Il secondo livello di eticità è ancora più importante del primo, perché interviene come specifica variabile attiva negli stessi ingranaggi del processo psicoterapico. Cioè non si limita a normativizzarlo dall’esterno, come nel caso del primo livello, bensì compare sotto forma di quella *tensione etica* che ho incluso (nella precedente [Tabella](#)) fra i prerequisiti dello psicoterapeuta.

Ora, come si ricorderà, ai prerequisiti dello psicoterapeuta ho creduto di poter attribuire uno specifico valore terapeutico, indipendente dalle teorie, tecniche e modalità relazionali di qualsivoglia orientamento psicoterapico. E alla tensione etica, di conseguenza, ritengo di poter attribuire tale valore terapeutico.

In quanto prerequisito, la tensione etica è un fattore personale e interpersonale di per sé imponderabile, esprimibile solo con le categorie intuitive del linguaggio comune. Pertanto, mi astengo dal tentativo di definirla in modo “scientifico”, perché so che esso finirebbe nella banalizzazione (come nel caso di alcune infauste “ricerche empiriche” nordamericane) o

nella perdita di qualsiasi significato; e produrrebbe un ingiustificato pessimismo di principio, che si tradurrebbe nel dubbio circa la stessa esistenza di qualcosa che invece il senso comune identifica, senza difficoltà, mediante espressioni come appunto «tensione etica».

Tuttavia, poiché penso, al contrario dei neopositivisti, che si possa parlare anche di ciò che non è rigorosamente definibile, e anzi che se ne debba parlare più che del resto, perché in genere si tratta delle cose più importanti, posso cercare di esprimere per approssimazione questa terapeutica tensione etica. Atteggiamento, o intenzione, o modalità di essere, o forma di sensibilità, o altro ancora che sia, essa include ciò che comunemente s'intende per disponibilità totale, accettazione dell'altro in quanto tale, desiderio di ridurre la sofferenza altrui, capacità di amare, solidarietà immediata e fattiva con i più deboli, volontà costante di fare agli altri ciò che si vorrebbe fosse fatto a se stessi, capacità di presa in carico della sofferenza altrui, e molti altri concetti intuitivi di questo tipo. Tutti caratterizzati da una profonda, individualissima e spesso drammatica risonanza interiore, il cui darsi immediato pone in secondo piano il problema delle loro diverse matrici (cristiane, laico-kantiane, ecc.); e la cui verità va molto al di là delle strategie del consenso all'americana (come la confidenzialità, la bonomia e il sorriso sempre pronto).

A questo punto, uno psicoterapeuta appartenente alla cosiddetta "area umanistica" (logoterapia, psicosintesi, orientamento rogersiano, ecc.) potrebbe riconoscersi nelle cose che ho detto e nel linguaggio che ho usato, e ritenere che io stia portando acqua al suo mulino. Questa sarebbe tuttavia un'opinione errata. Infatti, le modalità relazionali concettualizzate dagli psicoterapeuti dell'area umanistica, sebbene assomiglino o addirittura coincidano nel linguaggio — come nel caso di "promozione della crescita del paziente" o "disponibilità incondizionata dello psicoterapeuta" — con

alcune delle espressioni con le quali si può connotare per approssimazione la tensione etica, in realtà si differenziano profondamente da quest'ultima. E questo perché la tensione etica è un *prerequisito*, mentre le suddette modalità relazionali costituiscono un *requisito* specifico dello psicoterapeuta; in proposito, rinvio al precedente punto 5 e alla [Tabella](#).

Tengo a sottolineare che la differenza non è capziosa o nominalistica, bensì vera e sostanziale. Infatti, il prerequisito "tensione etica" è libero da qualsiasi specifica connotazione dottrinale e/o ideologica; mentre il requisito "modalità relazionali di tipo umanistico" è indissociabilmente legato all'insieme delle teorie e delle tecniche che caratterizzano un determinato orientamento psicoterapico umanistico, nonché alle opzioni filosofiche e/o ideologiche di quest'ultimo (come una visione ottimistica della natura umana, o l'apologia della nozione di "responsabilità individuale"). Ancora, il prerequisito "tensione etica" è di per sé imponderabile e non verificabile; mentre il requisito "modalità relazionali di tipo umanistico" può essere sottoposto a tentativi di verifica empirica (per esempio, si può cercare di evidenziare i correlati verbali, mimici o psicofisiologici della "disponibilità del terapeuta" o dell'"apertura" del paziente), e infatti tentativi di questo genere, già da molti anni, sono stati posti in atto in particolare dall'orientamento rogersiano. Infine, il prerequisito "tensione etica", in quanto appartenente anche all'universo extra-psicoterapico, a maggior ragione può essere presente in qualsivoglia psicoterapeuta di qualsivoglia orientamento; mentre il requisito "modalità relazionali di tipo umanistico" è presente per definizione esclusivamente negli psicoterapeuti di orientamento umanistico.

