

psicologia e psichiatria

quale cultura per i servizi psichiatrici

a cura di:

vincenzo caretti

giovanni pietro lombardo

Prezzo L. 5.500
IVA inclusa

bulzoni editore

centro culturale mondoperaio - roma 6-7 marzo 1981

psicologia e psichiatria

quale cultura per i servizi psichiatrici

a cura di:

vincenzo caretti

giovanni pietro lombardo

bulzoni editore

INDICE

<i>Prefazione</i>	p.	7
<i>Parte prima: Cultura e professionalità degli operatori psichiatrici</i> »		9
A. Lo Cascio	»	11
M. Risso	»	19
N. Dazzi	»	29
M. Ammanniti	»	35
A. Giordano - G. Bartolomei	»	45
G. Bignami	»	55
Coordinamento Animatori	»	67
<i>Parte seconda: Tavola rotonda: La professione dello psicologo: competenze e definizione giuridica</i>	»	73
G. P. Lombardo	»	75
E. De Grada	»	77
G. Berlinguer	»	83
E. Spaltro	»	87
L. Cancrini	»	91
A. Ossicini	»	97
G. P. Lombardo	»	101
G. Berlinguer	»	103
E. De Grada	»	107
A. Ossicini	»	111
L. Cancrini	»	115

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

© 1981 by Bulzoni editore
00185 Roma, Via dei Liburni, 14

Parte terza: <i>Lo psicologo: la formazione sul campo</i>	» 119
G. P. Lombardo	» 121
M. Bertini	» 125
G. V. Caprara	» 135
G. Vella	» 143
A. Firetto	» 147
G. Fumai	» 151
G. Vella	» 155
M. Bertini	» 157
G.V. Caprara	» 159

PREFAZIONE

Come curatori del libro, piuttosto che una vera e propria introduzione, abbiamo preferito scrivere solo poche righe di presentazione al volume.

Come è noto il 6 e 7 marzo si è tenuto a Roma presso il centro culturale Mondoperaio un seminario-convegno dal titolo « Psicologia e psichiatria: quale cultura per i servizi psichiatrici » a cui hanno partecipato nelle tre sedute psichiatri e psicologi per fare il punto su alcuni temi emergenti della questione psichiatrica.

Per l'interesse suscitato dal convegno e per l'autorevolezza delle adesioni, ci è sembrato opportuno pubblicarne gli atti per fornire una utile documentazione sia a quanti hanno partecipato ai lavori che a tutti coloro che non hanno potuto essere presenti.

Il dispositivo organizzativo del convegno è stato da noi pensato in funzione di un arco di posizioni culturali e scientifiche ampio e articolato: la preoccupazione metodologica fondamentale è stata infatti quella di evitare il radicamento di settarismi ideologici o di scuola e di favorire invece il recupero della riflessione teorica sulla assistenza psichiatrica. La riforma di questo settore, per potere effettivamente decollare, ha bisogno infatti di un nuovo e sostanziale apporto di idee e professionalità che allo stato attuale nessun modello di intervento psichiatrico è autonomamente in grado di fornire. Come era dunque anche nei nostri auspici, le analisi condotte con rigore critico e autocritico hanno rilevato come sarebbe deleterio per le sorti della riforma dell'assistenza psichiatrica, riproporre meccanicamente vecchie concettualizzazioni che vanno invece riviste e ridefinite in rapporto ai nuovi problemi posti dall'attuale fase di applicazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

In connessione con questo nuovo quadro culturale e legislativo, l'apporto scientifico e professionale della psicologia è stato program-

maticamente ritenuto sostanziale. Esistono indubbiamente delle gravi inadempienze: si attende da troppo tempo ormai, un riconoscimento giuridico della professione di psicologo che sgombrerebbe il campo da molte incertezze e favorirebbe un inserimento lavorativo più qualificato di questa figura professionale. Sotto questo profilo la Tavola rotonda riportata nella seconda parte di questo volume fornisce la documentazione necessaria per comprendere anche le ragioni di questo ritardo.

L'ultima parte infine contiene le proposte formulate dalla comunità psicologica per ristrutturare la formazione universitaria in relazione a quella che si ritiene possa essere una più adeguata utilizzazione di questi professionisti nel servizio sanitario nazionale.

Vogliamo terminare questa nostra breve presentazione del volume, rivolgendo un ringraziamento al dott. Paolo Flores d'Arcais che ci ha ospitato presso il centro Mondoperaio. Con ciò vogliamo dare pubblicamente atto al direttore del centro di una particolare sensibilità culturale e di una estrema correttezza nei rapporti intercorsi per programmare e organizzare il convegno.

Giovanni P. Lombardo
Vincenzo Caretti

PARTE PRIMA

Cultura e professionalità degli operatori psichiatrici

COORDINATORE:

Vincenzo Caretti

RELATORI:

*Antonino Lo Cascio
Michele Risso
Nino Dazzi
Massimo Ammanniti
Alberto Giordano - Giorgio Bartolomei
Giorgio Bignami
AA.vv. - Coord. animat.*

A me sembra che il titolo di questa prima parte del seminario, « Cultura e professionalità degli operatori psichiatrici », si ponga come sfondo e cornice nei confronti degli altri due temi che tra questa sera e domani mattina saranno svolti — e cioè la definizione della professione dello psicologo e la sua preparazione sul campo — nel momento in cui la figura dello psicologo venga acquisita nell'organigramma dell'assistenza psichiatrica. E a me personalmente, nella mia qualità di operatore psichiatrico, — ma forse non solo a me — sembra del tutto ovvio includere lo psicologo nell'ambito dell'assistenza psichiatrica di oggi.

Certo, ancora pochi anni orsono, diciamo sino a circa dieci anni fa, lo psicologo non aveva alcuno spazio nell'ambito psichiatrico e, se poniamo mente a ciò che era la psichiatria negli anni sessanta, ci rendiamo facilmente conto di questa esclusione. Qui mi riferisco alla psichiatria pubblica, non a quella « privata » — per la quale va fatto un articolato discorso a parte —, alla psichiatria per tutti, una psichiatria rappresentata da una serie di differenti istituzioni che tutte a ben vedere, nessuna esclusa, riconoscevano di fatto nel manicomio un modello cui riferirsi o comunque lo utilizzavano come *dumping ground*. Il prestigio di cui dapprima godeva l'ospedale psichiatrico, ma anche la sua semplice — pur deprecata — attiva esistenza dopo, smorzavano ogni possibilità alternativa, sia all'interno sia al di fuori, ogni intervento diversificante che si potesse in contrapposizione al « modello classico » rappresentato dall'ospedalizzazione.

Non voglio fare qui ciò che oggi sarebbe del facile Grand Guignol sulla dimensione manicomiale, voglio però ricordare che solo da poco, e con un certa timidezza, si comincia diffusamente a considerare il ricovero in maniera critica.

Io credo che la figura dello psicologo, abbia partecipato o no alle lotte anti-istituzionali — conclusesi con la Legge 180 prima, e con la Riforma Sanitaria dopo — prenda spicco e significato nel momento in cui la psichiatria rinuncia al ricovero, inteso come soluzione pregiudiziale della sofferenza psichica — anche grave — nel momento in cui si riconosce responsabilmente come una *delle* componenti che possono utilmente concorrere alla salvaguardia della salute mentale, che tale oggi è intesa l'assistenza psichiatrica.

Questo diverso modo di intendere l'assistenza (e non mi riferisco qui al suo aspetto preventivo, di fatto ancora lontano) rappresenta un cambiamento di fronte, un cambiamento non rivoluzionario ma post-rivoluzionario. Questo nuovo fronte costituisce il traguardo maturo d'una necessaria fase anti-psichiatrica, o meglio forse una tappa, capace però di riorganizzare oggi le coscienze degli operatori, degli amministratori, di conferire senso ai programmi ed agli obiettivi della politica sanitaria.

Ma non solo; questa nuova prospettiva dà anche corpo e sostanza ai più ingenui e spontanei interrogativi delle varie componenti dell'utenza. Infatti, una volta superata una prima fase autistica o espulsiva legata all'apparato pseudo-scientifico del passato (« sto male, mi deve ricoverare », « sta male, ricoveriamolo ») l'utenza può trovare nello spirito della nuova legge, (una conquista della democrazia della salute), la ragione delle sue intuizioni: « perché portarlo via, metterlo tra estranei, magari con persone che stanno peggio di lui? »; « se diciamo che è fuori della vita perché allontanarlo di più, ponendolo fuori del suo contesto? ».

Oggi, voglio ricordarlo, il ricovero — anche quello obbligatorio — vede la sua necessità non tanto nella *gravità* del paziente, quanto nella inadeguatezza delle strutture assistenziali. E' questo un segno importante, una netta inversione di tendenza che mostra in maniera evidente come il dramma individuale venga considerato come *anche* il risultato di relazioni tra l'individuo e il collettivo, e dunque non più fatto da isolare, magari in laboratorio, come un virus, non più evenienza solo privata, e di fatto penalizzante per il singolo cittadino. Non voglio dilungarmi perché qui tutti conosciamo il dettato e il senso della legge, voglio invece stigmatizzare

Non voglio dilungarmi perché qui tutti conosciamo il dettato

e il senso della legge, voglio invece stigmatizzare che, nel momento in cui si fa cadere il ricovero come soluzione taumaturgica (e l'esperienza dell'ospedale psichiatrico questo ce lo ha duramente insegnato), si apre necessariamente uno spazio di elaborazione della sofferenza in cui lo strumento residenziale, lo strumento farmacologico (e cioè tutto l'apparato teso alla « normalizzazione » dell'espressione psicopatologica) ridimensionano il loro valore. Si costituisce allora spontaneamente, naturalmente, uno spazio di parola, una situazione di contatto, di relazione che non può essere improntato al solo desiderio antropologico di *comprendere*, di *com-patire*, ma che abbisogna di quelle conoscenze e di quelle tecniche che permettono di non rendere ripetitivo e dunque distruttivo un rapporto umano.

Lo psichiatra, sia esso medico, sia esso infermiere, non ha però queste capacità. A fronte dei pochi operatori già attivi nel passato fuori dall'ospedale, la grande maggioranza degli psichiatri ha avuto poche occasioni che le abbiano permesso di sperimentarsi in queste situazioni, sempre rare nell'istituzione, sempre difficili e, diciamo pure, poco perseguite anche perché il ricorso ai « metodi tradizionali » dava sempre un qualche *effetto immediato*. Il prezzo che si pagava era però alto, è il prezzo della pietrificazione della situazione, è il ristagno, l'avvio ad una possibile cronicizzazione.

Oggi in gran parte d'Italia tutto ciò non è più, o quanto meno non è più dato per scontato, e, se la cultura psichiatrica, o meglio la cultura *tout court*, cambia, l'operatore è cambiato soltanto a livello di desiderio.

La nuova cultura, quella che io chiamerei la cultura della trasformazione, quel tentativo cioè di considerare l'*accidente* psicopatologico come una condizione ambigua, capace cioè di distruggere ma anche di conferire senso, trova un ostacolo non solo nei benpensanti (e cioè di fatto nei fautori del manicomio, e ce ne sono perfino tra gli operatori, per pigrizia intellettuale, per pigrizia morale), ma anche nei tanti operatori che pure si sono battuti per disalienizzare l'assistenza. Mi spiego: la professionalità che lo Stato aveva confezionato per l'operatore psichiatrico era quella di custode della follia, di notaio dell'emarginazione o peggio di anatomo-patologo. Nel momento in cui l'operatore ha abrogato queste sue

vesti di tutore, di « normalizzatore » si è manifestato un gap enorme, quell'abisso di carenze e di storture che solo una situazione altamente distorta occultava e che d'altra parte né l'impegno né le battaglie contro la totalità dell'istituzione potevano essere in grado di colmare.

Quegli operatori che attraverso situazioni privilegiate hanno potuto acquisire quelle capacità che li abilitano ad applicare correttamente il binomio legge/cultura non risolvono ovviamente il problema. La professionalità è in crisi: non si cerca più *l'identità*, acquisita con la nuova cultura, bensì i modi per manifestarla.

E' però una crisi benefica, che porta ad interrogarsi, a confrontarsi, a misurarsi in termini reali con la realtà del problema di una nuova forma di assistenza; ed è sempre nella realtà che si trovano gli elementi per risolvere i problemi.

Da oltre due anni a questa parte gli operatori si sono come si suol dire rimboccati le maniche ed hanno cominciato a ricostruire la loro professionalità, partendo dal concreto, dall'analisi cioè della sofferenza dell'utente.

Nei luoghi della psichiatria residenziale come nei territori si è andati a verificare sia vecchi bisogni, svuotati da lunghe istituzionalizzazioni, a lungo incompresi o considerati impossibili, sia i nuovi bisogni emergenti dalla sofferenza in fase di strutturazione.

A Roma in particolare le équipes residenziali, affaticate dalle lotte anti-istituzionali, hanno ricevuto ossigeno da nuove figure di operatori — gli *animatori* —, mentre, in assenza di una vera e propria osmosi, contatti e scambi si stabilivano con la città e le sue risorse.

Anche le preesistenti équipes dei C.I.M. venivano rinforzate dagli animatori che portavano con essi sia la cultura dell'inesperienza (che vuol dire però anche capacità di meravigliarsi e dunque di vedere) sia il bagaglio dei loro studi umanistici: un grosso contrappeso all'*establishment* psichiatrico, naturalisticamente condizionato.

L'applicazione della nuova legge, che ha realmente proiettato all'interno dei singoli territori le équipes così integrate, ha fornito di fatto ad assistenti sociali e ad operatori non medici nuovo spazio e nuovo ascolto da parte dei tradizionali interlocutori della follia,

spazio e ascolto che precedenti assetti e culturali e di potere avevano mai prima autorizzato. Questi operatori trovavano e trovano sempre maggiore validazione alle loro funzioni nelle precise richieste di intervento che, pur provenendo da « pazienti psichiatrici » non investono né i compiti del medico, né quelli dell'infermiere.

In sostanza una nuova dimensione culturale ed operativa prende vita proprio a partire dal degrado culturale ed antropologico dell'ospedale psichiatrico, un'istituzione che oggi si avvia a superare se stessa per offrirsi come *spazio-ospite* e non già come delimitatore totalizzante della cronicità. Una cultura istituyente dunque, ancorata al territorio inteso come dimensione di conflitto ma anche di vita, che si pone come teoria che scaturisce direttamente dalla prassi, una pratica della salute mentale che a sua volta viene modellata dai bisogni della stessa utenza.

Dunque vitalità della cultura, rinascita della professionalità a partire dalla realtà.

E' all'interno di questo spazio dialettico e in continua evoluzione che mi sembra possano situarsi e le conoscenze e l'opera stessa dello psicologo, inteso come operatore della salute mentale.

Questa sera si discuterà specificatamente sulle competenze dello psicologo. Qui in un seminario animato da tecnici ritengo di dover terminare questo mio contributo introduttivo che ha voluto essere una breve e schematica analisi storica delle trasformazioni della cultura e della crisi della professionalità psichiatrica.

La mia conclusione è che se è stato utile l'apporto delle conoscenze psicologiche per l'abrogazione della vecchia cultura psichiatrica, accademica, asettica, separata e separante, è altrettanto utile quanto ovvio che i portatori di questa cultura si calino nella prassi per fornire il loro contributo costruttivo e concreto alla formazione della nuova dimensione professionale dell'operatore della salute mentale.

Nota editoriale

Michele Risso è scomparso il 3 giugno 1981, cioè a breve distanza di tempo dalla sua partecipazione al seminario i cui atti sono raccolti in questo volume. Di tale partecipazione rendono testimonianza i due brevi testi i quali vengono qui di seguito pubblicati. Il primo è quello che l'autore aveva scritto prima del seminario, sul quale si è basato con minime modifiche estemporanee il suo primo intervento. Il secondo è il trascritto, con minime correzioni di tipo puramente formale, della registrazione di un successivo intervento nella discussione, in cui M. Risso era entrato nel vivo dei temi trattati da due dei precedenti relatori.

D'accordo con i familiari e con alcune persone che Michele Risso aveva recentemente avuto come collaboratori, abbiamo ritenuto utile, anzi doveroso, fornire al lettore ambedue queste testimonianze. L'autore, probabilmente, avrebbe agito in maniera diversa: fondendo i due interventi in un unico testo come è stato richiesto agli altri relatori. Ma esclusa l'ipotesi di una manipolazione attraverso la fusione postuma dei due testi, non restava altra possibilità che questa, a meno di non voler arbitrariamente escludere il contributo dello scomparso. Si sarebbe così persa l'impronta di un intervento caratterizzato dal rigore critico a tratti spietato e allo stesso tempo dalla sostanziale fiducia nella possibilità di un positivo rinnovamento.

MICHELE RISSO, Psicoterapeuta

Primo testo: relazione scritta, letta dall'autore

Nell'Enciclopedia Einaudi, alla voce « Culturale materiale », si legge: « Il progresso materiale è forse l'unico progresso certo. Se non c'è il minimo dubbio sul fatto che l'uomo abbia accresciuto la sua padronanza sul mondo (...), non è certo che abbia aumentato la sua padronanza su sé stesso ». (Richard Boucaille e Jean-Marie Pesez: *Enciclopedia Einaudi*, vol. 4, pag. 301). Per ciò che riguarda la padronanza su noi stessi, l'unica cosa certa è che questa comporta prezzi altissimi. In compenso, non c'è dubbio che la conoscenza che l'essere umano ha di sé e dell'altro si è approfondita e che aumentato è il bagaglio di conoscenze nel campo delle cosiddette scienze umane. Ciò purtroppo non corrisponde ad una crescita del benessere psichico soggettivo e collettivo, al contrario; ma questo non significa, necessariamente — come alcuni in modo sbrigativo vorrebbero — che le conoscenze di cui si parla siano infondate o campate in aria; può significare, tuttavia, che il loro accumularsi vada di pari passo con la presa di coscienza dell'aumento del disagio che tutti ci riguarda; e che, forse, da questo disagio in buona parte derivi. Interpretare un disagio non vuol dire, purtroppo, avere in mano la ricetta della cura. Quello che noi sappiamo non può nulla non dico per sanare, ma per arginare il crescente malessere in cui viviamo.

Tuttavia, nel nostro agire — e parlo qui di un agire specifico, come psichiatri, psicoterapeuti, psicologi — dobbiamo, lo sottolineo, fare riferimento a conoscenze che hanno un risvolto operativo, che vengono tradotte in tecniche di intervento, in pratiche di cura (inteso, questo ultimo termine, come tendenza, non come escatologica aspettativa).

Ora, la domanda: quale cura, se il disagio di fondo rimane immutato? Quale intervento se la ben nota qualità dei rapporti tra gli esseri umani ne esce intoccata? Non si elimina il sospetto che le conoscenze si accumulino e si affastellino indipendentemente dalla fondatezza del messaggio scientifico originario, ma secondo il loro aderire ad una logica che le vuole applicate come provvedimenti che finiscono per mantenere inalterate le cose fornendone diversificate spiegazioni, interpretazioni, giustificazioni. La applicazione delle tecniche appare, così, neutrale in quanto il suo effetto rimane del tutto neutro per ciò che riguarda i mutamenti essenziali (e non di superficie) a livello individuale e collettivo.

Chi ha avuto la spregiudicatezza di affrontare il problema dell'effetto a distanza della applicazione di varie tecniche di intervento in psicoterapia è giunto a conclusioni abbastanza sconcertanti: sembra che, quanto ai risultati, le tecniche usate abbiano carattere di intercambiabilità. Questo non vuol dire che, per quanto riguarda le discipline che sottendono le tecniche, «una valga l'altra»; ma che l'intervento tecnico incide probabilmente molto meno di quanto si pensi sulla evoluzione del male; essendo quest'ultima influenzata, al contrario e molto di più dal rapporto che ha l'intervento tecnico, con il contesto dei valori e delle regole sociali in cui esso si situa.

L'evoluzione del malessere — il suo aumentare o diminuire — dipende quindi non ultimo dal potere reale che hanno le conoscenze acquisite nel campo delle scienze umane nei confronti del potere preconstituito che le vuole al proprio servizio. Ora, il potere conferito alle persone che detengono queste conoscenze è scarso e consiste, soprattutto, nell'attuarsi di quella trasmissione verticale delle conoscenze stesse, in ragione della logica dei ruoli.

Tale trasmissione, poi, non avviene nella pratica del lavoro quotidiano — in tale caso non sarebbe più verticale — ma in sedi che sono lontane dai servizi in cui questo lavoro si confronta con l'urgenza dei bisogni.

Le tecniche, calate dall'alto nella realtà dei servizi, rischiano di indurre bisogni e di non rispondere alla domanda di cura. Prova di questo può essere l'indagine multicentrica condotta dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, che suggerisce la conclusione se-

guente: il tipo di risposta dei servizi non solo determina la domanda degli utenti, ma può favorire processi di cronificazione della malattia che si vuole curare. In altri termini: la distorta risposta dei servizi traduce il disagio in malattia e coagula la condizione di sofferenza in uno stato definitivo che richiede non più cura ma assistenza, non più intervento preventivo ma gestione routinaria.

Ancora una volta la domanda: quale cultura e per quali operatori. La situazione italiana si trova, mi sembra, su un crinale abbastanza rischioso. Da un lato, le esperienze di lotta ai manicomi — una pratica che ha avuto grande importanza politica e sociale — mostrano appena ora il loro peso come rottura di paradigmi della tradizionale psichiatria, come messa in discussione del concetto di decorso e di cronicità delle malattie mentali, pur non formulando teorie di interpretazione alternativa. Inoltre esse possono essere applicate solo in parte e con difficoltà nel nuovo lavoro sul territorio e non sono in grado di rispondere da sole alle domande urgenti di cura e di presa in carico che non vengono più orientate verso il manicomio, come in precedenza.

D'altra parte queste esperienze rifiutano un intervento tecnico codificato da calarsi acriticamente nei servizi; tale intervento si propone tuttavia come ineliminabile (il che non vuol dire che debba essere paracadutato verticalmente nei servizi).

C'è quindi il pericolo di una dicotomia: l'angolo della forbice tende ad allargarsi. Da un lato, servizi condotti secondo criteri non codificabili, dove l'inventiva ha ormai poco spazio e la creatività si scontra con gravi problemi assistenziali e di gestione; dall'altro luoghi di formazione teorica degli operatori che forniscono conoscenze disarticolate da una concreta pratica di lavoro.

Il problema da risolvere è, mi sembra, quello della saldatura — non dell'accostamento — tra servizi e luoghi di formazione degli operatori. Come questo sia possibile non so, né ho l'autorità né la competenza per dire come. Mi sembra inoltre che sia inevitabile partire dai servizi e dalla pratica di lavoro in essi svolta. Se è vero — ed è ormai provato — che la risposta dei servizi condiziona non solo la domanda degli utenti ma il decorso di quel disagio che l'utente presenta ai luoghi deputati alla prevenzione ed alla cura,

appare inutile e dannoso l'immettere dall'alto nei servizi moderne tecniche di intervento e senza un piano organizzato di verifica critica.

D'altra parte, è necessaria una formazione teorica degli operatori che non sia una trasmissione verticale di « nuove » conoscenze da tradursi in tecniche. Sinora, nel mondo delle sincronie convulse, dei « valori » che in intrecciano nella loro interscambiabilità, troppo poco spazio ha avuto la attenzione diacronica e la fatica a questa connessa. E' importante prima di tutto sapere come e dove e quando nasce un messaggio scientifico; in seguito, come « correttamente » lo si può applicare in campo tecnico.

Paradossalmente, il sapere non porta all'operare immediato, ma ad una critica dell'operare stesso. Se ci si prende la briga di osservare le cose da vicino, ci si rende conto che il nuovo riluce molto meno di quanto vorrebbero i predicatori della novella. E che il vecchio è infinitamente tenace e radicato proprio negli strati sottostanti la coscienza di chi, rappresenta, appunto, le « ultime novità », con fiducia nelle magnifiche sorti e progressive.

Mentre parliamo qui di formazione di operatori — riprendendo un tema che fu ampiamente trattato a Gorizia nel 1974, nel convegno « La pratica della follia » i cui atti sarebbe forse opportuno rileggere; e a Trieste nel convegno del Reseau del '77, per non dire di altre sedi come Pordenone, Perugia, Bologna, recentissimamente — a S. Maria della Pietà, a distanza di quasi tre anni dalla legge 180 ci sono 1.100 malati, dei quali la percentuale di « ospiti » è del tutto esigua (poco più di 50) con circa 500 infermieri, 100 ausiliari, una trentina di medici immersi in una situazione che non presenta accenni al cambiamento; molti dei malati sono ancora legati ai letti, sembra che la loro cura e la loro liberazione siano eventi che appartengono ad un improbabile futuro. Allora: quale formazione, di quali operatori? Che cosa fa, che cosa non fa, l'Ente locale? Che cosa esita a fare, che cosa rifiuta di fare? Quali le responsabilità, le inspiegabili inerzie?

Inoltre: ormai, da tutte le parti si è concordi nel dire che i problemi dello specifico sono secondari ai problemi sociali e di struttura; che i nodi, in altri termini, stanno altrove. E tuttavia si assiste ad un fenomeno strano: che lo specifico *apparente*, diversificato cavallo di Troia, entra nei servizi secondo una strana logica:

l'apprendimento delle tecniche — non delle conoscenze — l'adesione alle varie ideologie sociopolitiche, psicanalitiche, relazionali, comportamentali, ecc., sta diventando elemento qualificante per chi voglia trovare accesso a lavoro più o meno retribuito nei servizi. La mano sinistra, volta alla critica del sociale, ignora ciò che fa la destra, intenta ad una « formazione » di operatori che sarebbe forse da discutere. Certo, questo non vuole dire partecipazione delle conoscenze (l'espressione suona addirittura vetusta) ma redistribuzione del potere, relativo, appunto, alla formazione cosiddetta. Potere limitato a mio avviso miope, anche se nella apparenza gratificante.

MICHELE RISSO, Psicoterapeuta

Secondo testo: registrazione da nastro, con minime correzioni, dell'intervento fatto da Riso alla fine di tutte le relazioni introduttive.

Non è molto facile intervenire a questo punto perché gli argomenti sono tanti e disparati; siamo abbastanza stanchi e il tempo a disposizione è breve.

Vorrei fare alcuni commenti brevissimi che riguardano gli interventi dei relatori, almeno di alcuni. Il primo riguarda l'intervento di Lo Cascio.

Io credo che sia difficile oggi parlare di contrapposizione dialettica tra manicomio e territorio. Credo in altri termini che ormai l'ideologia manicomiale sia stata ampiamente esportata nel territorio e che alligni nel territorio con tutti i rischi e pericoli che questo comporta.

Lo Cascio ha detto che la psichiatria rinuncia al ricovero. Penso invece che la psichiatria non abbia rinunciato al ricovero, ma che sia stata costretta a non ricoverare più. Dobbiamo tenere conto di questo fatto perché questo pone, ancora una volta, dei problemi non risolti che diventano problemi di *gestione* anziché problemi di *prevenzione*.

Lo Cascio ha parlato di spazio di parola. Io temo che oggi questo spazio ancora non ci sia. C'è uno spazio di interpretazione, lo spazio di parola è, a mio avviso, altra cosa. E inoltre Lo Cascio ha parlato di nuova professionalità che parte dall'analisi della sofferenza. Credo che non siamo ancora giunti alla possibilità di analisi della sofferenza e siamo ancora costretti — mi riferisco a quello che ho detto prima, sulla esportazione dell'ideologia manicomiale nel territorio — ad una gestione della sofferenza. Cioè l'analisi della sofferenza è un lusso che riguarda, per il momento, poche persone; sia terapeuti che pazienti.

L'intervento di Ammanniti pone delle questioni importanti: egli ha parlato di deserto istituzionale, di nuovi pascoli, di fase di vagabondaggio e di fase di coltivazione. Si può essere d'accordo o dissentire su questo ma sarebbe un dibattito troppo lungo, che non è possibile fare. Comunque è vero che c'è stata una fase di vagabondaggio che ha comportato dei rischi non indifferenti: e i risultati li abbiamo anche visti. E' vero però che una fase di coltivazione comporta rischi altrettanto grandi; coltivare e creare cultura vuol dire anche correre il rischio di creare un *pabulum* che permetta determinati sviluppi: e non è detto che si tratti di progressi.

Ora, quando noi passiamo — per usare termini antropologici — dalla fase dei cacciatori e raccoglitori che vagabondano nel territorio, alla fase dei coltivatori che si fermano, inizia fatalmente il culto dei morti. E noi siamo tutti testimoni, interpreti e ahimè, vittime di questo culto dei morti; pericolo anche questo. Quello della coltivazione è il problema della possibilità di una ripetizione acritica di esperienze dove il potere si costituisce in un sapere che non è più verificabile; e questo riguarda naturalmente il grosso nodo della formazione degli operatori.

Per quanto riguarda poi ancora una volta la coltivazione, la permanenza dei servizi, io rimango dell'opinione che un servizio abbia senso soltanto nel caso che sia in grado di negare se stesso, di superarsi e di autoeliminarli. Ma queste non sono idee soltanto mie e nostre; moltissimi psichiatri inglesi, che hanno pratica di prevenzione, sanno benissimo che quando un servizio funziona finisce sempre per negare se stesso, perché propone trascendimenti e passi in avanti che fatalmente indicano una prassi alternativa.

Quindi c'è la necessità, una volta eliminato il manicomio, di costituire dei luoghi dove la prevenzione e la cura possano verificarsi; c'è al tempo stesso il pericolo che questi luoghi diventino luoghi fissi, istituzionali, e quindi come tali con tutti i pericoli che non starò ad elencare.

Ammanniti ha parlato della necessità di creare a monte un'équipe curante. Io lo pregherei di precisare questo concetto, perché, se lo intendo giustamente, avrei delle perplessità. Il problema è sempre il solito: è quello del passaggio dalla conoscenza alla tecnica. Le conoscenze sono assolutamente necessarie, indispensabili; bisogna sa-

perne il più possibile. Il che non vuol dire essere in grado immediatamente di operare e di incidere su una realtà; l'operare è sempre estremamente contraddittorio.

Poi si è parlato di chi porge ascolto. E' vero, noi abbiamo la speranza che finalmente il malato di mente abbia ascolto. Però la domanda è questa: se per ascoltare ci voglia un determinato sapere scientifico (e mi riferisco qui, in particolare, alla psicanalisi). Ora le esperienze del cosiddetto modello Soteria, cioè del gruppo dell'americano Mosher, hanno dimostrato abbastanza chiaramente che il porgere ascolto, per tempi anche molto lunghi e da parte di persone che non hanno una preparazione specifica (e di nuovo mi riferisco alla psicanalisi) ha dato risultati, in riferimento alla prognosi e al decorso delle affezioni mentali, assai impressionanti in senso positivo.

Ammanniti ha anche parlato di prendere in considerazione se stessi prima di curare gli altri. Ciò è importantissimo: ma se viene interpretato nel senso che non può accostarsi alla cura del malato di mente, del sofferente psichico, chi non ha un bagaglio specifico (e mi riferisco ancora una volta alla psicanalisi), allora io avrei delle perplessità. Sono convinto che le conoscenze psicanalitiche siano importantissime; non vorrei dare però a nessuna conoscenza carattere di indispensabilità e di insostituibilità.

Credo che questo discorso che farò rimarrà, rispetto agli altri che si faranno, il più eccentrico in relazione al tema di questo seminario.

In realtà non è quale cultura per quali operatori, ma è sempre la premessa ad un discorso di questo genere. Cioè: qual'è stata, in questi anni, la cultura psichiatrica, qual'è la situazione presente?

Già da vari decenni la psichiatria è stata campo di discussione, direi, più di ogni altra disciplina, branca scientifica. E' stata campo di discussioni e di analisi dai punti di vista più diversi.

La situazione si è presentata estremamente complicata, estremamente intrecciata, sovrapponendosi esigenze di vario tipo. Una, per esempio, è stata il superamento avvenuto molto lentamente, dell'ipoteca scientifica. La psichiatria era o non era scienza. Certamente se si traccia la sua storia, questa è stata un'esigenza che ha sempre molto premuto e che in fondo ne ha orientato il riconoscimento accademico. Ma si è fatta quest'esigenza sempre più fievole mano a mano che ci si rendeva conto che i modelli di scienza secondo i quali giudicare la psichiatria, erano modelli che appartenevano, anche essi, a contesti culturali che venivano via via invecchiando come i contesti, per esempio, dell'empirismo logico e del neopositivismo e così via. Per cui la domanda poi rimbalzava stranamente; a quale scienza, a quale modello di scienza possiamo avvicinare la psichiatria? L'analisi epistemologica andava complicandosi anche essa in un suo contraddittorio divenire storico, per cui io direi che negli ultimi anni si è assistito, in fondo, ad una sorta di abbandono di questo tipo di analisi, a livello molto alto — nel senso di molto astratto — per affrontare invece livelli molto più concreti, concreti nel senso delle conoscenze verificabili e dei modelli di sapere che alla psichiatria possono essere connessi.

In fondo è cambiato completamente — lo diceva Riso un attimo fa — anche lo spettro dei vari possibili interventi psicoterapici; è venuta fuori la psicoterapia familiare, le varie forme di psicoterapia relazionale, la modificazione del comportamento e all'ultima ora una forma di cognitivismo psicoterapico che in qualche modo tende ad immettere le più recenti acquisizioni nel campo della psicologia, della psicologia cognitiva, nel processo psicoterapeutico, risultando un'ulteriore modificazione della prassi, modificazione che anche da noi ha preso piede.

Accanto al modificarsi graduale delle tecniche di intervento, secondo una logica in cui io non entro ma che probabilmente va vista — come faceva Riso un momento fa — in termini di ripartizione di ruoli e di redistribuzione del potere, ci sono stati degli studi sulle funzioni istituzionali della psichiatria, che hanno non poco contribuito a far vedere quale fosse il tipo di operazioni che si mettevano in atto attraverso le istituzioni totalizzanti e come queste operazioni fossero simili a quelle di tante istituzioni totalizzanti non specificamente psichiatriche. E il discorso cui posso riferirmi paradigmaticamente qui è proprio quello di Foucault.

A lato di questi discorsi veniva fuori un discorso sul concetto di normalità; normalità e il correlato concetto di patologia anche in chiave cross culturale. Ebbene, questo è stato il discorso più difficile e quello più spigoloso che non ha permesso di arrivare mai a conclusioni definitive, ma che ha ancora una volta messo in crisi quest'idea di psichiatria come scienza proprio perché si vedeva che non era riconducibile il concetto di normalità e patologia a quello per esempio che c'è in medicina rispetto al funzionamento di un organo.

Negli anni '50 e dopo, i grossi progressi della biologia molecolare hanno dato poi la stura ad una serie di ricerche nel campo della biologia della schizofrenia e delle malattie mentali. Ricerche che come tradizione hanno un passato assai più remoto, ma a cui le nuove conquiste della scienza, conquiste indisputabili e ormai consolidate, aprivano un campo molto diverso.

C'è una quantità enorme di studi — la letteratura è piena di migliaia di studi che hanno tentato via via di mostrare la determinante genetica dei disturbi schizofrenici, oppure hanno formulato

ipotesi più o meno precise, più o meno elaborate a proposito di alterazioni biochimiche. Con una serie di difficoltà metodologiche comuni per queste ricerche, che spesso rimandano soprattutto ad una specifica diagnosi la quale come tale è di competenza psichiatrica.

Di fronte a questa psichiatria biologica si è affermata — non mi soffermo certo su questo — specialmente in alcuni Paesi, l'Italia innanzitutto, un tipo di psichiatria sociale, di antipsichiatria, che ha avuto l'evoluzione che ha avuto e che ha portato oggi, negli ultimi anni, ad importanti innovazioni anche sul piano istituzionale.

Per fare un minimo di riferimenti concreti io ricordo per esempio due avvenimenti. Pochi anni fa, proprio in occasione di un incontro destinato a verificare alcuni risultati raggiunti dal progetto finalizzato di prevenzione delle malattie mentali, cui faceva riferimento Riso prima, avviato dal CNR, la relazione introduttiva tra l'altro non si poneva specificamente da un certo punto di vista ideologico, quello dell'antipsichiatria, ma preferiva formulare una cornice molto più ampia rifacendosi ad un'impostazione abbastanza diffusa anche sul terreno statunitense, quella epidemiologica. Ecco, io ricordo che proprio immediatamente dopo questa presentazione, questa relazione introduttiva, che sanciva peraltro una sorta di connotazione in larga parte antipsichiatrica della ricerca con un riconoscimento nazionale, si aveva come contraccolpo, la fondazione di una società italiana di psichiatria biologica, i cui rappresentanti proprio in quell'occasione avevano a lungo polemizzato contro l'impostazione che si era voluta dare alla ricerca. Impostazione che era stata difesa sul piano di una legittimità di metodo, non contrastante quindi con un altro approccio il quale si era data poi una sua legittimazione attraverso l'istituzione di una società nazionale di psichiatria biologica.

Ecco, quello che si rileva in tutto questo e nell'evoluzione degli ultimi anni è che, nonostante quelli che sono stati gli esiti concreti su cui si soffermeranno gli altri oratori (io non ho la competenza per valutarli, non essendo un operatore psichiatrico), quello che si vede è questa contrapposizione, più che di conoscenze, di approcci metodologici che sono fra l'altro fortemente ideologizzati; approcci metodologici ideologizzati, come quello per esempio antipsichiatrico che ha fatto dire a taluni che ogni psichiatria ha la sua

antipsichiatria e che quindi non consentono di uscire, tutto sommato, se non sul piano — importante indubbiamente — delle realizzazioni pratiche, dal punto di vista teorico da una dicotomia che non è forse produttiva.

Dall'altra parte una psichiatria biologica che ignora il sociale, ignora le conquiste ottenute su questo piano e che quindi tende ad andare per la sua strada. Tende ad andare per la sua strada avendo però recepito come impostazione esattamente l'impostazione di una psichiatria che ormai si stava dissolvendo sul piano della scienza vera e propria.

Di qui l'inquinamento metodologico di grandissima parte delle ricerche svolte in quest'anno. Che cosa proporre? Recentemente un libro di uno psichiatra italiano, Andreoli, portava il significativo titolo di « Terza via ». « Terza via » che significa: superiamo le contrapposizioni così fortemente sclerotizzate ed ideologizzate della psichiatria degli ultimi decenni, per abbracciare, invece, un punto di vista che sia pure non eclettico, riconcili in qualche modo i dati che abbiamo a disposizione. Quindi rapporto uomo-ambiente, quindi ripresa di tematiche care alla psicologia sovietica pre-staliniana e della neuro-psicologia che si richiama a Luria ed alle sue concezioni a proposito di sistema funzionale.

Ecco, io ho apprezzato lo sforzo di sintesi che questo libro esprime, l'esigenza che questo libro porta avanti. Non vedo invece bene in che cosa essa possa tradursi, e a livello di formazione di operatori — cui si richiamava un momento fa Risso — ma anche a livello proprio di psichiatria come nuova scienza, come un nuovo assetto, come nuova disposizione scientifica. Direi che gli apporti che sono venuti in questi anni sono tutti quanti estranei al campo psichiatrico; c'è stata anche in Italia una certa attenzione al rapporto tra etologia e psichiatria, e recentemente una certa attenzione, però con molte accentuazioni polemiche, sulla sociobiologia di Wilson; sociobiologia di Wilson che riproponendo in qualche modo la solita antitesi tra innato ed acquisito, ripropone anche la distinzione di campo, altrettanto consueta, tra coloro che stimano l'innato essere posizione puramente reazionaria e l'acquisito, invece, senza dubbio posizione progressista e che quindi debbono schierarsi per forza o sull'uno o sull'altro versante, in questo caso perlomeno re-

spingendo grossa parte dell'impostazione socio-biologica di Wilson perché condurrebbe a un nuovo innatismo che sarebbe anche una nuova posizione reazionaria.

E qui direi che si vedono di nuovo i guasti dell'ideologia; forse oggi le conoscenze sono molto più progredite per poter permettere di avanzare certi problemi con la consapevolezza di poter distinguere quanto vi è d'innato e quanto vi è d'acquisito in certi comportamenti; anche se probabilmente soltanto in taluni estremamente limitati, delimitati e specifici casi questo è possibile. La socio-biologia di Wilson ha avuto, secondo me, questo effetto dirompente: di rilevare di nuovo quanto c'è di ideologico in questi problemi e quindi di determinare immediatamente nuove contrapposizioni, ma anche di far sorgere in taluni la speranza che siamo ad un livello di qualità diverso e che questa volta non possiamo soltanto fermarci all'ideologico ma dobbiamo proseguire invece ad affrontare ben determinati, specifici problemi, fiduciosi che almeno in questo limitato ambito si possa uscire dall'ideologia.