Quest'ultimo aspetto del confronto è particolarmente significativo, perché dimostra con forza la necessità di tenere distinte fra loro la tensione etica e le modalità relazionali di tipo umanistico. Difatti, se si ammettesse

l'identità tra queste due nozioni, ed essendo per altro acquisito che la tensione etica ha un valore terapeutico, ne nascerebbe come conseguenza che soltanto gli psicoterapeuti di orientamento umanistico potrebbero ottenere risultati positivi grazie alla tensione etica, e che gli eventuali risultati positivi ottenuti dagli psicoterapeuti di orientamento non umanistico non potrebbero essere attribuiti in alcun caso alla tensione etica. Ma lo stato della ricerca comparata sull'efficacia dei diversi orientamenti psicoterapici, ampiamente discusso nel precedente punto 4, non autorizza questo tipo di formulazioni, perché non consente di individuare con certezza la natura dei fattori terapeutici e quindi neppure la superiorità di un qualsiasi orientamento rispetto agli altri; e anzi, di fronte all'uniformità dei risultati positivi ottenuti da orientamenti fra loro del tutto diversi, lascia pensare fondatamente all'esistenza di fattori personali e interpersonali (i prerequisiti) di per sé terapeutici e comuni a tutti i generi di trattamento andati a buon fine. Perciò l'identità fra tensione etica e modalità relazionali di tipo umanistico deve essere respinta, e altro non rimane se non riconoscere la loro differenza.

Ed esemplificando questa differenza, proviamo a pensare al confronto fra un trattamento, andato a buon fine, di un terapeuta del comportamento, e un trattamento, non andato a buon fine, di uno psicoterapeuta di orientamento umanistico. Ebbene: poiché non conosciamo con certezza il valore terapeutico dei diversi fattori che sono intervenuti nei due trattamenti, siamo liberi di ipotizzare:

1) che il successo del trattamento comportamentistico sia stato dovuto non già ai requisiti specifici (teorie, tecniche, modalità relazionali) dell'orientamento comportamentistico, bensì al valore terapeutico del prerequisito "tensione etica" posto in atto dal terapeuta, e ciò sebbene quest'ultimo possa invece attribuire il successo ai suddetti requisiti, o non

voglia ammettere la terapeuticità o la stessa esistenza di un fattore personale e interpersonale facilmente connotabile con una terminologia (come appunto “tensione etica”) che gli appare estranea al proprio orientamento e congeniale a quello, da lui non condiviso, degli psicoterapeuti umanisti;

2) che l’insuccesso del trattamento umanistico sia stato dovuto alla mancanza nel terapeuta del prerequisito “tensione etica”, malgrado la presenza esplicita di un requisito relazionale definito per esempio “disponibilità del terapeuta verso il paziente”, e quindi apparentemente assimilabile al prerequisito “tensione etica”.

Spero risulti chiaro che il suddetto esempio ipotetico mi è servito solo a stabilire una differenza fra due nozioni, e non implica da parte mia alcun particolare giudizio di valore a favore o contro l’uno o l’altro dei due orientamenti citati.

Concludendo l’analisi del secondo livello di eticità, è importante rilevare che in esso — al contrario dell’ipotesi che caratterizzerà il terzo livello — la tensione etica si pone come soltanto uno fra i diversi prerequisiti dello psicoterapeuta. In proposito, rinvio alla precedente [Tabella](#). Cioè la tensione etica costituisce una condizione necessaria ma non sufficiente di terapeuticità: per essere un buon psicoterapeuta bisogna avere la tensione etica, ma quest’ultima non basta per essere un buon psicoterapeuta. Così, per esempio, altro è il prerequisito “tensione etica” e altro è il prerequisito “capacità empatica”: uno psicoterapeuta può avere tensione etica senza avere capacità empatica, e viceversa può avere capacità empatica senza avere tensione etica.

c) Siamo così giunti al terzo livello di eticità. Esso consiste in una ipotesi di carattere radicale, che, come già accennato, soverte quanto ho appena affermato riguardo al secondo livello di eticità: la tensione etica, se di grado estremamente elevato, diventa condizione necessaria e sufficiente di

terapeuticità. Cioè la tensione etica si fa totalizzante, diventando l'unico prerequisito dello psicoterapeuta, e anche l'unico fattore dotato di effettiva therapeuticità. Pertanto, non solo un buon psicoterapeuta è necessariamente dotato di tensione etica (come ci si limitava ad affermare rimanendo nella logica del secondo livello di eticità), ma addirittura qualsiasi persona dotata di tensione etica in grado molto elevato è necessariamente un buon psicoterapeuta.

Ho già dichiarato il carattere radicale di questa ipotesi. Ora aggiungo che sono consapevole della sua indimostrabilità, e che lo sarei anche se fossero dimostrabili cose molto meno impegnative — come la semplice esistenza di un qualsiasi fattore terapeutico — che viceversa dimostrabili non sono, come penso risulti da tutte le pagine precedenti.

Ma è proprio tenendo conto di questa generale situazione d'indimostrabilità e d'incertezza, caratteristica dell'universo di discorso psicoterapico, che ritengo di poter non del tutto arbitrariamente avanzare un'ipotesi tanto radicale e indimostrabile da apparire "mistica" (come forse è veramente). Se non altro, avrò avuto il coraggio di presentarla apertamente come tale, mentre spesso mi trovo di fronte a "verità" mistiche (per esempio in campo psicologico) che vengono presentate come dimostrate e acquisite.

Tuttavia, non mi sembra soddisfacente difendere un'ipotesi "mistica" solo perché non vi sono altre ipotesi dimostrabili, o solo perché essa è congeniale alla mia visione della vita. Ritengo quindi opportuno presentare due argomentazioni, che a mio parere fanno risultare perlomeno non irrazionale l'ipotesi della tensione etica totalizzante.