Andreoli faceva una sorta di profezia dicendo: quale sarà l'unità di analisi in psichiatria, ormai? Sarà ancora il sintomo o piuttosto sarà qualcosa di diverso? Sarà, secondo le esigenze più recenti, quella di prendere in considerazione il modulo comportamentale, il modulo comportamentale contestualizzato, quindi in fondo non solo l'individuo come tale ma il suo ambiente, la sua storia, il suo inserimento sociale; soltanto in questa dialettica molto complessa sarà possibile giudicare poi se si può applicare l'aggettivo « malato » o no.

Questa sua proposta che condurrebbe ad una terza via, quella dell'antropopsichiatria genetica, dove genetico significa ontogenetico e l'antropopsichiatria risente di suggestioni appunto antropologiche e fenomenologiche, si baserebbe su un'applicazione, che oggi da più parti è vagheggiata — l'ultimo grido della moda — della scienza dei sistemi; cioè un'ottica sistemica salverebbe la psichiatria dalle sue difficoltà. Ecco, questo probabilmente rischia di essere ancora una volta un ultimo slogan, forse più affascinante, più *à la page* degli altri. Mi sembra di dover dire soltanto che oggi lo sconvolgimento del campo specifico è giunto al punto tale che non basta più la psichiatria — come diceva Lo Cascio all'inizio — come plu-

ridisciplina, ma è necessario un onesto sforzo di integrazione delle conoscenze, magari per buttare via gran parte di ciò che è stato fatto in questi anni, ma sicuramente le sovrastrutture ideologiche che sono, secondo me, di barriera a qualsiasi ulteriore progresso.

Prof. MASSIMO AMMANNITI

Primo testo: relazione introduttiva.

In questi ultimi anni, come già emergeva negli altri interventi, nel campo psichiatrico e dei servizi si è verificata un'evoluzione direi estremamente significativa. Possiamo dire che si è partiti da una sorta di deserto istituzionale in cui gli aspetti fondamentali erano questi: da una parte l'immobilismo del mondo istituzionale e dall'altra un clima asfittico che caratterizzava le ricerche della psichiatria, orientate alla ricerca di una localizzazione neuro-patologica che spiegasse la malattia mentale.

Questo paradigma negli anni '60-70 è stato messo in discussione. Questa fase del « deserto istituzionale » è stata messa profondamente in discussione ed è iniziata una nuova fase alla ricerca di nuovi territori, alla ricerca di nuovi pascoli. Di fronte ad un clima più asfittico sia per gli operatori, sia per gli stessi pazienti, la psichiatria è uscita al di fuori delle mura istituzionali ed è iniziata questa ricerca di nuovi territori culturali ed assistenziali.

Questa seconda fase può essere denominata fase del nomadismo, in cui si è andati alla ricerca di nuovi pascoli che alimentassero il mondo della psichiatria per quanto riguarda le teorizzazioni, i metodi di intervento, e infine anche la posizione dei pazienti stessi.

In questo lavoro di ricerca di nuovi pascoli indubbiamente sono stati raggiunti anche delle posizioni indubbiamente interessanti, come la critica al modello sanitario della malattia mentale, la scoperta del ruolo patogeno delle istituzioni, il problema dell'esclusione, il problema della contrattualità sociale del malato mentale e così via. Sono stati indubbiamente anni importanti che hanno rimesso profondamente in discussione ciò che sembrava ormai profondamente acquisito.

Tuttavia credo che questa fase di nomadismo ha sempre di più mostrato la corda. I pascoli si sono via via inestetizzati e questa

ricerca di nuove fonti di alimentazione spesso è divenuta un muoversi convulso nella speranza, finalmente, di riuscire a trovare dei pascoli ideali. Ho l'impressione, proprio perché ho partecipato direttamente a questa fase, che negli ultimi anni più che di nomadismo si è trattato di vagabondaggio, che è una patologia del nomadismo. Si è arrivati spesso a posizioni io credo estremamente discutibili, come quello di considerare equivalente la malattia mentale al disagio sociale. Con un'equazione abbastanza semplicistica e con un atteggiamento di scomunica nei confronti soltanto di certi approcci culturali e scientifici, si è approdati a delle posizioni, anti-scientifiche, che nascondevano un rifiuto totale nei confronti della scienza.

Questa fase di vagabondaggio non solo ha riguardato gli operatori psichiatrici ma anche ha riguardato direttamente i pazienti e le famiglie. Se ci riferiamo poi più specificatamente anche alla nostra esperienza, abbiamo visto negli ultimi anni pazienti fra l'altro vagabondare fra un servizio e l'altro alla ricerca di risposte, senza che nessuno si assumesse una vera responsabilità terapeutica. Ed è fatto di tutti i giorni, perlomeno negli ultimi anni, leggere sui giornali critiche alla nuova legge.

Questo rappresenta senz'altro l'aspetto più deterioro dell'applicazione della legge 180 quando viene interpretata come un rimandare al sociale la risoluzione della malattia mentale.

La mia analisi non si ferma a queste due fasi. Infatti negli ultimi due anni è sorta un'esigenza diversa: l'esigenza di passare dal nomadismo alla coltivazione. Il nomadismo territoriale ha rappresentato l'ingenua speranza che l'inserimento sociale potesse di per sé risolvere i problemi psichiatrici ridando una dignità personale al malato al di fuori della relazione terapeutica con il paziente, unico spazio nel quale il paziente può essere ascoltato. Questo ha posto il problema di mettere delle radici nel territorio della relazione, iniziare un lento lavoro di coltivazione. Se consideriamo l'etimologia della parola coltivazione troviamo il verbo latino « colere », coltivare, che significa anche prendersi cura ed abitare.

Questo credo sia il problema su cui si inizia a lavorare ora e rappresenta l'aspetto più importante della legge 180. Infatti la legge 180 finalmente apre la possibilità di avere un approccio terapeutico:

non più custodia, non più clima asfittico e deprivato del mondo istituzionale, ma la instaurazione di un approccio terapeutico. Sorge l'esigenza di abitare il territorio della relazione fra l'operatore ed il paziente, ossia del trattamento, del « traere », far nascere qualche cosa di nuovo e vitale che è già implicito nel mondo del paziente. Indubbiamente il paziente ha delle parti sane o ugualmente anche la famiglia. Il problema decisivo è quello di coltivarle, farle crescere, creare un terreno dove ci può essere questa crescita, crescita difficile, che non riguarda solo il paziente ma anche gli operatori e gli stessi servizi.

Ed io non credo che sempre, negli ultimi anni, ci si è mossi in questa direzione: spesso un movimento caotico, rotazioni vorticoso ed una scarsa attenzione terapeutica hanno caratterizzato, appunto, il mondo dei servizi.

Io credo che oggi si comincia a porre un'esigenza diversa: esigenza di coltivare i servizi, abitare la relazione terapeutica, prendersi cura dei pazienti. E' il problema di fondo di fronte al quale ci troviamo oggi, il che evidentemente non è un problema semplicistico del tipo di tecnica da adottare ma di approccio, di riferimenti culturali e scientifici che possono essere utilizzati per dare un senso all'incontro con il malato mentale. Per troppo tempo, sia nella fase del deserto, sia nella fase del nomadismo, in realtà non si è cercato di dare un senso ed un significato all'esperienza personale del paziente. Spesso rivolgersi alle problematiche sociali era anche un modo di non ascoltare i problemi direttamente portati dai pazienti. Io credo che oggi gli anni '80 ci pongano dei problemi nuovi: non perdere ciò che c'è stato di nuovo nell'ultimo decennio, ma fare dei passi in avanti, cominciare ad abitare il nostro territorio che, prima di essere un territorio esterno, è un territorio della relazione, fra il servizio e gli utenti.

Dette queste cose molto brevemente vorrei fare riferimento ad una esperienza che noi abbiamo intrapreso negli ultimi anni. Una sensazione diffusa fra gli operatori che operano nei servizi, è un clima di attesa come nel film il deserto dei tartari, stare sulle mura in attesa che ci sia la delibera, che intervenga l'assessore o l'Ente Locale a risolvere i problemi. E in realtà passava poi molto tempo e

molto poco ci occupavamo di quello che succedeva poi all'interno della cittadella, all'interno appunto del mondo da noi abitato.

Partendo da queste considerazioni abbiamo cominciato a renderci conto — e credo che questa sia un'esperienza condivisa — che la legge 180, perlomeno nella sua applicazione a Roma, riproponeva dei modi di considerare il paziente psichiatrico, molto simili alla legge manicomiale. Basta vedere i servizi di diagnosi e cura: io non credo che siano sostanzialmente diversi da quello che avveniva in ospedale psichiatrico: massicce sedazioni farmacologiche, il paziente escluso e separato nettamente dalla famiglia. Viene riproposto uno schema in base al quale il paziente è la parte malata, per cui deve essere espulso ed allontanato dalla famiglia; nella migliore delle ipotesi il servizio di diagnosi e cura non fa altro che rafforzare i meccanismi difensivi più primitivi e spesso più patologici del paziente. Anche nei servizi di diagnosi e cura vi è un clima desertico esattamente uguale a quello che avevamo sperimentato in ospedale psichiatrico.

Dalla nostra crisi, come dalla crisi di molti altri operatori, si è cominciato a pensare che ci si può muovere in un modo diverso, ossia cominciare la coltivazione, i cui punti sono sostanzialmente questi: uno, che è necessario costituire, prima e a monte, un'équipe curante, e questo è il punto fondamentale. Il progetto, prima di esistere nella realtà, esiste nella mente di un gruppo che vuole lavorare. E costituire un'équipe curante significa esattamente questo: significa che l'équipe in primo luogo deve essere in grado di considerare le proprie dinamiche ed i propri problemi di équipe prima di poter accogliere, riconoscere e dare un senso ai problemi dei pazienti. Per cui la necessità di coltivare l'équipe curante, che richiede dei tempi estremamente lunghi.

In questi ultimi anni ci siamo trovati di fronte a rotazioni, al fatto che gli operatori fossero considerati dei numeri, che la legge venisse considerata in termini amministrativi e burocratici, senza che ci si rendesse conto che invece in primo piano bisognava dar valore alla mente e alle motivazioni degli operatori e che si giungesse a costituire una mente, una mente in grado di pensare ed in grado di accogliere le parti psicotiche o le parti conflittuali dei pazienti.

In realtà il paziente psicotico, come altri pazienti, hanno perlopiù sperimentato, nella loro vita, l'espulsione, il fatto che i loro contenuti mentali ed i loro comportamenti non trovassero nessun tipo di udienza all'interno del gruppo dove il paziente vive. Allora muoversi in termini diversi significa poter accogliere anche i contenuti più primitivi, più conflittuali del paziente e potergli dare un senso e un significato; rendere pensabili i suoi contenuti e lavorare sulla relazione terapeutica.

Indubbiamente c'è la necessità di affrontare anche un altro aspetto che è estremamente importante: il problema non è solo quello del paziente ma anche quello della famiglia nella quale vive il paziente. Il che vuol dire che occorre dare un sostegno al paziente ed alla famiglia, evitare brusche scissioni, evitare espulsioni e favorire un'elaborazione del mondo conflittuale del paziente e della famiglia, stabilire un'alleanza terapeutica con le parti sane.

Ecco, perché tutto questo sia possibile io torno di nuovo a sottolineare l'importanza che noi diamo all'équipe curante, al fatto che si dia spazio alla formazione, alla riflessione e che questo è il punto fondamentale. Nessuno può pensare di curare gli altri se prima non prende in considerazione se stesso. E molto spesso la precarietà della condizione degli operatori non permette questo tipo di rapporto. Negli ultimi anni ci siamo spesso trovati di fronte a situazioni che rendevano impossibile una stabilità di intervento ed una stabilità terapeutica. Sto pensando agli animatori assunti in termini estremamente precari, sempre con la minaccia di essere allontanati dal servizio e così via.

Indubbiamente questi sono aspetti che rendono indubbiamente difficile quel lavoro di radicamento, che è il problema che ci viene oggi richiesto diffusamente dalle famiglie e dai pazienti. Ossia trovare dei servizi che siano un reale sostegno, che siano una reale assunzione di responsabilità terapeutica. Ed io credo che nei prossimi anni dovremmo lavorare soprattutto intorno a quest'area se vogliamo che la legge 180 vada avanti e che non rimanga una legge di principi che poi non trova attuazione nella realtà.

Prof. MASSIMO AMMANNITI

Secondo testo: intervento

L'ultimo intervento di Michele Riso mi stimola a riprendere alcune cose che già avevo detto. In realtà quello che mi è piaciuto, che diceva appunto Michele Riso, è il problema del passaggio dalla fase della caccia, dalla fase appunto in cui non c'è una cultura stanziata ed esiste invece una cultura nomadica. Uno degli aspetti fondamentali è proprio quello del culto dei morti. Mentre in precedenza i morti venivano abbandonati con il passaggio alla cultura sedentaria si passa al culto dei morti che continuano a vivere nel gruppo.

Qui si pone un problema fondamentale quello dello sviluppo del pensiero simbolico che secondo un saggio di Eccles e Popper avviene contemporaneamente al sorgere del culto dei morti.

Emerge il problema del lutto, dell'elaborare il lutto, e del far vivere dentro di sé la tradizione e in fondo è il problema della memoria e della rappresentazione. Uno degli aspetti della cultura stanziata è anche questo: che attorno alla coltivazione si comincia poi a sviluppare la cultura, si comincia a creare un insediamento e sorge la memoria. Credo che in modo analogo questo sia un problema importante anche nel rapporto poi con il paziente: far rivivere il paziente anche dentro di noi e probabilmente nell'azione terapeutica è uno degli aspetti fondamentali, ossia che il paziente possa sentire, che finalmente c'è qualcuno che lo tiene nella sua mente e lo fa esistere; qualcuno che riconosce la sua identità.

Credo che questo problema della morte può essere importante se la morte significa lutto, elaborazione della perdita e riuscire a far vivere dentro di sé le immagini e le rappresentazioni e non espellere ciò che si è costruito nel tempo.

Ed in questo vedo anche molto legato, come giustamente diceva Michele, alla coltivazione.

Ecco, qui si pone anche un problema, quando si parla di coltivazione. Che cosa dobbiamo coltivare? Una monocultura o più culture? Io, perlomeno nel concetto che ho, è proprio legato al problema del traere, cioè del far nascere, del far germinare, di generare.

Evidentemente è legato ai germi, impliciti nel paziente e nel suo gruppo; per cui il problema non è tanto quello di educare, di imporre i nostri schemi, di trasferire e trasmettere al paziente il nostro punto di vista, ma creare le condizioni per cui ci sia uno sviluppo, nasca qualcosa di nuovo e che tenga presenti quelle che sono poi le caratteristiche implicite del paziente stesso. In questo noi possiamo funzionare nemmeno come un terreno ma forse come un contadino che ha pazienza, fiducia, che sa aspettare anche le varie stagioni e sa affrontare anche i tempi avversi.

Ecco, io volevo dire, dopo questa precisazione, una cosa che ho avvertito, sia nell'intervento di Rizzo, sia nell'intervento di Bignami quando si parlava di tecnicismo.

E' chiaro che tecnicismo è senz'altro un aspetto negativo. Io però ho anche l'impressione — e questo l'ho anche sentito nell'intervento di Gianna Fiore — quando si parla della società psichiatrica avanzata che i CIM fossero descritti come luoghi dove si fanno terapie, dove le tecniche sono così rigogliose, dove la manipolazione è il problema all'ordine del giorno. Io ho l'impressione che la realtà è ben diversa, ossia il rischio che si corre oggi non è tanto quello del tecnicismo, quanto quello dell'assistenzialismo. L'assistenzialismo è assolutamente il contrario del coltivare, alla fiducia che il paziente abbia in sé qualcosa che si può sviluppare. Il paziente viene considerato una persona che ha bisogno addirittura che noi gli creiamo l'ambiente in cui vive, dai soldi al lavoro, alla casa, tra un po' gli sceglieremo — ammesso che ne saremmo capaci — la donna e così via. L'assistenzialismo comporta la sfiducia che il paziente sia una persona che può evolvere e pertanto noi gli dobbiamo creare un surrogato sostitutivo.

Credo che forse è questo il problema di fronte al quale noi ci troviamo; cioè, i centri di igiene mentale sono stati — perlomeno fino a poco tempo fa — dispensari di farmaci, dispensari di sussidi e dove un progetto di trasformazione assolutamente non si poneva

e dove si perpetuava una relazione parassitica con il servizio. Questo è il pericolo di fronte al quale ci si trova in questo momento; anche se evidentemente una traduzione di tecniche rigide all'interno del servizio non servirebbe. Tra l'altro ci si muove in un contesto estremamente diverso da quello privato per cui c'è un servizio, c'è una fisionomia del servizio, ci sono delle dinamiche istituzionali, per cui il problema è abbastanza complesso.

Ultimo punto — e con questo concludo — è il problema dell'équipe curante. Sì, evidentemente guardare sé stessi non significa guardare con un unico cannocchiale, che è necessariamente quello di tipo analitico. Però io credo che molto spesso il rischio è dell'agire, dell'agire senza testa; e quando parlavo del vagabondaggio è questo il rischio che spesso si corre. Muoversi a corto circuito, cioè senza pensare, senza avere un orientamento, dimostrando poi al paziente ed alla famiglia che lo stesso servizio viene ugualmente contagiato dalla crisi che porta il paziente e la famiglia. Per questo parlavo dell'importanza di avere una mente pensante e su questo c'è da discutere molto. Come si costruisce la mente pensante di un gruppo? Beh credo come giustamente diceva Rizzo, che questo richiederebbe una discussione molto più complessa e molto più lunga.

ALBERTO GIORDANO, Psichiatra

GIORGIO BARTOLOMEI, Psicologo

Vorrei fermarmi su alcuni aspetti del problema generale, che è certo culturale, ma che riguarda più particolarmente il problema della professionalità e dei confronti, dei rapporti tra professionalità diverse ma confluenti.

Comincio con il dichiarare che proprio allo scopo di mantenere questo rapporto tra due professioni confluenti: la psichiatria e la psicologia, trovandomi a lavorare con colleghi psicologi, ci siamo accordati con Giorgio Bartolomei psicologo, per preparare questo contributo. Io parlo anche a nome suo perché questo intervento è il risultato di un confronto che si è ripetuto più volte negli ultimi giorni, tra uno psichiatra, che in qualche modo ha vissuto gli sviluppi della psichiatria e della psicologia negli ultimi trent'anni, ed uno psicologo, che rappresenta la nuova emergenza di esigenze di una disciplina che è certamente antica, ma che trova un suo rinnovamento nella prassi, proprio attraverso il rapporto con i problemi anche della psichiatria e l'apporto dello psicologo dalla vicenda così importante che viviamo in questi anni, di rinnovamento del modo di porsi degli operatori nei confronti dei problemi del disagio psichico.

Questo è detto chiaramente nel programma che ci è stato dato per questo seminario in tre tempi, del quale vorrei riprendere con voi brevemente alcuni punti. Si parla, nella sua conclusione, della comunità psicologica impegnata in un processo di rifondazione culturale e ristrutturazione istituzionale, e si parla di una diversa e più concreta formazione professionale di tutti gli operatori di questo settore. E' una riprogettazione culturale che gli psicologi, come comunità, rilanciano agli altri operatori delle discipline confluenti nell'affrontare il problema psichiatrico.

Credo però che sia anche utile sottolineare, proprio per essere tra noi chiari anche poi nel dibattito, qualche altro punto di questa sintesi programmatica che è stata un po' il messaggio degli organizzatori del Seminario ai partecipanti, completato naturalmente dalla fatica dei nostri moderatori delle tavole rotonde, ma certo come documento che, in mancanza di incontri preliminari tra noi, valeva da guida. Ed allora ecco la sua importanza: si dice giustamente che i servizi sono in difficoltà evidenti, servizi psichiatrici territoriali in gran parte impreparati ad affrontare adeguatamente i problemi posti dalla chiusura dei manicomi. Pericolo quindi di un riflusso, di un ritorno all'antico. Ma in che misura è giusto parlare di una crisi del progetto culturale che era la base della legge 180? E' in crisi la nuova psichiatria che di questo progetto è stata artefice e forza egemone?

Ora, io vorrei precisare (e sicuramente i compilatori di questa sintesi ne erano anch'essi convinti) che le difficoltà di attuazione della riforma psichiatrica sono difficoltà concrete ed ampiamente previste, che in parte si possono anche riferire ad impreparazione degli stessi operatori, in parte come già è stato accennato, a difficoltà di esercitare, in modo abbastanza rapido, un'azione di sensibilizzazione, di superamento di antichi pregiudizi, di crescita culturale sulla gente, che è poi quella alla quale le riforme si rivolgono perché esse possano essere attuate.

Però non vorrei che qualcuno, diciamo da «destra» per intenderci, non rafforzasse un sillogismo che non è giusto, cioè il collegamento della difficoltà di attuazione della legge 180 che è stata voluta dai pionieri, se vogliamo dagli operatori che hanno fondato il nuovo cursus psichiatrico (dimostrandone la validità da Gorizia a Trieste, da Arezzo a Ferrara, da Perugia a Reggio Emilia) con una «crisi della nuova psichiatria». Dobbiamo guardarci da questo collegamento, che è senz'altro falso o perlomeno criticabile.

E' anche l'ora di liberarsi decisamente di un'altra critica, basata sullo stereotipo della carenza di strutture «alternative», che è stato l'argomento principale del blocco di ogni riforma negli anni passati. Tali strutture sono certamente necessarie, ma solo l'azione promozionale della legge 180 — ormai inserita nel discorso globale della riforma sanitaria — ne potrà garantire la realizzazione.

Valga, a questo proposito, il confronto con un'altra azione riformatrice, nel campo della lotta ad ogni forma di emarginazione: l'integrazione degli handicappati nella scuola e nel lavoro. Ebbene, se non fosse stata adottata la «provocazione calcolata» della integrazione globale — che molti definirono «selvaggia» — anche delle forme più gravi, oggi avremmo ancora le scuole speciali e la scandalosa segregazione istituzionale e non il riconoscimento di un principio altamente civile da parte di leggi dello Stato.

E infine, come ultimo punto dell'esame della sintesi programmatica: è possibile impostare una nuova assistenza psichiatrica utilizzando «vecchi» operatori, tanto nuovi quanto vecchi operatori?

Ecco, anche qui dobbiamo porcelo questo problema nel dibattito di oggi e ricordare Franco Basaglia nei mesi in cui ha lavorato, qui a Roma, per la riorganizzazione dei servizi; Basaglia insisteva molto, a Roma, per la riorganizzazione dei servizi; Basaglia insisteva molto, a Roma, sull'importanza fondamentale di conquistare al discorso comune una gran parte appunto di questi «vecchi» operatori. E noi stessi eravamo convinti di questo, perché non possiamo fare delle dicotomie assolute, condannando decisamente un certo numero di persone che invece possono essere rese partecipi, attraverso una formulazione non diversa, ma più chiara, più comprensiva, del discorso di rinnovamento.

Qui vorrei accennare a quanto già Dazzi ci ha riferito sul tentativo recentissimo di Vittorino Andreoli di ritrovare una sintesi tra quel che di biologico c'è anche nella moderna psichiatria e la parte invece socio-psicologica, giungendo a formulare un nuovo termine l'antropo-psichiatria genetica, che però soprattutto dovrebbe non più tener tanto conto dei sintomi, quanto dei comportamenti. Ma questo passaggio dallo studio dei sintomi a quello dei comportamenti che è poi la matrice filosofica della psicopatologia fenomenologica e della psichiatria «alternativa», ci introduce direttamente al problema del rapporto tra psichiatri e psicologi. Già fin dal 1952 André Rey, psicologo, in un convegno che aveva per argomento i rapporti tra la psicologia clinica e la psichiatria, diceva: «Se la psicologia applicata ha ereditato dalla medicina il metodo clinico, essa lo adopera sostituendo al concetto di sintomo quello di variazione o di reazione tipica ed al concetto di malattia quello

del significato e della portata pratica dei dati comportamentali registrati ». Vedete, è lo stesso discorso che si ripete in contesti diversi, con formule differenti — non dimentichiamo che trent'anni sono passati da allora — con tutto quanto si è andato sviluppando in questi anni. E Rey concludeva: « si può anche affermare che la psicologia clinica coincida con la psichiatria ».

Nello stesso anno, da parte psichiatrica questa volta, Virginio Porta, che rappresentava quel gruppo di psichiatri che nell'immediato dopoguerra, per una crisi di rinnovamento che abbiamo tutti vissuto e per i contatti internazionali specialmente con la vicina Svizzera e specialmente nell'ambito della psichiatria infantile che già adottava il concetto di lavoro in équipe e di collaborazione più stretta tra psichiatri, psicologi ed operatori sociali, Virginio Porta — è interessante citarlo — in uno suo intervento in un altro convegno sul lavoro in équipe tra psichiatri e psicologi, affermava: « Che cos'è la semeiotica psichiatrica se non psicologia clinica? Come può non essere psicologo, psicologo per eccellenza, lo psichiatra, in atto di esaminare il suo malato, per formulare la diagnosi psichiatrica? « Ecco, vedete la differenza che c'è di preparazione di base tra lo psichiatra e lo psicologo, qual'è appunto André Rey, e come si possa arrivare, sì, a delle conclusioni simili ma soprattutto da parte dello psichiatra che aveva ed ha maggior potere dello psicologo si tende a considerare psicologo lo psichiatra ma non altrettanto psichiatra lo psicologo. E, detto tra parentesi, questo atteggiamento esiste tuttora; io credo che in qualche modo ne accennerete anche stasera nella parte del Seminario dedicata in particolare agli aspetti legislativi della professione dello psicologo. Nella scorsa Legislatura, lo sappiamo, la proposta di uno status particolare dello psicologo come professione è passata in un ramo del Parlamento ma non nell'altro; non per questioni di tempo ma perché — anche questo lo sappiamo — in modo abbastanza orizzontale, membri medici del Parlamento avevano espresso particolari riserve, sull'attuazione di quel progetto e l'imbarazzo nel quale si trovavano ad esplicitare queste riserve di tipo chiaramente corporativo ha fatto mettere nel cassetto la proposta, allora. Ma alla base di tutto questo c'era proprio ciò che cercavo di dimostrare con le mie citazioni. Aggiungerò, in senso autocritico, una citazione di un mio atteggiamento,

che presi 15 anni orsono, quando mi preoccupava il fatto che la società italiana di neuropsichiatria infantile alla quale io appartenevo (allora si chiamava: sezione della società italiana di psichiatria e non era ancora una società autonoma) era certamente pluriprofessionale; ma le così dette professioni alleate: psicologi, operatori sociali, sociologi, non avevano diritto di voto nell'ambito dell'assemblea dei soci. Questo evidentemente dava loro uno status assolutamente inferiore ai soci medici di pieno diritto.

In quell'occasione portavo degli esempi di altri Paesi dove invece psichiatri, psicologi, operatori sociali si trovavano in una condizione assolutamente paritaria, sotto tutti gli aspetti, e ciò aumentava l'efficienza del loro lavoro comune.

Però come concludevo? Non in maniera così chiara come faceva Porta nel '52, ma concludevo che lo psichiatra dell'infanzia è solo colui che ha una preparazione di lavoro d'équipe che gli permetta di raccogliere in sé le istanze dello psicologo e dell'operatore sociale. Era una specie di acrobazia, ovviamente, ma senza rendermene conto — perché 15 anni fa i discorsi che oggi sono ovvi erano appena iniziati — anche io facevo un discorso di ambizione, di potere, di onnipotenza addirittura, proponendo di raccogliere in una sola mente l'esperienza di tanti cervelli. Ma ciò facevo anche per rendere più dolce ai miei colleghi psichiatri l'accettazione delle altre professioni affluenti. Era come se dicessi: state tranquilli perché in fondo poi lo psichiatra finisce per concludere lui, e conclude a modo suo, valendosi del suo potere-sapere. Queste citazioni si riferiscono allo sviluppo storico della professionalità dello psicologo e dello psichiatra e sono forse utili a comprendere meglio l'odierna dialettica dei ruoli rispettivi o convergenti nei riguardi della nuova psichiatria.

Tale dialettica costituisce certamente una importante ricerca culturale, che dovrà però necessariamente passare attraverso una chiara e decisa riforma degli studi universitari nelle due facoltà, fondata anche sul confronto fra le due discipline, sul piano teorico nei dipartimenti e sul piano pratico nei servizi territoriali. Una simile ipotesi veniva già prospettata da Franco Bisaglia fin dal 1973, nella sua intervista ai curatori del volume « Psicologi e società ».

Sempre sul piano del rapporto interprofessionale, è anche opportuno fermarci un momento sul problema di psicologi ed animatori o di psicologi-animatori, di cui certamente parlerete, forse soprattutto domattina.

Ebbene, il mio contributo vorrebbe essere essenzialmente un contributo pratico; perché è molto giusto approfondire le ragioni degli avvenimenti, ma dobbiamo anche stare attenti a tenere conto di alcuni elementi di realtà.

Massimo Ammaniti nel suo intervento accennava alla figura degli animatori ed all'utilità, all'importanza di questa figura. Però l'animatore, come tale, è certamente una figura che sta acquistando dignità professionale, ma i suoi spazi operativi non sono ancora ben precisati: egli potrà essere, di volta in volta, un educatore di comunità, un « un group leader », un organizzatore di attività di tempo libero o ricreative, un operatore culturale.

Ora, perché fra gli animatori che si era ritenuto di chiamare nei CIM a gestire i clubs socio-terapeutici come figure non medicalizzate, persone che potessero appunto suonare la chitarra o organizzare un gruppo senza il pregiudizio fatale legato spesso all'operatore « psichiatrico » per la maggior parte sono laureati in psicologia?

Eppure non è certo una funzione dello psicologo essere animatore, o lo possiamo essere tutti: medici, psicologi, qualunque persona assuma l'impegno di trattare, di guidare, di promuovere attività di un gruppo di persone. Anche i gruppi Balint hanno un animatore che deve avere una preparazione particolare; anche la stessa équipe ha il suo animatore, che non è sempre uguale ma che può essere una volta l'un partecipante ed una volta l'altro.

Ed allora perché tanti psicologi? Certo, la prima risposta che viene da adottare è che lo psicologo è un operatore preparato da un'università a coltivare le scienze umane e quindi, come fase applicativa, può sicuramente anche assumere questa funzione. Ma l'animatore può derivare anche da un altro tipo di scuola parauniversitaria per educatori di comunità sul modello dei corsi per monitori in Francia. Molti psicologi, inoltre avevano già svolto da studenti un tirocinio presso i CIM e cercavano di restarci perché interessati all'argomento della lotta all'emarginazione sul piano politico,

ma anche, sul piano tecnico, a mantenere vivo il discorso di una copertura professionale verso l'intervento psicoterapeutico, in collaborazione, ma anche in concorrenza con gli psichitri.

Ma a questo punto è stata promulgata — e specialmente nel Lazio abbiamo avuto l'urgenza di attuarla — la legge 180. E' così avvenuto che gli operatori del territorio, in massima parte — errore grave, comunque è stata purtroppo una necessità — sono stati assorbiti dai servizi di diagnosi e cura psichiatrica negli ospedali, in un circolo perverso, che presentava tutti i rischi di una logica di ricambio del modello manicomiale.

Sul territorio, gli animatori psicologi potevano più facilmente, in qualche modo, sostituirsi agli operatori psichiatrici perché avevano una preparazione specifica anche psichiatrica dal loro corso di studi in psicologia.

Ed ecco che anche da parte degli operatori dei Centri di Igiene Mentale, si è privilegiata la chiamata di psicologi, confinandoli però nella categoria degli « animatori ». E non è certamente un caso che l'avviso pubblico per l'assunzione di trentacinque psicologi sia miseramente fallito dopo due anni di lavoro di una commissione di psichiatri, mentre gli psicologi sono entrati a bandiere spiegate nei servizi per i tossicodipendenti, un campo in cui — per ragioni che qui non abbiamo il tempo di approfondire — molti psichiatri non amano essere coinvolti.

Vorrei ora toccare un momento il problema di un altro operatore psichiatrico, che è l'infermiere. Oggi noi parliamo soprattutto dei rapporti tra psichiatria e psicologia ma dobbiamo considerare il fatto che l'infermiere psichiatrico — è stato detto e ripetuto tante volte — è quell'operatore della psichiatria che è più vicino all'utente. Franco Basaglia, a proposito degli infermieri, diceva: la crisi più sentita e più grave è quella del ruolo dell'infermiere, che deve arrivare a conoscere — anche se fino ad allora non era stato necessario — il valore dei rapporti fra gli uomini, perché la sua nuova mansione sarà soprattutto questa: riuscire a comprendere che ogni atto ed ogni gesto nel rapporto con il malato hanno significato particolare, che può aiutarlo ad uscire da se stesso o a farlo regredire e rinchiudersi nel suo mondo psicotico ».

Questa citazione di Franco Basaglia è una sintesi felice della

figura professionale del nuovo infermiere psichiatrico e mi ricorda una recente espressione di Gaetano Benedetti nell'ultimo suo libro, « Alienazione e personazione nella psicoterapia delle psicosi » sulla necessità, da parte del terapeuta, di conquistare la « coscienza dell'assurdo », cioè appunto riuscire a comprendere il paziente e fargli capire anche che si partecipa realmente, che si sa come porsi sullo stesso suo piano.

Però altri, parlando del problema dell'infermiere psichiatrico, dicevano — e anche giustamente — che nel suo rapporto così stretto con il paziente psichiatrico, l'infermiere, se non ha gli strumenti che gli permettano di esercitare la sua azione, con tutte le difese che derivano dal controllo di una certa tecnica, se si vuole, ma soprattutto di una certa esperienza, corre il pericolo — come del resto altri operatori non bene preparati — di essere coinvolto nel circolo psicotico.

Ma il problema della preparazione dell'infermiere psichiatrico è tutt'altro che risolto ancora oggi, anche se lo si tratta da molto tempo.

Ricordo infatti che già nel Manuale americano di Psichiatria di Arieti è presente un capitolo specifico sull'infermiere psichiatrico e nel 1962 ci fu anche un Convegno promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e più di recente, tutta una serie di contributi da parte di infermieri psichiatrici sulla rivista francese « Vie sociale et traitement ».

Da noi in Italia, dopo la citazione di Franco Basaglia, va ricordata anche una breve analisi sull'esperienza di Reggio Emilia, fatta da Giovanni Jervis, in un incontro su « Psicoanalisi e Politica » (atti del Convegno di Milano del '73) che testimoniava il fatto che un certo numero di infermieri chiamati non dall'ospedale psichiatrico ma direttamente dal territorio e senza una specifica preparazione, avevano raggiunto, sul piano del « sapere pratico », una capacità di rapporto con il paziente che non era esagerato definire come « psicoterapeutica ».

Una brillante testimonianza di tale partecipazione di infermieri alla lotta antiistituzionale, che ha contribuito alla promulgazione della legge di riforma psichiatrica è contenuta infine nel diario dei

quattordici infermieri del « Padiglione 25 » di S. Maria della Pietà, pubblicato dall'Editore Marsilio nel 1977.

Anche gli infermieri psichiatrici hanno dunque conquistato « sul campo » una professionalità di cui occorre tenere conto nella prassi totalmente rinnovata della psichiatria antiistituzionale, anche se si tratta di una professionalità che dovrà risultare da una preparazione diversa rispetto alla scuola tradizionale, problema che del resto, è assai sentito in tutte le altre professioni confluenti.

Il tema posto in discussione in questo incontro — Cultura e professionalità degli operatori psichiatrici — tocca un aspetto problematico dell'attuale fase di transizione dei servizi dall'assetto tradizionale a quello previsto dalla 180 e quindi dalle legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Senza vera cultura, infatti, l'operatore pur inserito in un quadro istituzionale in positiva evoluzione non può che restare strumento passivo di applicazione di scelte altrui, esecutore di interventi tecnici trasmessi verticalmente, senza alcuna comprensione dei rispettivi retroterra scientifici e dei significati, veicolo di modelli e di ideologie atti a smorzare la contraddizione, a razionalizzare e a riprodurre l'esistente.

Sotto questo punto di vista la fase che si è chiusa con l'approvazione della 180, e subito dopo della riforma sanitaria, non è stata ancora sufficientemente analizzata e compresa. Sul piano scientifico e culturale tale periodo, se pure ha avuto i suoi momenti di rifiuto acritico e di « contestazione per la contestazione », ha costituito una significativa applicazione della ipotesi di Adorno: possedere profondamente la tradizione in se stessi (e i protagonisti la possedevano, e ne soffrivano) per poterla davvero odiare, come punto di partenza per un processo di reale trasformazione. Certo alcuni, e non per loro colpa ma perché la strada era disseminata di enormi difficoltà, hanno affrontato questa fase trascurando il significato delle esperienze precedenti: cioè restando privi degli strumenti idonei alla elaborazione di una adeguata memoria storica; seguendo dei leaders passivamente, senza alcuna autonoma nervosità di pensiero, senza una adeguata capacità di provare disgusto. Quindi oggi essi realizzano la profezia del filosofo: cioè non appena si accorgono della forza della tradizione, disertano. Ovviamente non si tratta di diserzione nel senso letterale (fisico) della parola; ma nel

senso che l'operare nelle strutture che si stanno formando talora oscilla tra il vuoto di un progressismo verbale e la concreta, triste realtà dell'apprendimento passivo e della applicazione automatica di interventi tecnici i quali a questo punto non possono che ricalcare gli schemi tradizionali. In questo modo prendono corpo gli spauracchi agitati con buona ragione in questi anni: il ritrasferimento nel privato degli interventi che esigono una certa professionalità, accanto a un assistenzialismo psichiatrico di competenza dei servizi; la psichiatrizzazione del territorio, attraverso una promozione di modelli e tecniche terapeutiche di marca volta per volta biologistica, o psicologica, o sociologica.

Questo intervento non viene né da uno psichiatra, né da uno psicologo, e neanche da un medico, salvo per una laurea presa quasi 25 anni fa e praticamente mai esercitata. Pertanto non può affrontare una serie di questioni pur importanti sotto il profilo culturale, ma che non si possono discutere se non facendo esatto riferimento all'operare quotidiano nei servizi, con tutta la sua diversità da momento a momento e da luogo a luogo. In qualità di osservatore esterno e di interlocutore in un discorso critico scientifico-culturale che si è tentato in questi anni nelle più svariate sedi mi competono piuttosto alcune osservazioni sugli equivoci che oggi incombono sul processo di trasformazione culturale. Tali equivoci nascono dal fatto che sia le conoscenze scientifiche di diverso tipo — volta per volta di tipo neurobiologico, neuropsicologico, psicologico e psicodinamico, sociologico, ecc. — sia gli interventi tecnici che su di esse si fondano, raramente vengono « dialettizzati » (o se si preferisce relativizzati), ma il più delle volte sono oggetto di assolutizzazione, o di rigetto in blocco, o di riciclaggio e fusione in ambigui schemi eclettici. Ma su questo argomento occorre essere più espliciti.

La assolutizzazione. Non vi è bisogno di essere ufficialmente schierati con i biopsichiatri e gli psicofarmacologi di stretta osservanza per promuovere di fatto la assolutizzazione dei modelli organici (bio-medicalizzanti) di malattia mentale. Né vi è bisogno di essere un teorico puro di questo o quel modello dinamico e un sostenitore esclusivo della relativa tecnica terapeutica per promuovere di fatto una assolutizzazione in forma di riduzionismo psico-

logistico. Infatti quasi tutti i biopsichiatri e psicofarmacologi che conosciamo, salvo qualche esemplare particolarmente sprovveduto e obsoleto, sono bravissimi nel proporre modelli multifattoriali di malattia mentale, in cui tutte le cause storiche dalla tentazione di Adamo ai giorni nostri, tutte le cause socioeconomiche (macro e micro: la classe, la stratificazione all'interno della classe, ecc.) e via di seguito, sono attentamente considerati. Ma con un giuoco accorto di luci e colori sulle diverse parti del modello e dei relativi meccanismi ipotizzati — sino a focalizzare l'attenzione soprattutto (anche se non soltanto) sul neurotrasmettitore e sull'enzima — e con un adeguato giuoco di gerarchizzazione sul piano della applicazione delle tecniche — sino a privilegiare di fatto il farmaco, lo shock, se non altro per comodità di applicazione e per economia — essi riescono a veicolare una visione eminentemente biologica e medica del disagio psichico. Ottenuta, come si vedrà meglio in seguito, una cronicità che viene fatta passare per cronicizzazione (spontanea) mentre è cronicizzazione (indotta), la si può gestire come vera e propria malattia: poiché tali sono, nel frattempo, diventati il disagio e la sofferenza, sottratti al loro naturale spazio storico e concordemente assegnati allo spazio finale medico. Analogo discorso si potrebbe fare per altri tipi di assolutizzazione, ma è meglio lasciarlo a chi ha maggiore competenza in materia.