La prima argomentazione trae lo spunto dal tentativo, compiuto nel punto 5, di superare la diversità ed eterogeneità degli orientamenti psicoterapici mediante l'individuazione (per quanto solo intuitiva) di certi fattori

personali e interpersonali (i prerequisiti) come loro comune denominatore terapeutico. Ora, se si ammette che questo tentativo sia riuscito o almeno sia accettabile, se ne può compiere uno analogo nei confronti degli stessi prerequisiti. Cioè si può tentare di semplificarli, individuando in uno di essi il comun denominatore terapeutico di tutti gli altri. E quale prerequisito può svolgere questa funzione, meglio della tensione etica ? Esso, difatti, appare il più comprensivo dei prerequisiti, perché meglio di ciascuno degli altri e della stessa loro somma sintetizza quella “qualità del rapporto” fra psicoterapeuta e paziente che abbiamo assunto come terapeutica.

In definitiva, la qualità del rapporto verrebbe ricondotta alla sola tensione etica anziché a una pluralità di prerequisiti, e ciò comporterebbe una vantaggiosa economia esplicativa. Infatti, pur essendo la tensione etica un imponderabile della miglior specie, è sempre meglio avere a che fare con un solo imponderabile anziché con molti imponderabili o addirittura con un numero indefinito di essi.

La seconda argomentazione nasce da alcune mie esperienze e dalle riflessioni a esse collegate. Ritengo, tuttavia, che si tratti di quel tipo di esperienze e di riflessioni che va oltre il privato in senso stretto, e che riguarda tutti perché da tutti può essere valutato e condiviso.

Dunque, una volta mi capitò, in una città che conoscevo poco, di dover consigliare il nome di uno psicoterapeuta a una persona che si era a me rivolta a tale scopo. In quella città conoscevo solo due psicoterapeuti, dello stesso orientamento. Di uno sapevo che aveva un eccellente curriculum, e molta esperienza; di lui si diceva che era « bravo ». Tuttavia, in più occasioni avevo avuto modo di rilevare una certa sua spregiudicatezza, un certo suo cinismo nei rapporti con gli altri, e anche nel parlare dei suoi pazienti (talora in modo tale da rendere persino facile la loro identificazione da parte di terzi). Dell'altro psicoterapeuta, invece, sapevo che non poteva vanta-

re un curriculum pari a quello del primo, e che era ancora quasi sconosciuto; ma conoscevo anche la sua serietà e il suo impegno, insieme a una certa sensibilità per la sofferenza umana e a un evidente desiderio di contribuire a ridurla; inoltre, avevo assistito ad alcuni suoi comportamenti disinteressati e altruistici.

Di quale dei due psicoterapeuti dovevo dare il nome al potenziale paziente? Scelsi di dare il nome del secondo.

Un'altra volta una ragazza, amica di famiglia, mi disse che stava andando regolarmente da un pranoterapeuta, per un disturbo psicosomatico che la tormentava. Allora mi misi subito a rimproverarla, e a manifestarle il mio stupore che una ragazza di una certa cultura, come lei, credesse in queste cose non scientifiche e andasse da una persona che presumibilmente le stava vendendo del fumo. Ma lei m'interruppe, e con calma mi disse che il suo disturbo si era molto attenuato, anzi era quasi scomparso in poche settimane; e che il suo pranoterapeuta era una persona meravigliosa, che l'aveva capita in pieno e le aveva ridato fiducia nella vita; inoltre, il suo onorario era molto ragionevole, e nel caso di pazienti bisognosi non faceva pagare affatto; infine, a lei non interessava sapere se il "fluido prana" esistesse o non esistesse, e del resto il suo stesso pranoterapeuta aveva dei dubbi in proposito: a lei interessava solo di guarire, e grazie al rapporto con questa persona stava guarendo. La ragazza sembrava sicura di quanto diceva, e i familiari confermarono la scomparsa dei sintomi. Così io mi zittii, perché, sebbene conoscessi molti psicoterapeuti, con nessuno di essi mi sentivo di poter garantire a quella ragazza un rapporto umano altrettanto positivo e una remissione dei sintomi altrettanto rapida.

Potrei raccontare molte altre esperienze di questo tipo, ma penso sia inutile, se il lettore comprende il vero significato delle due che ho raccontato. Dico «il vero significato», perché non vorrei essere frainteso. Infatti,

parlando della prima esperienza, si possono fare molte obiezioni alla mia scelta: per esempio, nell'incertezza avrei forse dovuto non dare alcun nome, o informarmi per avere il nome di uno psicoterapeuta che desse garanzie sia di competenza sia di eticità; oppure, si potrebbe obiettare che forse mi sbagliavo sul cinismo del primo psicoterapeuta, che magari era solo un modo di fare, e anche sull'altruismo del secondo psicoterapeuta, che magari era solo un modo per farsi mandare clienti dagli ingenui come me. E anche parlando della seconda esperienza, si possono fare molte obiezioni alla mia scelta di non convincere quella ragazza a lasciare il pranoterapeuta e ad andare da uno psicoterapeuta: per esempio, il mio silenzio è stato un incoraggiamento oggettivo a una pratica usurpatrice; oppure, forse il pranoterapeuta stava plagiando quella povera ragazza; oppure, forse i sintomi non erano affatto scomparsi, o forse ne erano comparsi altri più gravi, ma la ragazza non voleva ammetterlo a me e magari neppure a se stessa; oppure quel miglioramento c'era stato, ma senza una vera psicoterapia sarebbe rapidamente scomparso lasciando il posto, nella ragazza, alla perdita di qualsiasi speranza di guarigione.