Il rigetto in blocco. Non ha bisogno di definizione. Dietro la facciata del rigetto, si noti, passa ugualmente questa o quella assolutizzazione: ad esempio il riduzionismo biologico, dato che lo psicofarmaco spesso scorre a vagoni, a fiumi, trasportando o trascinandoci i cadaveri dei presunti avversari del modello medico. (Infatti al di là delle migliori intenzioni, l'impiego distratto e acritico dello strumento farmacologico comunque conferma al livello di massa l'assimilazione tra malattia mentale e tutte le altre malattie). Così pure si può sostenere il riduzionismo sociologico, poiché affermando genericamente il ruolo delle determinanti di classe si scotomizza il problema dei meccanismi attraverso i quali si produce dapprima un disagio, poi una sofferenza, infine una vera e propria malattia. (Cioè niente di peggio che mettersi alla ricerca, costringendo alla collaborazione il sofferente, delle « reali radici del disagio », igno-

rando le esigenze che nascono nella sofferenza *qui e ora* del singolo, parlando dei soggetti in generale per evitare il confronto con *questo* soggetto). Infine, altrettanto facile cadere nella assolutizzazione psicologista, poiché dato e non concesso che si parli con i sofferenti (il che spesso è equiparato al riciclaggio di una deteriore « vocazione terapeutica ») questo discorso, non suffragato da alcuna idonea preparazione professionale, diventa un pessimo *Ersatz* della comunicazione che dovrebbe mantenersi (o ripristinarsi) al di fuori dello specifico, tra il paziente e gli altri.

I modelli eclettici. I vari discorsi (biologico, psicologico-dinamico, sociologico) sono spesso solo falsamente antagonisti, come mostra il loro impiego intercambiabile nella storia dello sviluppo dei più robusti sistemi di controllo (ne è un buon esempio la storia ragionata della psichiatria americana in F. Castel, R. Castel, A. Lovell: *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain.* Grasset, Paris, 1979). Quando i diversi modelli e le relative proposte tecniche vengono non soltanto lasciati convivere dietro lo schermo dei falsi antagonismi, ma addirittura accortamente accostati, ne risulterà un maximum di mistificazione sul piano culturale, di destoricizzazione sul piano ideologico, di pervasività degli interventi tecnici a fini di controllo. Infatti ciascuno — operatore, utente — potrà scegliersi come sugli scaffali di un supermercato quella « spiegazione » e quel « rimedio » che meglio si identificano con il proprio modo alienato di sentire il problema, in funzione della storia individuale e di altri fattori che lo portano per mano a orientarsi in un modo piuttosto che in un altro. Giustamente Bernard de Fréminville ha affermato: « *La manipolazione degli individui esige tecniche tanto più individualizzate quanto più grandi sono le masse da manipolare* [corsivo dell'autore]. Individualizzate, cioè tali da toccare l'individuo in quanto tale, nel suo nucleo, piuttosto che in quanto membro di un gruppo sociale più o meno omogeneo. *Poiché al di là di un certo stadio è più redditizio dotare ciascuno di un mini-programma piuttosto che tentare di far marciare tutti allo stesso passo, è più efficace distribuire delle bende che tentare di nascondere il sole* [corsivo mio] ». (Fogli di *Informazione*, N° 57/58, p. 336, 1979).

Si deve allora vedere quali possano essere le ipotesi valide per un rinnovamento del processo di formazione e di educazione permanente che consenta di superare gli ostacoli ai quali si è appena accennato.

In primo luogo va ricordato che il processo di produzione dei dati scientifici, e quindi quello di validazione dei vari interventi terapeutici, è un processo segnato da profonde contraddizioni sia interne, sia nei riguardi della committenza volta per volta dominante. Pertanto il primo elemento qualificante della formazione deve essere quello di promuovere un apprendimento anche eclettico, purché esso ripercorra criticamente l'itinerario di produzione di dati e modelli sino ad arrivare, se necessario, alla negazione. Tutto questo è assai diverso che rifiutare l'apprendimento sulla base del fatto che tutti i filoni sono segnati da gravi distorsioni, in rapporto ai condizionamenti storici e alle diverse committenze.

D'altra parte non è accettabile che si adoperi, ad esempio, uno psicofarmaco ad occhi chiusi, cioè senza conoscerne le principali caratteristiche sul piano fisiofarmacologico, tossicologico e clinico (psicologico e psichiatrico). Ma questo apprendimento deve andare di pari passo con l'approfondimento delle metodologie con le quali viene analizzato il meccanismo d'azione e con le quali si arriva a sostenere una attività-efficacia (con/senza virgolette) sul piano clinico: e allora si sfatteranno i trionfalistici miti che circondano il farmaco (e che tra l'altro inquinano la nosografia psichiatrica per la trasmissione dagli operatori agli utenti della ideologia da incorporare; verranno alla luce gli innumerevoli errori anche banali, che al di là delle migliori intenzioni dei protagonisti imbevuti di *Zeitgeist* si frammescolano alle poche informazioni rispondenti al doppio criterio dell'esattezza e della rilevanza. (Discorso analogo potrebbe farsi per altre tecniche che non debbono essere né negate né assolutizzate, ma che vanno semplicemente ricondotte sul binario di una continua verifica degli assunti e degli effettivi risultati).

Una tale ipotesi di rifondazione dell'apprendimento teorico e pratico non appare campata per aria. Laddove a questo problema si è lavorato seriamente, sia pure con tutte le incertezze di una nuova sperimentazione, si è constatato che gli impieghi arbitrari o comunque ingiustificati delle tecniche possono essere rapidamente control-

lati. Nel caso degli psicofarmaci, ad esempio, un servizio ha ridotto nel giro di un anno, e senza produrre sconquassi, l'impregnazione neurolettica dei pazienti di oltre la metà (v. l'esperienza di Pordecone, nel quaderno a cura della Provincia contenente gli Atti dell'incontro sul tema degli psicofarmaci del 15 novembre 1980, di prossima pubblicazione).

Un altro punto appare importante sotto questo profilo: cioè il fatto che tensioni e antagonismi i quali continuamente si riproducono nei vari settori scientifici danno luogo a importanti occasioni di arricchimento teorico, e a spunti notevoli per la discussione e la revisione critica delle pratiche quotidiane. Qui l'atteggiamento è troppo spesso rinunciatario: cioè non tiene conto del fatto che le informazioni realmente significative rimbalzano rapidamente da un canale all'altro. Quindi esse risultano agevolmente accessibili anche a chi non possa dedicare più di un paio d'ore alla settimana a una scorsa di titoli, riassunti e notizie in un ristretto numero di fonti qualificate, stralciando una quota ragionevolmente limitata di materiale, sia per la lettura individuale, sia per la discussione collegiale nell'ambito di un gruppo che lavora insieme (come in un servizio). Qui vale la pena di illustrare un limitato numero di esempi tratti dalla letteratura recente, dai quali sarebbero potuti discendere, se adeguatamente utilizzati, importanti spunti di riflessione critica.

Un primo tipo di esempi viene dalla cosiddetta epidemiologia psichiatrica. Diversi anni or sono l'Organizzazione Mondiale della sanità, impostando una analisi multicentrica sulla evoluzione dei pazienti con diagnosi di schizofrenia, riteneva che si sarebbe confermata la superiorità di quei modelli di assistenza e cura che si erano andati affermando nei paesi industrializzati a più elevato livello di sviluppo: cioè progressiva deospedalizzazione; assistenza sul territorio secondo un modello di *Community Mental Health* (strategia lanciata da Kennedy nel 1963), o un modello di settore (di tipo francese), o un modello strettamente legato a quello della medicina di base in un servizio sanitario nazionale, con importanti componenti di assistenza al di fuori dello specifico (di tipo inglese); impiego eclettico di più tipi di tecniche, organiche e non. Ora i risultati vanno in direzione assolutamente opposta, dimostrando frequenze di recidive e di cronicizzazione sino a sette volte inferiori nei paesi in

via di sviluppo rispetto a quelli industrializzati (WHO - *Schizophrenia - An international pilot study*. Wiley, 1979).

Mentre non è possibile affrontare in questa sede una discussione, peraltro assai problematica, dei fattori che potrebbero essere responsabili di tali differenze, va fatto notare che in questi anni si è avuta una vivace ripresa della discussione sulla cronicità. Ad esempio, gli interventi del noto socio-psichiatra svizzero Luc Ciompi ribadiscono su base epidemiologica che non esiste uno « specifico decorso della schizofrenia »; cioè che tale decorso, assai variabile e imprevedibile, somiglia più a un processo di vita o di esistenza (*life process*) aperto a una grande varietà di influenze diverse che a una malattia con un dato andamento (*British Journal of Psychiatry*, vol. 136, p. 413, 1980). Ma Ciompi, onestamente interrogandosi sul suo stesso retroterra scientifico-professionale, arriva anche molto vicino alla conclusione che almeno per una buona parte dei casi la cosiddetta schizofrenia cronica vada considerata come un artefatto psicosociale (*Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, vol. 48, p. 237, 1980). E ancora, tutto un convegno della Società svizzera di psichiatria e il relativo volume di atti vanno sotto il significativo titolo: *Chronicité: Chronification au chronification?* (Orell Füssli, Zurigo, 1980; si tratta del fascicolo speciale N° 2 degli *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, vol. 126, 1980. V. a p. 37: in tale volume l'esatta definizione dei meccanismi di produzione di cronicità nel lavoro di M. Rizzo: *Institution psychiatrique, idéologie médicale et chronification*).

Una disamina più approfondita dei dati della citata indagine dell'OMS consente un istruttivo confronto tra due tipi di fenomenologia, quella dettata dai criteri nosografici tradizionali più o meno razionalizzati (cioè passanti per l'impiego di interminabili scale sintomatologiche) e quella pasata su semplici e realistici criteri di funzionalità dei soggetti. Orbene, appare evidente che le analisi del primo tipo di dati, estremamente laboriose, aggiungono ben poco a quanto si può rilevare a colpo d'occhio dalle semplici tabelline dedicate al secondo tipo di dati. Se ne può dedurre che un processo didattico il quale rinnovi nei più diversi contesti questo tipo di confronti ha certamente molto maggior valore sia dell'impiego acritico delle metodiche convenzionali volta per volta aggiornate (v. ad

esempio il mastodontico DSM-III, cioè la terza edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dell'Associazione degli Psichiatri Americani), sia del completo disinteressamento ai problemi di descrizione della malattia mentale.

Una verifica indipendente sul punto appena discusso viene anche dai dati di aggiornamento della nota indagine epidemiologica avviata decenni or sono a New York, il cosiddetto *Midtown Manhattan Study* (L. Srole, A.K. Fischer, *Archives of General Psychiatry*, vol. 37, p. 209, 1980).

Infatti il metodo di rilevamento originariamente adottato, in un'epoca di mezzo precedente al ritorno in forze della psichiatria biomedica, rifiutava le etichette sintomatologiche e nosografiche tradizionali per concentrarsi su due tipi di misure: quella del livello di sofferenza soggettivamente provata e denunciata; e quella del livello di funzionalità dei soggetti (rispetto al lavoro, alla famiglia, ecc.). Secondo tali parametri lo stato di sofferenza della popolazione femminile era risultato, nei decenni precedenti, assai più marcato di quello della popolazione maschile (i confronti ovviamente si intendono a parità di altre condizioni). Negli anni più recenti i dati per la popolazione maschile si sono mostrati assolutamente stabili, mentre quelli per la popolazione femminile hanno indicato un costante miglioramento, sin quasi ad eliminare le differenze tra i due sessi. Anche qui non è possibile soffermarsi sulle importanti implicazioni dei dati, mentre va sottolineata l'importanza dell'insegnamento che se ne può trarre sul piano delle metodologie. Infatti con un metodo nosografico tradizionale si sarebbero registrate probabilmente ogni sorta di trasmutazioni da un profilo sintomatologico all'altro, da una malattia » all'altra (entro sessi e tra sessi); quindi il risultato più notevole — corrispondente alle modifiche di stile di vita più importanti per la donna che per l'uomo, con l'attenuarsi e il definitivo scomparire delle eredità vittoriane anche se non di ogni forma di discriminazione — sarebbe stato meno evidente, o addirittura nascosto.

Un secondo tipo di esempi viene da un'area di lavoro che pur definendosi ancora epidemiologica si spinge più oltre nell'analisi dei meccanismi attraverso i quali agiscono le costellazioni di fattori patogeni. Qui gli schemi tradizionali, mai verificati in maniera

scientificamente accettabile, sono stati profondamente modificati soprattutto dal lavoro dei socio-psichiatri inglesi, come dimostrano gli studi sui fattori che possono precipitare le crisi di tipo schizofrenico (per la metodologia e le referenze v. il capitolo di G. W. Brown a p. 217 del volume a cura di B.S. Dohrenwend e B.P. Dohrenwend, *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, Wiley, New York, 1974) e quelli sulla depressione femminile (G.W. Brown, T. Harris, *Social Origins of Depression*. Tavistock, London, 1978; si noti che questa esemplificazione, procedendo per grandi linee, ignora le critiche anche importanti che non consentono di accogliere in blocco le metodologie, i risultati e le conclusioni teoriche di lavori come quelli appena citati). Mirando a definire le costellazioni di fattori patogeni remoti (cioè agenti durante lo sviluppo) e prossimi (cioè immediatamente a monte delle crisi), l'analisi di Brown e Harris sulla depressione erode fortemente determinati schemi nosografici ed etiopatogenetici tradizionali, ad esempio, la distinzione tra depressione endogena (o psicotica) e depressione reattiva (o neurotica). Inoltre si forniscono importanti ipotesi da verificare, riguardo ai meccanismi attraverso i quali operano fattori come quello di classe, dovendosi spiegare non solo la maggior frequenza di depressione nelle classi disagiate in sé e per sé, ma anche il notevole aumento del divario tra le classi in determinate situazioni (ad esempio, la differenza a sfavore delle donne di basso livello socio-economico diventa di quattro volte circa nel caso di donne con bambini in bassa età).

Un terzo tipo di esempio viene dal confronto tra diversi approcci nell'assistenza, con maggiore o minore enfasi su quanto appartiene allo specifico e quanto invece avviene al di fuori dello specifico. (Una discussione sull'argomento, ovviamente, ha notevole importanza allo stato attuale dello sviluppo dei servizi in Italia, non essendovi accordo su quanto compete all'istituzione che si proietta sul territorio e quanto invece compete ai diversi tipi di intervento di altro genere, soprattutto quelli basati sul volontariato). In questo campo esistono materiali importanti che possono stimolare la discussione critica e il confronto tra le diverse esperienze. A questo problema è dedicata ad esempio un'importante sezione del rapporto della Commissione del Presidente degli Stati Uniti per la

Salute Mentale (*Report to the President from the President's Commission on Mental Health*, vol. II, p. 376. U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 1978), mentre una recente rassegna sul ruolo della psicologia nei servizi psichiatrici sottolinea l'enorme potenziale esistente in quest'area: per esempio, nei soli Stati Uniti, qualcosa come 500.000 gruppi di reciproco sostegno, anche se ovviamente non tutti per problemi di tipo psichiatrico (C.A. Kiesler, *American Psychologist*, vol. 35, p. 1066, 1980).

Infine un quarto tipo di esempi discende dalla revisione critica operata in questi anni sui modi di impiego delle tecniche, soprattutto quelle psicofarmacologiche, sino al drastico ridimensionamento del ruolo dell'intervento così come viene abitualmente compiuto. Sono quindi posti in discussione i trattamenti di lunga durata con i neurolettici, e addirittura si avanzano sospetti — sulla base di dati per ora limitati — che l'abbattimento sintomatico in fase acuta e subacuta possa favorire la recidiva e la cronicizzazione. Inoltre si riconosce la inutilità, o peggio, di qualsiasi intervento di tipo ipnotico-sedativo che vada oltre un limitatissimo numero di assunzioni consecutive, e di qualsiasi intervento con prodotti ansiolitici che si trascini per più di tre-quattro mesi.

In conclusione, mentre attraverso una serie di considerazioni e di esempi si sono sottolineate le attuali carenze del processo di formazione e di educazione continua degli operatori, va anche precisato che è doveroso evitare ogni equivoco. Infatti le proposte di rendere più completo e soprattutto più problematico il processo di formazione non debbono cancellare l'originalità della esperienza italiana per ricondurla entro il binario delle « razionalizzazioni » che si svolgono altrove. Devono piuttosto servire a sottoporre a continua discussione e verifica ciò che si fa, e perché si fa; a convincere che non può esservi una evoluzione positiva attraverso l'identificazione delle esigenze reali e delle più idonee modalità di risposta se non trasformando ogni lavoro di assistenza e di cura in un lavoro di contrapposizione e di dialettizzazione delle conoscenze, quindi in un'opera critica di ricerca (v. ad es. la relazione sul problema della formazione degli operatori di S. Piro e M. Risso in *La Pratica della Follia*, p. 263. Venezia: Critica delle Istituzioni, 1975; e la risposta di M. Risso ai quesiti posti dai curatori, in *Dove va la psichiatria*, a

cura di L. Onnis e G. Lo Russo, p. 198. Feltrinelli, Milano, 1980). Solo attraverso l'assunzione di un tale atteggiamento si potranno evitare i rischi di uno sviluppo cosiddetto a pelle di leopardo, in cui la mancanza di confronti entro servizi e tra servizi consente a chiunque possa esercitare una egemonia di organizzare a suo piacimento il servizio su tutti i livelli, dal modello scientifico che deve essere privilegiato sino ai dettagli del modo di operare e delle tecniche da impiegare, secondo il vecchio compromesso dopo le logoranti guerre di religione: *cujus regio, ejus et religio*; cioè è il principe di questo o quel pezzo di territorio a decidere della religione dei sudditi (operatori, utenti) e dei relativi riti terapeutici. Per rompere questo schema, per assicurare una vera evoluzione positiva dei servizi, occorre che ciascuno possa appropriarsi di conoscenze anche contraddittorie, confrontarle con la propria pratica, criticarle; quindi appropriarsi di metodi e con questi condurre ricerca, produrre dati atti a confermare o viceversa a smentire la validità delle ipotesi di lavoro, senza riguardo per i mostri sacri di qualsiasi origine e provenienza.

COORDINAMENTO ANIMATORI

MARCO TRAVERSI - MASSIMO ARMARO - GIANNA FIORE
MANLIO PASETTI - MARIELLA GENCO - M. EUGENIA
PESCE - ALFONSINA STECCONI

L'ingresso della figura degli animatori, attualmente 283 nell'ambito dei 25 Centri di Salute Mentale di Roma e provincia, può farsi risalire al 1975, come lavoro volontario e non retribuito.

Nel 1976 con propria delibera, l'Amministrazione Provinciale di Roma definiva l'istituzione, presso i Centri di Igiene Mentale (C.I.M.), delle strutture per la risocializzazione dei malati di mente.

Successivamente nel 1977, veniva deliberata l'autorizzazione per l'istituzione di elenchi, da parte del Direttore dei C.I.M., di persone che potessero essere utilizzate, per competenze professionali, nei programmi delle strutture risocializzanti istituite nei C.I.M., previa autorizzazione di utilizzo di tali operatori da parte della Commissione Consiliare di Ripartizione Assistenza Psichiatrica.

Nel 1978 venivano fissati: compensi, modalità di lavoro ed un primo elenco di animatori, successivamente ampliato, nel corso degli anni, per la formazione di altre strutture risocializzanti circoscrizionali, sempre su approvazione dell'Amministrazione Provinciale e della Commissione Consiliare di Ripartizione Assistenza Psichiatrica.

Al momento dell'ingresso della figura dell'animatore nei C.I.M., questa struttura era prevalentemente impegnata ad offrire al dimesso dall'Ospedale Psichiatrico, un servizio medico-farmacologico, per tamponare il disagio psichico e cercare di ridurre la frequenza dei ricoveri nell'Ospedale Psichiatrico ed esigui aiuti economici.

Il personale operante nei C.I.M. era costituito da psichiatri, infermieri ed assistenti sociali, tutti in numero inadeguato alle esigenze emergenti ed in maggior parte provenienti dall'O.P.

La provenienza degli operatori, indubbiamente, connotava il tipo di « sapere » portato all'interno dei C.I.M., « sapere » che ha

subito notevoli variazioni nel corso degli anni, attraverso un apprendimento sul campo.

In tale contesto nel 1976 iniziarono ad inserirsi queste figure nuove, poi definite: « animatori », che originariamente iniziarono con l'interessarsi alla formulazione ed alla attuazione dei programmi legati al reinserimento sociale degli utenti del C.I.M., in particolar modo per coloro che avevano alle spalle lunghi iter psichiatrici. Gli animatori, nella prima delibera di pagamento del 1978 erano 19, di cui 14 laureati in psicologia, 2 in medicina, 2 in filosofia con indirizzo psicologico ed 1 con diploma di maturità artistica.

Come abbiamo detto precedentemente, oggi gli animatori sono 283 di cui oltre la metà laureati in psicologia, un quarto studenti universitari, di cui molti in psicologia, ed il restante quarto con diplomi e specializzazioni di vario genere.

L'eterogeneità degli iter di formazione di tali operatori può riferirsi al fatto che, in seguito all'apertura di strutture risocializzanti in quasi tutte le U.S.L. di Roma e provincia, ciascun responsabile dei C.I.M. ha ritenuto opportuno inserire, all'interno di tali programmi, operatori con qualifiche confacentesi alle diverse esigenze territoriali ed ai diversi programmi di attuazione del Centro stesso.

Torniamo brevemente all'inizio del lavoro degli animatori, perché solo analizzando più specificatamente questo punto, sarà possibile seguire gli ulteriori sviluppi dei Centri di Salute Mentale e di conseguenza degli operatori che in esso hanno prestato la loro opera.

Occorre ricordare che nel 1976, per alcuni utenti il venire al C.I.M. costituiva anche un momento di comunicazione e di interazione, quando al di là dei rispettivi ruoli, si riuscivano a stabilire le basi per un rapporto empatico con gli operatori.

Di qui scaturirono tutti i programmi di risocializzazione, con l'intendimento di intervenire nel conflitto tra una società tendente a dividere la realtà soggettiva intesa come pericolosa, del deospedalizzato o dell'emarginato, e quella « oggettiva » ambientale, intesa come « norma ».

Gli animatori iniziarono così ad avere un proprio ruolo trainante all'interno dei C.I.M. e di mediazione tra una realtà territoriale

che più si confaceva alla loro formazione,, ed una realtà interna al C.I.M. che risentiva delle vecchie influenze dell'O.P.

Nello stesso tempo era sempre presente la preoccupazione di affermare la propria esistenza (passata dal volontariato ad un gettonamento) e credibilità, senza soccombere alle inevitabili critiche, causate soprattutto da una non idonea conoscenza della diversità tra momenti terapeutici in senso lato e la psicoterapia, e dalla carenza di programmi a lungo termine dei vertici coordinatori.

Nel corso degli anni, comunque, tutti gli operatori dei servizi psichiatrici che abbiano vissuto criticamente le esperienze anti-istituzionali, hanno dovuto mettere in discussione le carenze dottrinali della psichiatria tradizionale.

La crisi di certi modelli culturali, sia per gli operatori di ruolo che per gli animatori, e quanto definito dalla Legge 180, ha determinato lo sviluppo di un diverso tipo di lavoro all'interno dei C.I.M.

Sulla base di nuovi bisogni, determinati anche dalla chiusura degli O.P., e di rinnovate proposte operative, la figura dell'animatore si è andata sviluppando e modificando.

All'interno dei vari C.I.M. l'animatore ha prestato la propria opera a partire dalle strutture risocializzanti per giungere ai centri crisi, passando attraverso la « deospedalizzazione », la sensibilizzazione del territorio, il reinserimento lavorativo, la consulenza in diverse strutture socio-sanitarie, sempre, come si è detto precedentemente, a seconda dei vari territori in cui il C.I.M. si è trovato ad operare.

La psichiatria nel territorio è, a nostro avviso, una « questione di frontiera »; un « campo di battaglia » più avanzato in cui si fronteggiano le tendenze razionalizzatrici e quelle che invece realmente costituiscono un progresso da cui partire. Le tendenze razionalizzatrici tendono ad un uso di dispositivi diversi al servizio del padrone di sempre.

Alle istituzioni totali si vuole sostituire una *totalità istituzionalizzata*, il cui controllo sia capillare, in cui la prevenzione sia in realtà predizione e diagnosi precoce, cioè immissione nei circuiti del controllo e dell'etichettamento.

Allora i concetti marcusiani di tolleranza repressiva e di desublimazione repressiva mettono in guardia dai facili entusiasmi.

Il rischio è che il passaggio da un « modello di riparazione » ad uno « modello di prevenzione » si risolva in realtà in un vero e proprio rafforzamento della normalità dominante.

La centralizzazione e la dislocazione del potere sono in realtà strategie complementari di quello stato che, colludendo con la psichiatria, vuole svolgere funzione — dice Castel — di « stato terapeutico ». E' un processo già in atto negli U.S.A. in cui istituzioni, più agili si affiancano a quelle tradizionali. Ma la Legge 180 ha anche reso evidente ed acuito la crisi della psichiatria classica. Tale psichiatria — il cui linguaggio è estrinsecazione di potenza ed insieme meccanismo di difesa da parte di coloro che detengono il dominio — non riesce più a gestire, nei manicomi, la devianza e ad occultare ciò che era spaesante: la follia.

I rituali epistemologici e conoscitivi della psichiatria classica, il suo dominare attraverso il potere di definire e di rinchiudere, sono definitivamente in crisi. Noi siamo contro la contemplazione luttuosa di questa crisi e contro le nostalgie del passato che animano le forze politiche della conservazione.

Dunque occorre attraversare queste macerie, non per amore delle macerie, ma per percorrere la via che le attraversa.

Sappiamo che la psichiatria nel territorio si trova a fare i conti con la stessa società che ha prodotto i manicomi. E allora il compito è duplice: riprendere ed approfondire la riflessione scientifica e culturale, aggiornare le analisi politiche di cui disponiamo. Troppo spesso la spontaneità informale di certa psichiatria che si definisce progressista, in realtà scaduta nel paternalismo e nell'assistenzialismo, ha avuto difficoltà a riconoscere che perversione e follia, in realtà, confermano le regole del gioco. Il compito che ci spetta è di costruire una ragione che abbia più potere, che si misuri sui terreni in cui la ragione classica ha fallito.

Per motivi di brevità accenniamo soltanto ad alcuni temi che, come animatori, riteniamo concretamente quelli con cui l'elaborazione teorica deve confrontarsi. Intanto pensare la specificità di un servizio pubblico rispetto a quello privato. Pensare la crisi dei ruoli tradizionali, della promozione delle nuove funzioni che l'equipe deve

darsi per combattere la concezione quantitativa della salute ed il consumismo sanitario, in cui i farmaci vengono prescritti al posto di un reale interessamento: cure per non prendersi cura. Se la medicalizzazione selvaggia ha indotto passività e cronicizzazione, ha oggettivato la malattia, inducendo modelli perversi di richieste di intervento, occorre un confronto con la soggettività del malato.

La Legge 180 è comunque lo spartiacque che definisce un nuovo ambito di riflessione e di intervento. Ed è in questo periodo di crisi che si diffonde la speranza di acquistare rapidamente delle tecniche percepite come rassicuranti rispetto alle ansie che crea il lavoro nel territorio, ma la separazione tra acquisizione della tecnica e maturazione reale dei livelli formativi non riesce sempre a qualificare l'intervento come terapeutico. Emerge sempre più chiaramente la difficoltà a riportare nella pratica del servizio pubblico modalità di approccio quasi sempre apprese in un contesto privato.

Se una persona soffre, la sua famiglia, i compagni di lavoro, l'assistente sociale, il medico, il sindaco, tutti sono possibili fattori di stabilizzazione del suo disagio mentale e quindi costituiscono ambiti da prendere in considerazione per un eventuale cambiamento.

Tornando alla figura dell'animatore, stante la pregiudiziale che esso, nella provincia di Roma è nato per colmare una lacuna nell'assistenza psichiatrica in una prospettiva di ampliamento dei servizi territoriali e di chiusura dell'ospedale, nei fatti, tale iniziale funzione si è andata modificando nel tempo.

L'alternativa al manicomio ha trovato ostacoli in una volontà politica spesso insufficiente, tale da bloccare ripetutamente l'operatività dei servizi. Una delibera non fatta, un ritardo, è destabilizzazione della riforma, determina crisi e regressione nella città.

La natura del lavoro che si è andato strutturando in questi anni ha fatto emergere l'inadeguatezza di una organizzazione prevalentemente medico-psichiatrica, evidenziando la necessità di un'ottica psicologica e sociologica. Noi attualmente non vediamo più la figura dell'animatore inserito in un contesto psichiatrico, ma figure professionali specifiche, quali un adeguato numero di psicologi all'interno delle piante organiche delle Unità Sanitarie Locali, e particolari figure professionali quali l'educatore di comunità, che ha uno specifico nella lotta contro l'emarginazione nei servizi socio-sanitari.

Tutto ciò si deve aggiungere ad una adeguata riqualificazione, per tutti gli operatori attuali, di ruolo e non, affinché sulla base delle odierne e passate esperienze sia possibile andare oltre il quotidiano, verso strumenti operativi e teorici più adeguati al ruolo dei Centri di Salute Mentale all'interno delle U.S.L.

PARTE SECONDA

TAVOLA ROTONDA: *La professione dello psicologo:
competenze e definizione giuridica*

COORDINATORE:

Giovanni Pietro Lombardo

PARTECIPANTI:

*Eraldo De Grada
Giovanni Berlinguer
Enzo Spaltro
Luigi Cancrini
Adriano Ossicini*

Riprendo brevemente alcuni spunti della discussione pomeridiana per introdurre il dibattito di questa sera. Il quadro culturale in cui il seminario vuole inserirsi è abbastanza preciso e chiaro. Voglio leggere le poche righe di presentazione che sono state inviate ai relatori per fornire una traccia di ciò che si intende discutere: « L'assistenza psichiatrica attraversa una fase particolarmente delicata. Le difficoltà sono evidenti: i servizi psichiatrici territoriali sono in gran parte impreparati ad affrontare adeguatamente i problemi posti dalla chiusura dei manicomi. I pericoli di un ritorno all'antico per mancanza di valide prospettive si fanno più pressanti e reali. Il seminario intende essere un momento di riflessione comune su tutto questo. In che misura è giusto parlare di una « crisi » del progetto culturale che era alla base della 180? E' in crisi la nuova psichiatria che di questo progetto è stata artefice e forza egemone? Quali aspetti dell'elaborazione teorica condotti in questi ultimi anni possono considerarsi effettivamente improponibili e quali invece da correggere e integrare? E' possibile impostare una « nuova » assistenza psichiatrica utilizzando « vecchi » operatori? Per rispondere a questi interrogativi sono stati chiamati *psichiatri* e *psicologi* perché in maniera esplicita si vuole ampliare l'ambito della riflessione anche alla psicologia. La comunità psicologica infatti è impegnata in un processo di rifondazione culturale e ristrutturazione istituzionale che ha tra i suoi obiettivi quello di una diversa e più concreta formazione professionale degli operatori di questo settore. E questo un aspetto non secondario di un piano di riprogettazione culturale dell'assistenza psichiatrica che si ritiene urgente e improrogabile ». Il giudizio complessivo sulla legge è dunque positivo; nell'attuale fase però nascono o vengono alla luce problemi gestionali non indifferenti. In tutti gli interventi, direi piuttosto articolati, di oggi pomeriggio, questo aspetto è stato affrontato criticamente se-

condo prospettive e linee di analisi diverse dai vari relatori. Quando ho pensato di finalizzare la « tavola rotonda » alla discussione su questo argomento specifico — la definizione giuridica dello psicologo — mi ricollegavo ad una ovvia considerazione: i progetti culturali non vanno avanti senza tener conto dell'aspetto operativo-gestionale, senza che vi siano degli operatori che in qualche maniera condividano e facciano proprie le tematiche fondamentali di questo progetto. Nella presentazione del seminario si diceva: da questa situazione di « crisi » bisogna uscir fuori in positivo, con un nuovo progetto culturale alla cui elaborazione psicologi e psichiatri debbono lavorare insieme.

Resta però in piedi il problema operativo-gestionale: non è possibile infatti affrontare una « nuova » epoca dell'assistenza psichiatrica, un « nuovo » progetto culturale con « vecchi » operatori. Perciò, a me ed a Vincenzo Caretti è sembrato di dover consentire un discorso specifico allo psicologo. Domani mattina questo discorso specifico si articolerà ulteriormente sulla necessaria ristrutturazione della formazione universitaria di questa figura professionale. Il passaggio fra oggi pomeriggio e domani mattina è segnato da questa « tavola rotonda », entro quindi nel merito di quello che dovrà essere affrontato e discusso questa sera: il problema della caratterizzazione professionale dello psicologo, della sua definizione giuridica.

Ho pensato di dividere in due parti il dibattito per non accavallare gli argomenti: in una prima parte, ricollegandomi a quello che è stato detto oggi, a me premeva sottolineare quale sia la specificità culturale, teorica, operativa di questa professione; questo primo punto è stato direttamente e indirettamente sollevato nel pomeriggio sia dai relatori che dagli « animatori psichiatrici ». Gli animatori non hanno competenze specifiche, non hanno ruolo nella riforma sanitaria e sono per il 50% laureati in psicologia. Nel servizio sanitario nazionale è previsto invece lo psicologo. La mia impressione è che la figura dell'animatore ricalchi il vecchio operatore sociale unico e polivalente che a mio avviso, e non soltanto a mio avviso ma anche come coscienza comune intorno a questi problemi, è stato partorito da utopie sessantottesche non più attuali. Partirei per quanto riguarda gli interventi da De Grada e poi proseguiremo.

Prof. ERALDO DE GRADA

Sono abbastanza imbarazzato a parlare della professione come tale, visto che non esercito la professione medesima. Ma visto che il discorso è più generale, forse vale la pena di dire qualcosa sull'autonomia culturale della psicologia. Veramente fa un po' d'impressione parlare di queste cose, perché nessuno si sognerebbe di mettere in dubbio l'autonomia culturale della « numismatica comparata » o di qualsiasi altra disciplina che abbia uno statuto scientifico serio a livello internazionale.

Comunque per la psicologia abbiamo il vantaggio o lo svantaggio che sia, di venire continuamente messi in causa e messi in crisi proprio dal punto di vista dell'esistenza della disciplina come tale e del valore che la disciplina stessa può avere al di fuori di un ambito strettamente culturale.

A questo riguardo il primo riferimento che dobbiamo avere è un riferimento di carattere internazionale; gli italiani sono dotati di molte qualità, che stanno scritte anche sul travertino all'EUR: siamo santi, navigatori, poeti ed anche inventori di cose nuove.

Tuttavia il contesto internazionale ha un suo peso; allora si può dire molto banalmente e semplicemente che andando dagli Stati Uniti d'America all'Unione Sovietica, dall'Inghilterra alla Francia, dai Paesi emergenti ai Paesi stabilizzati ecc., esiste non solo uno spazio culturale specificamente psicologico ma una professione specificamente psicologica.

Ci sono documenti abbondantissimi al riguardo, è inutile citarli, più o meno li conoscete tutti.

Allora il problema che ci possiamo porre è quello del perché la psicologia viene così frequentemente messa in causa dal punto di vista della sua esistenza e della sua forza reale sul piano culturale.

Probabilmente perché la psicologia segue la regola sicuramente

scientifico di essere in crisi come scienza e di produrre conoscenze che sono, per definizione confutabili e provvisorie. La psicologia, che si occupa infatti di un oggetto particolarmente difficile, non è diversa dalle altre scienze se non per l'oggetto e quindi per i metodi che può utilizzare. Non ci troviamo di fronte, cioè, a variabili utilizzabili e separabili come quelle del fisico che studia la temperatura, studia la pressione o cose del genere, separatamente l'una dall'altra, facendole giocare una alla volta e quindi avendo un rigore scientifico molto alto.

Ci troviamo di fronte ad un oggetto che è « l'uomo con il suo comportamento », oggetto estremamente complesso, portatore di un numero enorme di variabili che si interinfluenzano l'una con l'altra, cosa che rende ovviamente l'approccio allo studio scientifico molto difficile; quindi rende le conoscenze che via via si vanno stratificando, sempre più precarie e provvisorie; e rende molto difficile quello che si chiama molto comunemente « un accumulo delle conoscenze ». A nessuno, per esempio, verrebbe in mente di mettere in dubbio la terza legge della termodinamica, che è un'acquisizione che risale, credo, grosso modo, ad Archimede. L'acquisizione della psicologia, proprio perché ottenuta in un contesto molto più difficile e in modo sperimentale, è nettamente svantaggiata in sé e per sé; quindi diamo per scontato questo fatto, accettiamo questa crisi ed accettiamo di essere continuamente posti in causa dal punto di vista della nostra esistenza.

C'è un altro problema, tuttavia; ed è il fatto che, se si pensa di trasferire una serie di problemi che provvisoriamente erano stati affidati alla competenza del medico, del magistrato, alla competenza del poliziotto, alla competenza di chicchessia, ad una competenza che non sia più specificamente medico-biologica, o specificamente giuridica, è ovvio che bisogna cercare di strutturare un campo di competenze diverso. Questo campo non può essere che quello di coloro che in un modo o nell'altro, attraverso metodi diversi studiano il comportamento delle persone, le motivazioni del comportamento, come questo comportamento si evolve, si sviluppa e si configura ed eventualmente le tecniche per avere una modificazione del comportamento stesso, con tutti i correlati dell'esperienza soggettiva,

degli stati soggettivi che accompagnano e seguono continuamente i comportamenti.

Quindi oggi uno spazio della psicologia è oltremodo evidente. Direi molto banalmente, anche nei discorsi che si sentono fare casualmente, nei quali la psicologia non c'entra direttamente: non so, nei discorsi di un convegno, di una tavola rotonda in cui ci sono sindacalisti, politici, ecc., si sente nominare spessissimo la parola psicologia, psicologo, un « problema psicologico ». Perché? Perché tutti si rendono conto dell'esistenza di questi problemi.

Il problema dei problemi è che molti si rendono conto forse dell'esistenza di un problema psicologico ma non credono molto nella possibilità di risoluzione del problema stesso; cioè c'è un certo scetticismo abbastanza generalizzato sulle capacità d'intervento dello psicologo. Così se si tratta di psicologia accademica, di ricerca psicologica, ecc., non ci sono poi in fondo grossissime resistenze sebbene anche in questi settori si trovino poi ostacoli da superare. Le resistenze vere nascono quando si cerca di trasferire le conoscenze — come hanno fatto tutte le discipline scientifiche — dal contesto della ricerca che mira a stabilire rapporti tra variabili ecc., al contesto operativo, sul terreno che mira ad applicare queste conoscenze a fini socialmente rilevanti; è a questo livello che lo scetticismo diventa più forte, forse giustificato.

Perché, forse giustificato? Perché evidentemente ci troviamo di fronte a tecniche ed operazioni che sono molto difficilmente riconducibili ad un metodo scientificamente rigoroso. Tuttavia non siamo i soli in questa condizione. Io faccio sempre l'esempio della meteorologia che è scienza ampiamente riconosciuta, la quale, tuttavia regolarmente cade in errore proprio perché si trova di fronte ad un contesto molto meno complesso del nostro, ma abbastanza più complesso del contesto della fisica.

Quindi noi dobbiamo dare per scontato che il modo di operare dello psicologo è un modo indubbiamente molto più vago di quello del medico che opera, per esempio, in un settore molto conosciuto, su configurazioni biologiche molto chiare e definite. Noi abbiamo a che fare con un oggetto vago, sfuggente, difficile.

Questo però secondo me deve costituire una spinta a cercare di fare meglio, piuttosto che ad un atteggiamento di carattere scet-

tico. Un atteggiamento del genere porterebbe infatti a quello che ha portato nella situazione italiana, cioè questo spazio viene lasciato libero e viene riempito da altre persone che meglio di noi sono capaci di fare queste operazioni, viene riempito da dilettanti, da ciarlatani, ecc. Noi potremmo raccogliere e forse ce n'è un accenno nel libro « Lo Psicologo », una specie di inventario di tutte le funzioni psicologiche, in molti casi etichettate *specificamente* come psicologiche, fatte ed esercitate da persone molto diverse, con competenze che perlomeno sono altrettanto dubbie e criticabili di quelle che si imputano o si crede di imputare agli psicologi.

Noi abbiamo avuto degli enti ufficiali, degli organismi territoriali, che addirittura in bando di concorso per psicologo hanno messo tra i requisiti che bastava aver fatto una tesi, di carattere psicologico, in una qualunque facoltà. Cosicché in molti casi il posto è andato ad un laureato in scienze politiche che aveva fatto una tesi sulla psicologia della politica. ...

Quindi questa incertezza non è un'incertezza che lascia un buco aperto che nessuno riempie; il buco viene riempito nella maniera peggiore possibile. E' su questo punto che io vorrei dibattere. E' interesse di tutti cercare che queste operazioni di trattamento delle persone e del loro comportamento vengano fatte nella maniera migliore. E quindi è interesse di tutti che ci sia un controllo dello Stato nella formazione primaria, a livello universitario, e nelle formazioni successive; ma è anche interesse di tutti che questo spazio non rimanga aperto, tranquillamente battuto da liberi cavalieri che fanno quello che a loro pare e poi automaticamente vengono accreditati di competenze.