Tuttavia, al di là di tutte queste fondatissime obiezioni, e di molte altre possibili, il significato delle due esperienze, ricondotto alla questione essenziale che qui m'interessa, può essere espresso in questi termini: per molte persone (fra cui il sottoscritto) in certi campi (fra cui la psicoterapia) la dimensione etica è così importante da vincere il confronto con la competenza. Cioè la dimensione etica rimane per così dire dietro le quinte, come solo uno fra i tanti fattori richiesti, finché non viene messa in discussione la sua esistenza: ma quando ciò accade, essa balza sulla scena e la occupa come unica protagonista, rendendo non solo secondaria, ma addirittura irrilevante la presenza di fattori come lo studio, l'esperienza, la capacità tecnica, ecc.

Nei casi-limite, insomma, quando s'impone la scelta fra la dimensione etica e il resto, molte persone preferiscono sacrificare quest'ultimo, qualunque cosa esso sia. E ciò significa, in pratica, che è inutile accertare la competenza di uno psicoterapeuta, se si dubita della sua eticità; mentre non è mai inutile accertare la sua eticità, al punto che appare non irrazionale (o persino giustificato) che un soggetto sofferente si rivolga a uno psicoterapeuta (o a una qualsiasi altra figura non professionale) di cui sia stata accertata soltanto l'eticità, rimanendo dubbie la sua competenza e la sua esperienza. Di uno psicoterapeuta non si può dire: «Meglio uno immorale che nessuno », o: «È immorale ma è bravo, e mi sarà utile », come si può dire invece di un avvocato, o di un pubblicitario, o di un idraulico.

Finora ho parlato di «molte persone» che condividono questa posizione, perché nel contesto delle mie due esperienze reali (che si prestano a tante obiezioni) non potevo pretendere di più. Ma credo che si possa immaginare una situazione-limite (molto improbabile per la maggioranza di noi, ma non impossibile) riflettendo sulla quale tutti (e non più soltanto «molte persone») debbano riconoscere che la mancanza della dimensione etica vanifica la presenza di qualsiasi altro fattore presumibilmente terapeutico, mentre non vi è fattore presumibilmente terapeutico la cui mancanza possa mai vanificare la presenza della dimensione etica. Dunque: chi andrebbe o manderebbe un paziente da uno psicoterapeuta del quale si conoscesse con certezza la competenza, l'esperienza e l'eccezionalità di certe doti personali come la capacità empatica, ma del quale si conoscesse con altrettanta certezza l'attiva partecipazione a esperimenti di tortura mentale in un campo di concentramento in America Latina?

Spero che le argomentazioni che ho usato siano riuscite a creare un clima non del tutto ostile all'ipotesi della tensione etica totalizzante. Però mi rendo conto che quest'ipotesi rimane difficile da accettare, soprattutto

per il carattere estremo e persino paradossale delle sue implicazioni. Alcune di tali implicazioni possono essere così riassunte:

a) Se l'ipotesi è vera, bisogna ammettere che la tensione etica, divenuta totalizzante, possiede un grado d'intensità superiore a quello che caratterizza la tensione etica del secondo livello di eticità. Cioè bisogna ammettere che la tensione etica diventa l'unico fattore terapeutico, ovvero racchiude in se stessa ogni possibile terapeuticità, nulla lasciando di questa a qualsivoglia altro fattore (requisito o prerequisito che esso sia), solo se e quando il suo grado d'intensità supera un certo limite che non siamo in grado di predeterminare. Ma questa impossibilità di predeterminazione non è l'unico grande problema, perché molto prima di esso se ne pone un altro: difatti, non siamo neppure in grado di definire le caratteristiche che rendono terapeutica la tensione etica del secondo livello di eticità. Certo, si può dire che il "sentirsi accettato" o il "sentirsi benvoluto" o il "sentirsi amato" del paziente da parte dello psicoterapeuta costituisce un fattore terapeutico appartenente alla "logica" della tensione etica: ma nulla ci autorizza ad affermare che tale fattore comprenda ed esaurisca tutta la terapeuticità della tensione etica.

In definitiva, ci troviamo nella seguente situazione paradossale: di dovere (o volere) parlare, nel terzo livello di eticità, degli effetti dello sviluppo d'intensità di un qualcosa, la tensione etica, di cui neppure nel secondo livello di eticità (cioè in una condizione di intensità inferiore) siamo capaci di definire la vera natura e i veri effetti. Imponderabile nel secondo livello, la tensione etica diventa per così dire "ancora più imponderabile" nel terzo livello, quando diventa totalizzante. E allora per pudore, o per sfiducia nella sua esistenza o nella sua effettiva terapeuticità, o per paura della sua esistenza o della sua effettiva terapeuticità, di questa estrema tensione etica totalizzante è difficilissimo parlare, malgrado la mia già espressa convinzio-

ne che si può e si deve parlare anche delle cose che non si possono definire con rigore. E infatti mi limito a immaginare che questo ipoteticamente pesantissimo imponderabile sia tutt'altro che irrazionale, e anzi possieda un'eccezionale capacità di unificare nell'intimo i pezzi irrazionalmente eterogenei e sparsi del processo psicoterapico o di qualsivoglia altra situazione interpersonale fondata sull'aiuto e sulla richiesta di aiuto.