La proposta, perciò, che si può fare è questa: teniamo conto di questi fatti e pensiamo ad una regolamentazione giuridica della professione dello psicologo. Questo non in funzione di un amore sviscerato per le regolamentazioni giuridiche e gli assetti corporativi, ma per risolvere questa situazione di anomia sul piano sociale e sul piano degli ordinamenti giuridici che oggi si configura in Italia; ossia il fatto di ammettere che esista un campo dove si esercita un'azione importante sulla gente e che questo campo venga lasciato senza nessun tipo di regolamentazione.

Quindi questa incertezza deve produrre una spinta, certamente

da parte degli psicologi: sia di coloro che lo sono già, sia di coloro che lo vogliono diventare e lo stanno diventando, sia di coloro che sono in qualche maniera interessati alla formazione. Ma una spinta anche da parte dei nostri committenti, che tendono sempre di più ad essere pubblici, a fornirci gli strumenti necessari per ottenere questo inquadramento al meglio possibile, sempre senza nessuna velleità di stabilire una norma che sia valida per sempre ed in ogni caso, ma comunque che serva per cominciare nella maniera migliore possibile.

(Testo registrato rivisto dai curatori del volume)

Ho cercato di interpretare, e soprattutto di capire, i temi di questo seminario, che sono sostanzialmente due: la psichiatria e la psicologia. Il seminario è incentrato sulle leggi e sulle regole professionali, ma poiché leggi e regole sono sempre lo specchio e il canale di contenuti culturali, vorrei partire da alcune considerazioni generali.

Per quanto riguarda la psichiatria parto da una considerazione di attualità. Molti dicono che la riforma è naufragata. L'espressione, sul piano puramente marinaresco, è del tutto impropria, perché può naufragare solo una nave che è partita, mentre in gran parte delle Regioni italiane la riforma è ancora all'ancora, non si è avviata, e molto spesso è già in avaria, in cantiere. Solo poche Regioni stanno lavorando attivamente, mentre le altre sono state premiate, nella loro inerzia, con un'ulteriore proroga negli adempimenti di legge.

Mi fa piacere che stamattina abbiate condiviso l'opinione che questa riforma è una grande conquista di civiltà, che bisogna portare avanti. Non tutti purtroppo sono dello stesso parere. C'è una controffensiva, e la riforma sarà un processo certamente lungo e travagliato. Saranno forse necessarie delle correzioni, non solo legislative, ma soprattutto applicative, soprattutto nel senso che occorre comunque curare i malati, assisterli effettivamente, cioè non solo allontanarli dalla segregazione, ma aiutarli concretamente nell'integrazione. Bisogna inoltre evitare di ridurre a un solo nome, sia pure glorioso, che desta così vivo rimpianto — quello di Franco Basaglia — e a una sola scuola il rinnovamento psichiatrico che c'è stato in Italia. Questo ha seguito molti canali diversi. Bisogna infine lottare in tutto il Paese per evitare che accada ciò che sta accadendo purtroppo in altri campi (compresa la riforma sanitaria, compresa l'economia): che le varie Regioni del Paese divengano sempre più

divaricate, quasi opposte nelle loro condizioni, fino a delineare l'immagine chiara di due Italie.

Per quanto riguarda la psicologia, non parto dall'attualità, bensì da una considerazione di carattere storico che si riallaccia a ciò che ha detto De Grada. Perché la psicologia in Italia è stata così a lungo bistrattata? Credo che ci siano radici molto precise. La prima, la più antica, sta nel fatto che la cultura dominante in Italia, è stata, nei decenni decisivi tra il XIX ed il XX secolo, il positivismo. E' vero che il positivismo non si può ridurre agli antropologi che misuravano i crani per stabilire i caratteri predisponenti alla delinquenzialità o alla stupidità; in esso vi era anche qualcosa di più solido. Ma complessivamente, il positivismo non ha reso un buon servizio alla psicologia. A questo si aggiunge il fatto che poi, durante il fascismo e dopo il fascismo, la psicologia è stata totalmente abbandonata come scienza autonoma. Durante il fascismo non si insegnava la psicologia nelle scuole né nelle università, tranne rarissime eccezioni. Nel nostro secolo ha prevalso un'egemonia idealistica nella cultura e nella scuola italiana, che praticamente vietava, anche se non con leggi scritte, ma spesso con disposizioni che avevano forza di legge, ogni studio della realtà. Impedivano lo studio della realtà sociale (tant'è vero che la prima cattedra di sociologia in Italia si è fatta negli anni '60) e lo studio della realtà mentale, perché poteva disturbare la cultura dominante lo studiare le contraddizioni psicologiche e sociali. Si parlava di anima insondabile, o crocianamente ci si limitava allo studio delle idee, non dei processi mentali concreti.

Bisogna dire che a questa negazione della psicologia come scienza autonoma hanno anche contribuito interpretazioni del marxismo in chiave deterministica o economicistica, che hanno avuto lunga tradizione e forte peso. Si è cominciato a correggere queste tendenze con il Convegno (1969) dell'Istituto Gramsci su *Psicologia, psichiatria e rapporti di potere* (pubblicato dagli Editori Riuniti).

Si è cominciato a correggere, soprattutto, con le applicazioni pratiche della psichiatria e della psicologia nei servizi. Parallelamente si è sviluppata una maggiore conoscenza dei processi psichici, che ha convinto molti della validità scientifica della psicologia, e dell'utilità pratica del lavoro degli psicologi. Ha contribuito a questo la politica sanitaria imperniata sulla prevenzione delle malat-

tie del corpo e della mente; mentre prima la salute era interamente delegata soltanto ai medici, successivamente si è capito che all'origine delle malattie vi sono anche fenomeni la cui conoscenza richiede altre specializzazioni, come quella dei chimici, dei fisici, dei biologi e non solo dei medici; si è capito che non tutte le malattie sono prevenibili con vaccinazioni e che le cure non sono soltanto organiche (farmaci e interventi chirurgici) ma implicano miglioramenti delle relazioni interumane.

Queste considerazioni hanno anche trovato una espressione concreta in alcune formulazioni di legge e in alcune battaglie politiche. Ricordo che nell'applicazione di uno dei decreti della riforma sanitaria, relativi all'ordinamento del personale del servizio sanitario nazionale — art. 47 della riforma — abbiamo consentito in qualche misura di evitare che ci fosse un « ruolo medico » nel servizio sanitario nazionale, e di aprire invece il « ruolo sanitario » ad altre attività professionali, compresi gli psicologi.

Tuttavia, malgrado questi parziali successi, la questione si ripropone continuamente come tendenza all'egemonia e al privilegio medico. Per esempio, quando si fa un accordo con compensi esorbitanti per i medici generici, e si apre la strada ad analoghi accordi con i medici ospedalieri e ambulatoriali, spezzando l'idea di un contratto unico di tutto il personale del servizio sanitario nazionale, è chiaro che il predominio della professione medica inevitabilmente si rafforza.

Fare spazio ad altre professioni nel campo della lotta contro le cause delle malattie — chimici, fisici, biologi, psicologi, ingegneri, urbanisti ecc. — e nel campo terapeutico fare spazio a numerose specializzazioni, compresa la psicologia, non significa — lo voglio dire anche se può rischiare di essere impopolare fra tanti giovani psicologi che cercano giustamente un'occupazione — che si debba sempre rendere professionale il bisogno di aiuto interumano. Ciò riprodurrebbe inevitabilmente il modello medico di assistenza, con il risultato (tra l'altro) che, siccome i medici sono più forti politicamente e più robusti come tradizione, essi in base allo stesso modello schiaccierebbero qualunque altra professione. Non significa neppure introdurre lo psicologo in tutte le attività e i servizi che implicano stretti rapporti interumani, cioè mettere uno psicologo a fianco

di ogni medico, di ogni insegnante, di ogni manager industriale e perfino di ogni « mister » calcistico. Significa invece introdurre ovunque la psicologia e anche gli psicologi dove sono necessari interventi diretti. Gli psicologi sono utili in alcuni casi, e in ogni sede di ordinamento e di orientamento.

Su quali regole, su quali norme giuridiche si può operare per questi fini? Questo è il secondo tema della discussione, e poiché ne accetto la procedura mi fermo a questo punto.

Prof. ENZO SPALTRO *

Io non ho molto da dire perché in pratica tutto è stato già detto, ridetto, scritto, riscritto. Ho visto un libro anche qui in distribuzione, « Lo psicologo »; vorrei semplicemente ricordare un fatto concreto e cioè: la legge 615, il progetto di legge 615 in discussione per la terza legislatura consecutiva, dal 20 dicembre dell'80 ancora, anzi dal dicembre '79, ancora al Senato, per la terza volta.

Dal '75 non riusciamo a filtrare: primo progetto, secondo progetto approvato all'unanimità al Senato, terza volta, terza attesa.

Vorrei ricordare alcuni fatti. Mi limito a questo fatto perché altrimenti i discorsi sono tanti. Non abbiamo chiesto noi l'Ordine, noi abbiamo chiesto solo un riconoscimento. C'è stato detto che non si poteva fare una lista, un Albo, un qualsiasi riconoscimento. Abbiamo chiesto ai parlamentari di dirci che cosa dobbiamo fare. Non siamo esperti di legge. C'è stato detto: la lista no, l'Albo si. Abbiamo lavorato un pomeriggio di domenica, mi ricordo, caldissimo, per mettere a punto un Albo, poi siamo andati alla Commissione Giustizia al Senato: no, l'Albo non va bene, l'Ordine si. Allora mettiamo giù l'Ordine, lo presentiamo, lo approvano, grazie ad Ossicini che ha fatto molto per questo. Ma non è il Senato lui. C'è stato detto che così non andava perché alcuni partiti pensano in un senso, altri pensano in un altro senso. Allora corriamo da un gruppo parlamentare, corriamo da un altro gruppo parlamentare; siamo arrivati al punto — quando la discussione è passata alla Camera, nella legislatura scorsa — che il Presidente di una Commissione, on.le Misasi ci ha detto: è inutile che lo mettiamo all'ordine del giorno perché tanto non c'è la volontà. Gli abbiamo detto: ma intanto lei cominci a metterlo all'ordine del giorno. Ma se nessuno lo chiede non posso metterlo all'ordine del giorno. Ma

* Presidente della Società Italiana di Psicologia (Sips).

se lei è il Presidente di questa Commissione, vuole metterlo all'ordine del giorno? Lo chieda lei. Ma non c'era la volontà politica.

Aspettiamo! Ci tocca sentirne di tutti i colori però; per esempio nella penultima seduta della Commissione Senato, 24 febbraio 1981, il Senatore Vinci Grossi dice che si tratta di una professione in fase di formazione, che gli attuali corsi universitari sono oggettivamente insufficienti, ecc. ecc. Continuiamo a sentirci dire che non siamo all'altezza, che siamo selvaggi.

Prima si butta allo sbando una professione come l'amico Berlinguer ha rilevato, la si butta allo sbando, non si fa niente, si allenta la creazione dei Corsi di Laurea, ecc. e poi ci si accusa, noi che questo non l'abbiamo voluto, di essere i responsabili di questo che altri ha voluto. Mi sembra il caso classico di quell'imputato che aveva ucciso il padre e la madre e chiedeva clemenza al giudice perché era orfano. Prima si butta allo sbando una professione e poi si dice che è selvaggia. Certo che è selvaggia, ma l'avete voluta voi così! La società non ci riconosce, noi ovviamente siamo uomini che funzioniamo meno bene perché non siamo riconosciuti, e poi ci si accusa che siccome funzioniamo male non ci si riconosce. E' un po' un circolo vizioso.

Attualmente però, che l'abbiamo voluto o che non l'abbiamo voluto, questo riconoscimento formale deve esserci dato; ci sono tre motivi per cui noi pretendiamo che questo riconoscimento avvenga e non c'è sottocommissione che tenga perché è matura la situazione, perché il riconoscimento di questa professione avvenga, in un modo o nell'altro.

Prima di tutto perché non ha senso perpetuare una mentalità strutturalistica, magica, neopositivista, individualista, che identifica l'oggettività con la verità e che in realtà esprime soltanto il disturbo che una nuova professione, come questa, crea alla classe ed alla cultura dominante, che è contraria all'evoluzione della società e che esprime, anche nei confronti di questa professione, la sua avversione a qualsiasi evoluzione.

Quindi non possiamo assolutamente accettare che i legislatori perpetuino questa mentalità strutturalistica, magico-obiettivistica, magari con l'etichetta marxista.

Secondo motivo per cui pretendiamo questo riconoscimento

giuridico è che non possiamo continuare a parlare di corporazione, di paura della corporazione psicologica, quando invece si rinforzano corporazioni che si chiamano: corporazione medica, corporazione degli avvocati, dei giornalisti, dei dottori commercialisti e noi invece soltanto saremmo gli unici corporativisti esistenti nel nostro Paese. Certo, un motivo abbastanza delicato è che non possiamo continuare a ridurre e a buttare in un angolo, l'angolo del privato, questa professione. Il selvaggio è la conseguenza della mancanza del riconoscimento pubblico, non è la variabile indipendente, è la variabile dipendente del riconoscimento pubblico che non arriva. Si continua a consigliare — non riconoscendo pubblicamente questa professione — implicitamente il ricorso al privato, il ricorso al particolare, il ricorso al magico, per poter poi rimproverare coloro che sono costretti a fare ciò.

Noi riteniamo che dobbiamo invitare urgentemente il Senato e la Camera a prendere in considerazione questa drammatica situazione, di questa comunità psicologica, che ancora non comprende elettoralmente un numero sufficientemente ampio di persone ma che ha una sua importanza culturale e scientifica nel nostro Paese. Tenendo presente che c'è un grosso pericolo — ed in questo senso io ripeto quello che ho detto altrove e lo dico in presenza di due parlamentari qui — c'è un grosso pericolo: che se il pubblico non garantisce in tempo, il privato si dovrà organizzare. Se il privato, il sommerso prende l'iniziativa poi sarà impossibile dare una soluzione pubblica a tutto questo. Perché se il pubblico, la Camera ed il Senato ed il Parlamento, non arriveranno rapidamente a controllare la qualità della professione, la formazione, la deontologia, saranno gli stessi interessati ad autogestirsi questo difficile ma indispensabile settore. E la Società Italiana di Psicologia che ho l'onore di presiedere è pronta a muoversi in questo senso. Se il Parlamento non ci riconosce un qualsiasi diritto di cittadinanza saremo noi stessi con le nostre organizzazioni a garantire la società e l'utenza di una qualità di un servizio che la classe politica non sa ancora capire.

Io cercherei di riflettere un momento proprio per esercitare un'attitudine psicologica, problematizzandoci un momento. Il fatto che questo Albo non sia venuto e che ci siano tante incertezze intorno alla sua attuazione, certamente ha delle ragioni che sono legate ai rapporti di potere, alla difesa di altre corporazioni e così via. Però io non sono convinto che questo sia l'unico motivo. Credo vi sia un'incertezza nella definizione esatta di quello che è il campo di attività dello psicologo che spiega la difficoltà di far nascere l'Albo e vorrei un attimo su questo riprendere alcune cose che sono state dette sia da De Grada che da Berlinguer.

Partirei un attimo dal tentativo di riflettere su un'esperienza concreta. Dov'è che oggi lavorano gli psicologi? C'è stata una ricerca piuttosto interessante fatta dal CNR che fornisce dei dati di lettura abbastanza stimolanti su questo punto. Vi sono luoghi diversi in cui oggi gli psicologi operano, *nel pubblico* ed in quanto psicologi, con un riconoscimento delle loro funzioni. Dove si ferma il riconoscimento?

Allora, uno dei campi è sicuramente la psichiatria. Cioè tutto l'insieme delle operazioni terapeutiche intorno al cosiddetto malato mentale. Ma qui la nascita dei Corsi di Laurea in Psicologia coincide con una crisi del sapere medico drammatica, evidenziata da Basaglia e poi da tantissimi altri, che ha portato lentamente ad un processo difficile culminato, almeno in termini istituzionali, con la legge 180.

Ora, qui forse c'è stata per un momento un'illusione: la crisi del sapere medico da una parte, gli psicologi dall'altra hanno dato luogo all'idea che gli psicologi erano i portatori di un sapere che poteva sostituire il precedente. Ed io ho la sensazione che questa cosa, che a grandi linee ha un senso, nei fatti si è dimostrata solo

parzialmente funzionante. Perché gli psicologi erano portatori di un nuovo sapere in termini di apertura critica, erano persone che studiavano imparando a *problematizzarsi*. La cosa che diceva De Grada all'inizio, cioè che si tratta di una scienza per sua natura portata a coltivare il dubbio o comunque a rinnovarsi continuamente a rappresentare un'apertura critica, un progresso importante di fronte a forme di sapere molto dogmatiche, chiuse, ferme, che pretendono di classificare i comportamenti umani, le malattie psichiatriche, ecc.

Sia in termini di riflessione delle persone, degli operatori, della gente, sia in termini di riflessione istituzionale, quando il Parlamento decide di abolire i manicomi con una legge, l'offensiva psicologica condotta *anche* dagli psicologi ha raggiunto qualche cosa.

Il problema però è che quando a questi portatori di nuovo sapere si chiedono, nella situazione concreta, delle operazioni alternative a quelle precedenti, ci si trova in grossa difficoltà, nel senso che la grandissima parte dei portatori di questo nuovo sapere non sanno operare in un modo alternativo. Non hanno nuove « ricette » e neppure dei progetti che siano, tutto sommato, credibili, perlomeno immediatamente credibili. E qui nasce un problema grosso, perché quando si organizza un servizio se si smette di fare una cosa bisogna farne un'altra.

Per questo io dico che la grande questione del riconoscimento si pone, nel servizio pubblico, con riferimento ad atti concreti che determinano dei mutamenti in situazioni personali e sociali di sofferenza. Questa però si chiama psicoterapia, non è più attività psicologica.

E allora attenti! Perché questa è un'attività molto delicata che richiede un tipo di preparazione che è finalizzata a dei risultati. Io leggo un attimo da questa proposta 615 in cui si dice: « l'esercizio della professione di psicologo comprende: lo studio e l'approntamento di metodi, tecniche e strumenti psicologici conoscitivi e di intervento individuale e collettivo ai fini dell'orientamento scolastico e professionale, psicoprofilattico... » e tantissime altre cose. Poi si aggiunge: « l'esercizio delle attività sopra indicate, che abbiano importanza psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale da attuarsi attraverso apposite strutture universitarie »; di esse non si dice, però, quali sono e dove.

Dove comincia però la rilevanza psicoterapeutica di un inter-

vento? Io, badate bene, sinceramente non lo so né credo vi sia qualcuno che lo sappia. In termini formali per esempio dove porsi il problema del pagamento della seduta, e del riconoscimento della psicoterapia nell'ambito delle prestazioni convenzionate con le ULS, con le Regioni e così via? In termini sostanziali: dove finisce la riduzione psicologica, la consultazione psicologica su problemi familiari e della comunicazione, l'attività di sostegno, dell'inserimento sociale degli handicappati, dove comincia la psicoterapia?

Le definizioni di psicoterapia sono tante: quella di Nicola Perrotti ad esempio, semplice e intelligente per cui « psicoterapia è una terapia che si attua attraverso l'uso di strumenti psicologici ».

Io non ho soluzioni per il problema ma sottolineo la difficoltà di risolverlo perché forse esso non è estraneo alla difficoltà di elaborare un progetto di legge. Da una parte si dice: non si può mercificare la sofferenza, non si può medicalizzare anche lo psicologo; però poi c'è un momento in cui un certo tipo di competenza specifica, che non è quella conoscitiva dei meccanismi psicologici ma quella operativa del come si interviene su di essi, che si acquisisce (e lo si dice anche qui) attraverso un tipo di preparazione che non è il Corso di Laurea, salta fuori.

Qui c'è tutto il grande problema che chi impara a fare lo psicoterapeuta può impararlo soltanto in strutture non universitarie; il Corso di Laurea in Psicologia per come è nato, per dove è nato, per le limitazioni in cui è stato costretto a crescere, in effetti lo taglia fuori istituzionalmente tutto questo settore di conoscenze *necessarie*.

Certo, si è tentato di porre dei ripari. Nei fatti la cattedra di « tecniche di indagine della personalità » insegna « psicologia di comunità », per esempio; ma la cosa non è formale e il tipo di ordinamento di questi studi, il modo in cui si svolgono le lezioni per il 99% degli studenti è adatto ad imparare tecniche di indagine, non ad imparare la psicologia di comunità, materia che non s'impara con tre ore settimanali di lezioni e leggendo dei libri.