b) Se l'ipotesi è vera, bisogna ammettere che l'estrema intensità incide anche qualitativamente sulla tensione etica, conferendole (nel terzo livello) funzioni perfettamente sostitutive oppure perfettamente identiche a quelle (conoscitive, esperienziali, tecniche, relazionali e imponderabili) che nel secondo livello vengono svolte dalla totalità dei requisiti e dei prerequisiti. Per esempio, nel secondo livello la tensione etica non sostituisce il prerequisito "capacità empatica", cosicché il buon psicoterapeuta deve avere sia l'una sia l'altra, e il meno buon psicoterapeuta può avere l'una senza avere necessariamente l'altra, cioè può capire i pazienti senza amarli o può amarli senza capirli; nel terzo livello, invece, la tensione etica, divenuta estrema, include necessariamente anche la capacità empatica, cosicché lo psicoterapeuta molto etico non può non essere anche molto empatico. Se semplifichiamo il discorso identificando provvisoriamente la tensione etica con la "simpatia", possiamo riformularlo in questi termini: un grado "medio" o "normale" di simpatia non garantisce la presenza dell'empatia, che è invece garantita — si potrebbe dire "scatta automaticamente" — quando il grado di simpatia è eccezionalmente elevato. Oppure, facendo un altro esempio, nel secondo livello la tensione etica non sostituisce il requisito relativo alla conoscenza (ottenuta mediante lo studio e l'esperienza) delle patologie e dei loro sintomi; nel terzo livello, invece, la tensione etica, divenuta estrema, supplisce di per sé anche alla mancanza formale della suddetta conoscenza, recuperandone gli eventuali elementi sostanziali seppure —

ma la cosa non mi pare drammatica — in un contesto terminologico molto lontano da quello abitualmente usato dagli esperti per connotare tali elementi.

Riassumendo in termini dichiaratamente mistici (del resto adeguati a un'ipotesi "mistica"...) si potrebbe dire: chi ama ha anche bisogno di conoscere; mentre chi ama molto, solo per questo già conosce.

c) Se l'ipotesi è vera, non solo la tensione etica totalizzante riassume in sé le funzioni di tutti i requisiti e prerequisiti considerati giustificatamente come terapeutici nel secondo livello di eticità; ma altresì, essa liquida i requisiti e i prerequisiti ingiustificatamente considerati come terapeutici. Per esempio, ipotizziamo che fra i requisiti relazionali di un certo orientamento psicoterapico vi sia la percezione, da parte del paziente, dell'immagine o del ruolo del terapeuta come istanza dotata di indiscutibile autorevolezza e scientificità: ebbene, tale requisito verrebbe liquidato come falsamente terapeutico, perché la tensione etica totalizzante, depositaria di ogni possibile terapeuticità, riconoscerebbe in esso aspetti di culto dell'apparenza, o di inganno, profondamente incompatibili con le esigenze di sostanzialità, autenticità o nudità dell'essere che sono caratteristiche della dimensione etica. Oppure, facendo un altro esempio, consideriamo il prerequisito del paziente "fiducia nella persona dello psicoterapeuta", incluso nella precedente [Tabella](#). Ebbene, nella prospettiva del terzo livello di eticità questo prerequisito deve essere liquidato, perché, nella forma in cui è espresso, esso comporta solo la fiducia unilaterale del paziente, indipendentemente dal fatto che essa sia o non sia ben riposta, cioè indipendentemente dal vero atteggiamento del terapeuta nei confronti del paziente, che potrebbe anche essere di indifferenza o di disprezzo. Insomma, la tensione etica totalizzante non ammette illusioni o apparenze di sorta. Anche a costo, come in questo caso, di contraddire un'antica massima, secondo cui «non è impor-

tante, per l'allievo, che il maestro sia giusto, ma solo che l'allievo abbia fiducia nella giustizia del maestro».

d) Se l'ipotesi è vera, qualsiasi persona capace di una estrema tensione etica è necessariamente un buon psicoterapeuta. Questa implicazione è particolarmente paradossale, ma può essere corretta in questo modo: poiché le persone capaci di una estrema tensione etica sono presumibilmente molto rare, e poiché invece il numero degli psicoterapeuti deve essere sufficientemente elevato per far fronte alle crescenti richieste di terapia, l'ipotesi del terzo livello di eticità non liquida necessariamente la professione di psicoterapeuta. Semplicemente, essa riconosce come giustificata e valida l'attività "terapeutica" di alcune persone eccezionali che non hanno avuto la formazione professionale dello psicoterapeuta; accanto alla normale attività terapeutica di un numero molto maggiore di psicoterapeuti di professione che rientrano nei criteri del secondo o perlomeno del primo livello di eticità.

e) Se l'ipotesi è vera, non si comprende in quale modo il "terapeuta" non professionale possa gestire la propria estrema tensione etica; o meglio, in quale modo egli possa impedire di essere gestito da essa fino in fondo. Difatti, privo com'è di quello schermo difensivo che è appunto la professionalità — con i suoi limiti, i suoi tempi, i suoi luoghi e il suo lasciar libera la sfera privata — come potrà egli sfuggire al coinvolgimento totale, fino a lasciarsi uccidere dall'altrui sofferenza?

f) Se l'ipotesi è vera, è pensabile che il "terapeuta" non professionale possa trasmettere a uno o più allievi la propria estrema tensione etica? È chiaro che, in questo caso, il problema della formazione dello psicoterapeuta, già di per sé molto difficile, diventa addirittura irrisolvibile.

g) Se l'ipotesi è vera, infine, l'epistemologia della psicoterapia non può che coincidere perfettamente (cioè senza residui) con l'etica della psicotere-

rapia. E poiché l'etica della psicoterapia, o di qualsiasi altra struttura conoscitiva e operativa, non può mai essere uno studio intellettualistico separato dalla vita, l'epistemologia della psicoterapia diventa sinonimo di un continuo rinnovamento personale da parte dello psicoterapeuta. E questo, utopisticamente, nel quadro generale di una conoscenza (non solo psicoterapica o psicologica, ma anche fisica, biologica, ecc.) capace di individuare le proprie vere radici nelle profondissime ragioni etiche della realtà.

Concludendo, vorrei sottolineare il carattere non accessorio delle ultime pagine, dedicate all'etica, nel contesto di una riflessione d'insieme sulla psicoterapia.

Non vorrei, cioè, che il discorso sull'etica apparisse una compunta appendice retorica o di parte, concettualmente scissa dai veri problemi della psicoterapia. Ritengo infatti che, al contrario, proprio questi problemi vengano se non altro semplificati dall'esplicito riconoscimento del primato dell'etica, e dal comportamento ad esso coerente degli psicoterapeuti.

Questo non significa che si debba accettare necessariamente la mia distinzione dei tre livelli di eticità; o il modo in cui ho affermato il valore terapeutico della tensione etica, o la stessa espressione "tensione etica"; o tantomeno l'ipotesi "mistica" del terzo livello, che attribuisce valore terapeutico esclusivamente alla tensione etica.

Tutte queste cose vanno infatti più in là di quello che considero l'obiettivo primario e irrinunciabile, cioè la condivisione delle seguenti formulazioni:

– La dimensione etica dell'esistenza umana è un dato immediato ed evidente di per se stesso, perlomeno alla luce delle categorie intuitive ed approssimative del senso comune (incluso il senso comune degli psicoterapeuti). Per i nostri scopi non è necessario, anzi è pericoloso tentare di problematizzare questa dimensione etica, uscendo dal senso comune e avven-

turandosi per esempio nella ricostruzione storico-filosofica della sua genesi (messaggio evangelico, imperativo categorico kantiano, ecc.).

– La dimensione etica costituisce un importantissimo fattore unificante (se non addirittura l'unico) fra i diversi orientamenti e le diverse interpretazioni della psicoterapia. In pratica, quindi, essa fornisce a tutti gli psicoterapeuti un sicuro punto di riferimento comune, in un contesto generale di significati caratterizzato invece dalla problematicità e dalla contraddittorietà.

– La dimensione etica esercita la suddetta funzione unificatrice, in psicoterapia, non solo in virtù dell'auto-evidenza del proprio primato (estendibile a tutte le altre discipline e professioni); ma anche in virtù di una propria ineludibile, intimissima e privilegiata presenza in qualunque tipo di trattamento psicoterapico. Difatti, una volta riconosciuta (come sembra inevitabile) l'importanza terapeutica di fattori personali e interpersonali difficilmente codificabili, fra cui la qualità del rapporto fra terapeuta e paziente, diventa impossibile non includere in quest'ultima un elemento etico, al di là dei modi, delle sfumature, delle parole e delle espressioni con cui lo si voglia connotare.

Ma a queste tre formulazioni, di carattere per così dire programmatico, voglio aggiungerne in chiusura un'ultima, di carattere più intuitivo e sommeso. Credo, cioè, che il consapevole immergersi nella dimensione etica svolga anche una funzione anti-sclerotizzante: perché sintonizza la sensibilità dello psicoterapeuta sulla multiforme imprevedibilità delle situazioni interpersonali, e gli impedisce di rimanere indefinitamente ingabbiato negli automatismi concettuali e terminologici che affliggono non solo tutti gli orientamenti della psicoterapia, ma anche tutte le umane costruzioni conoscitive.

TABELLA DEI PREREQUISITI E DEI REQUISITI PSICOTERAPICI

[\[Ritorna 1\]](#) [\[Ritorna 2\]](#) [\[Ritorna 3\]](#) [\[Ritorna4\]](#) [\[Ritorna5\]](#)

Prerequisiti dello psicoterapeuta:

- Ricca sedimentazione di esperienze (età sufficiente, processo di maturazione in atto, varietà di rapporti umani, conoscenza diretta di altre culture, ecc.).
- Intenzione costante di curare.
- Capacità di sopportare il peso del rapporto con soggetti sofferenti.
- Capacità empatica.
- Tensione etica (disponibilità, desiderio di ridurre la sofferenza altrui, ecc.).
- Accettazione specifica di *quel* determinato paziente.
- Fiducia nella guaribilità di *quel* determinato paziente.
- Altro (...).

Prerequisiti del paziente:

- Intenzione costante di guarire.
- Fiducia nella possibilità di guarire.
- Fiducia nella persona dello psicoterapeuta.
- Altro (..).

Requisiti generali dello psicoterapeuta:

- Intelligenza.
- Conoscenza, ottenuta mediante lo studio e l'esperienza, delle patologie e dei loro sintomi soggettivi e oggettivi.
- Fiducia nelle proprie conoscenze e capacità.

Requisiti generali del paziente:

- Intelligenza.
- Accettazione dell'aiuto professionale.

Requisiti specifici dello psicoterapeuta:

- Conoscenza approfondita delle teorie, delle tecniche e delle modalità relazionali col paziente, concettualizzate dal proprio orientamento psicoterapico.
- Training effettivo nel proprio orientamento psicoterapico, per un numero sufficiente di anni.

Requisiti specifici del paziente:

- Compatibilità oggettiva col tipo specifico di trattamento.
- Accettazione consapevole del tipo specifico di trattamento.

APPENDICE

20 DOMANDE PER INTERROGARE LA PSICOTERAPIA

1. Qual è il tipo di psicoterapia da Lei applicato, da quale teoria deriva, e chi ne è (o ne sono) il caposcuola?
2. Si tratta di una psicoterapia individuale, oppure di gruppo (o di coppia)?
3. Ne illustri brevemente i principali concetti teorici, e definisca il significato, nella Sua prospettiva, dei seguenti termini: “malattia”, “diagnosi”, “cura”, “guarigione”.
4. Qual è la visione generale dell'uomo che sottende il Suo orientamento psiterapico? Inoltre: esiste incompatibilità fra tale orientamento e determinate visioni generali dell'uomo, laiche o religiose? Argomenti la risposta.
5. In che senso e in che misura i cambiamenti storico-culturali (per esempio a livello dei costumi) vengono recepiti dal Suo orientamento psicoterapico?
6. In che senso e in che misura Lei, in quanto psicoterapeuta, si sente portatore, nei confronti del paziente, dei modelli culturali dominanti nella nostra società? Inoltre: quale Le sembra essere il Suo rapporto con le istituzioni?
7. Ritiene che il Suo orientamento psicoterapico sia estrapolabile a culture diverse da quelle occidentali? Argomenti la risposta.
8. Quali sono e devono essere, secondo Lei, i rapporti fra la professione dello psicoterapeuta e quella del medico?
9. Qual è il rapporto fra il Suo orientamento psicoterapico e le nuove discipline psicobiologiche (psicogenetica, neuropsicologia ecc.)?
10. Qual è la Sua posizione nei confronti degli psicofarmaci?

11. In che senso il Suo orientamento psicoterapico può essere definito “scientifico” ?
12. Evidenzi brevemente le principali differenze del Suo orientamento rispetto alle altre forme di psicoterapia da Lei conosciute, e spieghi perché esso è migliore (se Lei lo considera tale).
13. Descriva brevemente i metodi e le tecniche che caratterizzano il Suo orientamento psicoterapico, e chiarisca il loro rapporto con la parte teorica del medesimo. Inoltre: la prospettiva sincretica (cioè l'assunzione di metodi e tecniche da altri orientamenti psicoterapici) è secondo Lei accettabile? Argomenti la risposta.
14. Cosa significa secondo Lei “terapia di sostegno” ?
15. Quali sono i tipi di patologia nei confronti dei quali il Suo orientamento psicoterapico si rivela particolarmente efficace?
16. Quali sono i soggetti preferenziali del Suo orientamento psicoterapico (adulti, bambini, anziani, famiglia)?
17. Nella Sua prospettiva, si può parlare di “esercizio del potere” da parte del terapeuta nei confronti del paziente?
18. Il Suo orientamento psicoterapico è di aiuto rispetto alle grandi patologie sociali (alcolismo, droga, suicidio)? E possibile utilizzarlo a scopo preventivo?
19. I costi, i tempi e le modalità del Suo orientamento psicoterapico sono tali da consentire la sua utilizzazione all'interno di strutture pubbliche? Argomenti la risposta.
20. Indichi, a coloro che intendono intraprendere un training didattico-formativo per divenire terapeuti secondo il Suo orientamento, se è necessario che possiedano determinati requisiti; la durata e la frequenza dei corsi; il costo almeno approssimativo dei medesimi; le sedi da Lei conosciute ove essi si svolgono.

LE DOMANDE SONO STATE POSTE AI SEGUENTI ESPONENTI DI 25 ORIENTAMENTI PSICO-
TERAPICI

1. Analisi transazionale (*Carlo Moiso, Michele Novellino*).
2. Bioenergetica (*Luigi De Marchi*).
3. Biofeedback (*Paolo Pancheri*).
4. Ipnositerapia (*Franco Granone*).
5. Logoterapia (*Eugenio Fizzotti*).
6. Psichiatria (*Italo Carta*).
7. Psicoanalisi (*Glauco Carloni*).
8. Psicoanalisi a indirizzo kleiniano (*Pierandrea Lussana*).
9. Psicoanalisi a indirizzo lacaniano (*Giacomo Contri*).
10. Psicodramma (*Ottavio Rosati*).
11. Psicologia analitica (jungiana) (*Aldo Carotenuto*).
12. Psicologia individuale (adleriana) (*Francesco Parenti*).
13. Psicologia umanistica (*Michele Festa*).
14. Psicosintesi (*Giuseppe La Boria*).
15. Psicoterapia breve (*Ferruccio Antonelli*).
16. Psicoterapia cognitiva (*Mario Reda, Giovanni Liotti, Francesco Mancini*).
17. Psicoterapia comportamentale (*Roberto Mosticoni*).
18. Psicoterapia costruttivista (*Gabriele Chiari*).
19. Psicoterapia della famiglia (*Mara Selvini Palazzoli*).
20. Psicoterapia nei servizi pubblici (*Stefano Mistura*).
21. Psicoterapia rogersiana (*Alberto Zucconi*).
22. Psicoterapia sessuale (*Willy Pasini*).
23. Terapia della Gestalt (*Barrie Simmons*).
24. Terapia razionale emotiva (RET) (*Cesare De Silvestri*).
25. Training autogeno (*Mario Farnè*).

PUBBLICAZIONI DI SADI MARHABA

- Il meta-senso come unico senso possibile. Nuovi orizzonti nella visione esistenziale di Viktor E. Frankl, *Ricerca di Senso*, 9, pp. 11-26, 2011.
- Elementi di base per la storia e l'epistemologia della psicologia, Padova, Logos Edizioni, 2008.
- Fabio Metelli, in: AA.VV., *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma, vol. 74, pp. 821-825, 2008.
- Prefazione. In: PASSERINI A. e TOLLER G., *Psicoterapia con la procedura immaginativa*, Roma, Armando Editore, 2007.
- Understanding Power in Italian Academia. *Just Response* (online), 24 September, 2007.
- La "non trasparenza" di concorsi e carriere nell'università italiana. Lo stato del problema e il possibile contributo alla sua risoluzione da parte della psicologia, *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, pp. 669-685, 2006.
- Quattro lemmi: Vol. 1, "Funzione" pp. 449-452; Vol. 1, "Introspezione" pp. 553-557; Vol. 2, "Skinner" pp. 626-631; Vol. 2, "Wundt" pp. 991-996. In: *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze* (a cura di Barale F. e altri), Torino, Einaudi, 2006.
- Tre lemmi: "Introspezione, introspezionismo" Vol. 6, pp. 5773-5775 ; "Psicologia, metodi" Vol. 9, pp. 9140-9143; "Strutturalismo" Vol. 11, pp. 11196-11198. In: *Enciclopedia filosofica* (a cura di Melchiorre V.), Milano, Bompiani, 2006.
- *Fondamenti della psicologia per l'anno accademico 2006-2007*, Padova, Logos Edizioni, 2006.
- Edizione italiana e traduzione di: Gergen K.J. e Gergen M., *La costruzione sociale come dialogo*. Padova, Logos Edizioni, pp. 1-104, 2005.
- *Fondamenti della psicologia per l'anno accademico 2004-2005*, Padova, Logos Edizioni, pp. 1-240, 2004.
- *L'anti-islamismo spiegato agli italiani*, Trento, Erickson, pp. 1-230, 2003.
- MARHABA S., QUARANTA M.
Giulio Cesare Ferrari psicologo. In: Antonietti A. (a cura di), *Dentro la psicologia*, Milano, Mondadori, pp. 314-327, 2002.

- Introduzione alla Psicologia, Padova, Upsel, pp. 1-309, 2002.
- Il contributo di Fabio Metelli alla psicologia italiana e all'istituzione del corso di laurea in Psicologia (1971), Congresso sui Laboratori Scientifici dell'Università degli Studi di Bari, pp. 139-158, 2002.
- Osservazioni sul pensiero di K. Gergen, Psicologia e Psicologi, 1, pp. 305-308, 2001.
- Frammentazione, non propedeuticità e sotto-culture di appartenenza nella formazione universitaria in psicologia, Giornale Italiano di Psicologia, 28, pp. 425-446, 2001.
- Kanizsa, Barnum e la Facoltà di Psicologia di Padova, Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 6, pp. 69-79, 2000.
- Potere di ruolo, potere per il potere e potere epistemico nella nostra Università autonoma, Rivista di Psicologia, 82, pp. 3-18, 2000.
- Fabio Metelli in the history of psychology in Italy. In: Zanforlin M. and Tommasi L. (ed.), Research in Perception, Padova, Logos, pp. 9-27, 1999.
- Fabio Metelli nella storia della psicologia in Italia, Rivista di Psicologia, 81, pp. 75-92, 1999.
- MARHABA S. (a cura di)
Salute, ben-essere e soggettività. Nuovi orizzonti di significato, Milano, McGraw-Hill, pp. 1-199, 1999.
- La psicologia come "scienza peculiare". Sperimentalismo deterministico e spiritualismo volontaristico nel pensiero di Francesco De Sarlo. In: Albertazzi L. e altri (a cura di), Francesco De Sarlo e il Laboratorio fiorentino di psicologia, Bari, Laterza, 1999.
- Il senso della trascendenza nell'uomo islamico. In: AA.VV., Medio Oriente e matrici culturali dell'Europa, Vicenza, Edizioni Rezzara, pp. 151-156, 1997.
- L'Istituto di Psicologia dell'Università di Padova (1919-1984), Padova e il suo Territorio, 66, pp. 8-11, 1997.
- Confronto fra la forma mentis europea e la forma mentis nordamericana nella storia della psicologia. In: Sbraccia F. (a cura di), Schizofrenia: labirinti e tracce, Padova, La Garangola, pp. 89-94, 1996.
- Marhaba S., Armezzani M.
Quale psicoterapia? Gli indirizzi psicoterapici in Italia: confronto e analisi, Padova, Liviana, 1988.
- Problemi di fondo in psicologia. In: AA.VV., Conoscenza e struttura, Bologna, Il Mulino, 1985

- Lineamenti della psicologia italiana: 1870 – 1945, Firenze, Giunti, 1981.
- Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea, Firenze, Giunti, 1976.