Secondo problema: l'ha posto Giovanni Berlinguer in modo chiaro: c'è una differenza fra competenze psicologiche e gli psicologi come professionisti? Io penso proprio di sì. Cioè è vero, è giusto dire che ci sono moltissime attività psicologiche che debbono essere conosciute dalle persone che non sono psicologi, ma insomma, proprio per essere estremamente banali, se uno non ha delle

competenze non teoriche ma immediate, di psicologia, come fa a fare la madre ed il padre? Come fa a fare il maestro a scuola? Che cosa significa allargare il discorso sul fatto che a ogni competenza si deve far corrispondere una figura professionale? Che c'è bisogno di consulenza per ogni madre e per ogni insegnante? Questo sarebbe veramente folle. La questione è che forse ci può essere un momento specifico di attività istituendo una sede in cui c'è una persona che può dare consigli a chi ne sente il bisogno, madre o insegnante che sia. Ma quali tipi di competenze sono necessarie per dare consigli o per fare questo tipo di interventi?

Ancora una volta: sono i quattro anni del Corso di Laurea in Psicologia? Sono i libri di testo in cui si studia psicologia? E' questo curriculum di materie che abilita una persona a dare consigli ad una madre che sta in difficoltà? Io sinceramente ho dei grossi dubbi su questo. Non mi pare vi sia coincidenza utile fra cose che si dovrebbero fare e tipo di studi con cui si prepara a farle.

C'è poi il problema che evidentemente lo psicologo, lo psicoterapeuta fa da supplente in alcune situazioni; la madre non ce la fa, c'è bisogno di qualcunaltro e noi siamo di nuovo al problema del terapeuta.

La grande questione, la questione non risolta e non semplice da risolvere, riguarda il problema del dove si situano le competenze specifiche che deve possedere una persona, individuata come tale sul piano professionale. Dove cominciano? Secondo me cominciano molto vicino a dove comincia l'attività psicoterapeutica, perlomeno in un grande settore dell'attività dello psicologo; ho parlato della psichiatria, dell'intervento con le famiglie.

Ci sono poi altri settori — la psicologia applicata all'industria per esempio o alla pedagogia ma lì qual'è il punto in cui è veramente necessaria una persona con delle competenze professionali specifiche?

Torno al punto iniziale ripetendo che il problema non è semplice. Definito con questo art. 4 della proposta di legge sull'Albo resterebbe più o meno lo stesso. A me pare che uno sforzo di riflessione bisognerebbe farlo un attimo più coraggioso: forse bisognerebbe parlare di requisiti necessari al riconoscimento degli psicoterapeuti. Un Albo degli psicologi potrebbe anche aumentare la confusione, a meno che non mettiamo delle norme limitative a ciò che loro pos-

sono fare; un po' più precise però di quelle scritte qui e non credo che questa sarebbe una soluzione del problema.

Mi pare che abbiamo ancora abbastanza da riflettere e che una volta tanto forse anche la lentezza delle istituzioni nel prendere decisioni, dipende dal fatto che da parte nostra non sono venuti ancora dei suggerimenti sufficientemente chiari.

Io mi atterrei invece alla richiesta che mi è stata fatta e tratterò nella seconda parte il problema legislativo; voglio però dire a Cancrini che questo testo è in elaborazione ed è già superato. Ma io non voglio adesso soffermarmi su questo, perché mi sembrava che il primo round, il primo giro fosse legato ad una definizione del problema ed il secondo fosse invece da collegare ai problemi specifici del fatto legislativo.

E' da tempo immemorabile che sento discutere di queste cose; come quel famoso indiano vedo però, sempre più spesso, passare i cadaveri dei miei avversari lungo il fiume nei cui pressi siedo solitario. Dico soltanto questo: a me pare che quando si parla di questo problema dello psicologo, della sua definizione, ci sia ancora un vizio ideologico, ossia che molte di queste difficoltà siano di carattere ideologico; questo è abbastanza comprensibile, l'ideologia pesa su tutto e non vedo perché non debba pesare sui problemi della psicologia. Ma per rifarmi a quanto diceva Giovanni Berlinguer, direi che in sostanza più che il positivismo che è molto lontano, nella nostra cultura pesano di più posizioni hegeliane, post-hegeliane, di destra e di sinistra, che hanno prodotto un ostracismo storico e culturale alla psicologia assai duro a morire.

Basterebbe pensare che quello che diceva De Grada non è tanto esatto perché si è, dal punto di vista ideologico, messo in dubbio il terzo principio della termodinamica ad opera di un famoso filosofo... Quel filosofo l'ha messo in dubbio ed era un grande filosofo...

Voglio però dire: questo problema delle difficoltà ideologiche ad accogliere la psicologia non lo dobbiamo trattare questa sera anche se lo dobbiamo avere presente, specialmente per quel che riguarda il nostro Paese.

Quello che dovrebbe più preoccuparci invece è il ritardo pro-

fessionale; non vorrei che noi ogni tanto, quando discutiamo di psicologia, tendessimo a scoprire l'ombrello che come è noto è stato già inventato. La psicologia, a livello internazionale non è considerata la nebulosa di Andromeda, come sembrerebbe in questa sede; qui vediamo tante nebbie intorno allo psicologo ma poi queste nebbie, basta passare la frontiera e si diradano. Ossia, esiste uno status scientifico di questa disciplina che non può essere ridotto ad un'acculturazione generica di tutti coloro che vogliono occuparsi dell'universo sano — dal pittore, all'antropologo — sui problemi della psiche umana; oltre questo fatto culturale generico che pure è importante, essa ha uno specifico statuto culturale che sbocca in tutti i Paesi civili, con varie forme, in una realtà professionale.

La professione dello psicologo esiste; è chiaro che noi abbiamo avuto dei ritardi terribili, basta dire che abbiamo voluto inventare l'operatore sociale unico ed altre balle di questo genere: lo psicologo esiste ed è un dato acquisito.

E' una professione che ha delle difficoltà come tutte le altre, in un cultura come la nostra, in trasformazione: basterebbe pensare che la psichiatria, che pure quando io mi sono specializzato sembrava una realtà incrollabile, adesso in pratica non esiste più, almeno con quegli statuti che mi hanno insegnato quando ero specializzando; se ne sta formando una nuova, tante cose sono cambiate di quella psichiatria che abbiamo spiegato ed insegnato un numero notevole di anni fa; di quella vecchia non esiste più niente, eppure continuiamo a parlare di psichiatria e di nuove frontiere.

Il discorso non possiamo ridurlo infantilmente ad una ricerca affannosa di questa specie di spettro che si aggira per l'Italia che è lo psicologo. La psicologia esiste, è un fatto culturale mondiale, ha delle basi scientifiche e storiche da decenni ed ha degli orientamenti professionali, che sono certamente perfettibili e modificabili ma che esistono e che non dobbiamo inventare noi; questo come primo problema che mi pare dobbiamo superare con un certa rapidità.

Secondo problema: in tutti i Paesi ed anche nel nostro, esistono degli sbocchi professionali legati alle strutture universitarie esistenti.

Avviene che, spesso, queste strutture non corrispondano, nella loro funzione, nella loro organizzazione, a quello che dovrebbero

essere; e questo è un problema che va affrontato. Molti si laureano in medicina e spesso non hanno visto mai una donna partorire, ma non si nega che esista il parto e che esista l'ostetricia, no? Si tratta di organizzare meglio le sale da parto o l'ostetricia e la ginecologia.

Ora, il problema non si può rovesciare; non si può dire che siccome i corsi funzionano male, invece di modificare i corsi neghiamo che questa professione sia chiara e definita: è definita, definiamo meglio i corsi.

Non mi sembra che si possano rovesciare sempre le cose, altrimenti non ne usciamo più e tutto diventa, come nel sofisma della tartaruga, una divisione all'infinito degli spazi che separano la psicologia dalla scienza o la psicologia dall'operatività e non arriviamo mai. E' così anche per la psicoterapia come vedremo.

Il problema non è questo: io non dico che i corsi siano perfetti e che tutto sia perfetto; io dico soltanto: non possiamo seguire a rovesciare il problema. La psicologia esiste, ha uno statuto chiaro da decenni, è una professione — sempre da delimitare come tutte le professioni che si trasformano (e basti pensare che la medicina si sta trasformando in modo impressionante e la psichiatria ancora, ma esistono entrambe); ed i corsi di laurea esistono e danno un titolo di studio che non può diventare il santino da tenere, per chi ci crede, sotto il capezzale del letto, come è praticamente adesso dal punto di vista giuridico.

Questo è, mi pare, il problema reale. E allora superiamo queste cose e lavoriamo per rendere i corsi più professionali, la professione più determinata e più determinabile, l'ambito di lavoro più chiaro e da questo deduciamo o induciamo le opportunità legislative in quanto la legge codifica il reale, non inventa il nulla; la legge non ha tardato solo perché il reale non era chiaro, ma perché esistevano delle precise resistenze corporative perché il reale, questo reale psicologico, rimanesse indefinito ed indeterminato. Spero di essere stato chiaro.

Ringrazio Ossicini. Direi di passare al secondo punto. Voglio però fare una raccomandazione ai relatori che si sono dilungati maggiormente, di essere, se è possibile, più brevi per consentire una maggiore vivacità del dibattito.

Ecco: diceva giustamente De Grada all'inizio del suo intervento che lui non è un professionista e quindi non ha particolari interessi personali perché venga approvato l'Albo e l'Ordine degli psicologi. Anch'io non sono un professionista ed anch'io non ho particolari interessi personali ne tantomeno ideologici, perché l'Albo e l'Ordine vengano approvati. Mi pare che, in generale, per una certa parte della comunità degli psicologi, il problema dell'Albo sia stato impostato in un'altra maniera che a me pare accettabile. E cioè: l'istituto giuridico dell'Albo è un istituto giuridico che esiste, sia che lo vogliamo e sia che non lo vogliamo. Non siamo noi a decidere unilateralmente se avere l'Albo e l'Ordine dei medici e l'Ordine dei giornalisti. Esiste, è un istituto che esiste e non per nostra scelta.

Per l'esattezza dal 1973, con la prima proposta di legge sulla regolamentazione giuridica della professione di psicologo fino ad oggi sono passati, se non sbaglio, otto anni. La sensazione di una parte cospicua della comunità degli psicologi è che questo manifesti una opposizione culturale di fondo a questa professione e un'incomprensione culturale di fondo nei confronti della psicologia.

Non parlando per l'intera comunità degli psicologi ma esprimendo una linea di impegno personale, devo dire che per me la battaglia per l'Albo e l'Ordine professionale si identifica e corrisponde ad una battaglia di tipo culturale perché lo psicologo e la psicologia abbiano un peso maggiore nella cultura professionale e scientifica del nostro paese. Ma tutto questo perché? Beh, io credo che sia

acquisito che questi psicologi servano a qualcosa. Esistono indirettamente dei riconoscimenti di questa utilità. Faccio riferimento ancora una volta ai temi emersi nella seduta pomeridiana per introdurre brevemente nuovi temi per i relatori: oggi pomeriggio, è stato toccato più volte il problema professionale e culturale degli animatori; se gli psicologi fossero tanti e tutti bene occupati, io capirei un certo tipo di discorso e anche certe preoccupazioni. Se si riconoscesse l'inutilità di questo apporto professionale, ugualmente, pur non condividendo il giudizio, io capirei la logica di certe prese di posizione. Ma quando gli psicologi vengono assunti, nonostante esista un ruolo definito di psicologo, come animatori, e quando si viene a sapere che il 50% di animatori assunti dalla Provincia sono laureati in psicologia, mi vengono dei seri dubbi sulla onestà culturale di certe polemiche. C'è bisogno o non c'è bisogno di psicologi? Se si riconosce la loro utilità professionale assumiamoli come tali, dato che esiste un ruolo specifico nella riforma sanitaria — vi faceva riferimento Giovanni Berlinguer — per lo psicologo (e non per l'animatore che è una figura palesemente *inventata*). A mio avviso, i problemi professionali del settore psichiatrico si saldano con questa lunga storia, che ormai è di otto anni, di difficoltà, opposizioni, polemiche esplicite e nascoste contro l'istituzione di un Albo e di un Ordine degli psicologi.

Passo a questo secondo giro di interventi facendo, se credete utile rispondere, una domanda: è identificabile il ruolo dello psicologo con quello dello psicoterapeuta? Può intervenire chi lo desidera senza rispettare un ordine prestabilito.

Prof. GIOVANNI BERLINGUER

Non risponderò a questa domanda perché francamente non sono in grado di farlo. Cancrini stesso ha detto quanto la risposta sia difficile. Vorrei dire però qualche parola sull'Albo, perché Spaltro ha dato l'impressione che questo non sia approvato per una perversa volontà dei parlamentari, di tutti o di alcuni, malgrado l'autorità culturale e politica che ha avuto il senatore Ossicini nel promuovere questa proposta.

Ora, secondo me l'Albo non è stato approvato per due ragioni fondamentali. Le dirò senza la speranza di avere gli applausi che ha avuto Spaltro, ma voglio essere schietto. La prima è questa: ci sono stati troppi partiti politici che hanno presentato un innumerevole elenco di proposte di legge per la costituzione di nuovi Albi. Voi conoscete la legge economica, secondo cui la moneta cattiva scaccia quella buona: essa è valida in ogni campo. Posso anche elencare alcune di queste proposte, non per accomunarvi ad altre pur nobili categorie, per le quali autorevoli parlamentari hanno richiesto l'Albo, ma per sottolineare le pressioni che esistono: albi degli Amministratori di Condominio, dei Barbieri ed Estetiste, Fotografi, Investigatori Privati, Insegnanti di Sci, Istruttori di Alpinismo e Speleologia, Esperto di Neve e Valanghe, Sommozzatore (proposto dal Senatore Marravalle del Partito Socialista Italiano, gli altri proponenti in genere sono democristiani), Maestri di Scherma, Titolari di Autoscuole, Periti consulenti tecnici in assicurazioni stradali, ecc. ecc.

Il numero e la varietà di tali proposte impongono al Parlamento una riflessione che non deve essere limitata alla questione degli psicologi, ma al rischio che la Repubblica Italiana, anziché essere una Repubblica fondata sul lavoro, sia una Repubblica fondata sugli Albi e sugli Ordini Professionali. Credo che questa sia una difficoltà reale.

La seconda ragione consiste nella difficile definizione dello psicologo e della distinzione fra psicologo e psicoterapeuta.

Voglio aggiungere un'osservazione: mi sembra — lo voglio dire francamente — che sebbene l'Albo abbia ora qualche possibilità di un esito migliore dei tentativi precedenti, sia tatticamente sbagliato concentrare l'azione sull'Albo, lasciando perdere un'altra possibilità, molto più concreta ed immediata. E' vero che può illudere maggiormente l'idea di dire: facciamo l'Albo, e risolveremo il problema degli psicologi. Ma dobbiamo anche partire dalle leggi esistenti. C'è una legge di riforma sanitaria, che parla di un insieme di attività volte alla tutela della salute. C'è stata una battaglia — l'ho già accennato — per fare un decreto applicativo di questa legge, il decreto n. 761, nel quale si dice che i ruoli sanitari comprendono le tre professioni sanitarie tradizionali (medico, farmacista e, con rispetto parlando, veterinario) e comprendono inoltre: biologi, fisici, chimici, psicologi. La legge dice all'art. 12, ultimo comma: i requisiti specifici per l'ammissione ai concorsi dei singoli profili e posizioni funzionali di ogni ruolo, le prove d'esame, i titoli valutabili ecc., sono stabiliti, previa consultazione ecc. ecc., con Decreto del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale.

Questo Decreto non è stato ancora emanato, e potrebbe essere il primo atto con il quale si passa dalla confusione generale esistente nei vari decreti, norme concorsuali, regolamenti sugli psicologi fatti da singole regioni, province, comuni ed enti, ad una definizione unica, ad una definizione « in entrata » nei servizi sanitari. Comprendo che i servizi sanitari sono soltanto una parte, ma certamente rilevante, delle attività che potrebbero interessare gli psicologi; sarebbe un primo risultato pratico che potrebbe poi essere esteso ad altri settori.

Francamente, ho la netta impressione che voi siate — lo dico anche al carissimo compagno Ossicini — un esercito che ha aperto una breccia, perché è stata distrutta, con quel decreto, l'idea che la medicina sia competenza esclusiva dei medici, idea che durava da 2.400 anni, dal tempo di Ippocrate. E adesso, anziché allargare questa breccia, cercate invece di espugnare il punto più munito della fortezza, nel quale si rischia di rompersi la testa sul muro. Francamente, non capisco questa strategia. Perché non si tenta di lavorare

anche in altre direzioni? Accompagnando questo con una battaglia culturale e pratica, quella a cui si riferiva l'amico Lombardo. La battaglia naturalmente va condotta su tutti i terreni, non solo della sanità ma sul terreno dell'istruzione, degli altri servizi e anche delle attività professionali, sia pure con le necessarie distinzioni.

Io volevo dire — riallacciandomi a quello che ha detto Berlinguer, ma soprattutto a quello che ha detto Cancrini —: è indubbio che la strategia non può essere unica. Noi difatti abbiamo preso contatto con il Ministro della Sanità, abbiamo parlato proprio di questa regolamentazione del ruolo dello psicologo nell'ambito delle professioni sanitarie.

Però il problema, in fondo, non è quello; è un problema importante, ma il problema generale forse lo si identifica nel discorso di Cancrini, il problema cioè della psicoterapia e dell'attività psicologica in linea generale.

Io volevo solo dire che se noi cerchiamo di definire l'attività dello psicologo partendo dalla psicoterapia è come se noi cercassimo di definire l'attività del medico partendo dalla chirurgia cerebrale; ci troveremmo immediatamente in enormi difficoltà, scopriremmo che nessuno forma i medici perché questa competenza — che pure ha dei corsi specifici nella Facoltà di Medicina — nessun medico che esca dall'Università italiana è in grado di assolverla; il neolaureato in Medicina non è in grado anzi di fare nemmeno la chirurgia spicciola. Ciò non toglie che la professione esista e venga riconosciuta.

Se vogliamo distinguere in maniera netta e precisa fra psicoterapia e attività psicologica, possiamo ricorrere alle distinzioni che già esistono. Esistono una serie di attività psicologiche che hanno un aspetto psicoterapeutico alla lontana, come hanno un aspetto psicoterapeutico appunto l'attività di madre, di prete, di capostazione o di cose di questo genere, perché tutti implicano rapporti con la gente, la capacità di gestire in qualche maniera questi rapporti, ecc.

La psicoterapia si definisce, secondo me, molto più precisamente in funzione di tecniche specifiche e molto precise da utiliz-

zare per gestire questo rapporto. Esiste una serie di attività, tutte le attività di carattere consultoriale, che non sono specificamente psicoterapeutiche. Attività che diremo, i Corsi di Laurea abilitano a fare in maniera scadente. Perché? Perché i Corsi di Laurea stessi sono organizzati in modo scadente in quanto manca un punto di riferimento stabile. L'Albo ha una funzione di carattere culturale e non semplicemente corporativo, proprio da questo punto di vista. Fissa delle esigenze che la società pone ai meccanismi di formazione pubblici, Università in testa, la quale da questo punto di vista è dispostissima ad accogliere questi punti di riferimento; voi sapete che abbiamo in atto un grosso problema di rielaborazione degli Statuti dei Corsi di Laurea; questo progetto rimane in pratica bloccato. Se ci si fornisce un punto di riferimento professionale e culturale vago, generico e fumoso, fatalmente daremo una preparazione vaga, generica e fumosa.

Se invece ci vengono indicate alcune precise priorità, potremo dire: è possibile adeguarci, oppure no; comunque avremo un criterio di confronto unico sul quale misurare poi l'efficacia dei Corsi di Laurea.

Però non è giusto riservare questo tipo di critica ai Corsi di Laurea più giovani e nati in condizioni peggiori, quando la stessa critica vale per i Corsi di Laurea in Giurisprudenza, in Medicina e chirurgia. Io quando sono uscito dal Corso di Laurea in Medicina, essendomi laureato con una votazione altissima, e lo dico con vanto, tuttavia non ero in grado di fare niente, perché nessuno mi aveva insegnato neanche a fare un'endovenosa. Per vedere un malato banalissimo bisognava fare file inenarrabili, arrampicarsi sulle spalle della gente, ecc., o viceversa trovarsi privatamente l'accesso ad un ospedale che ti permetteva di verificare le cose. Perciò questo tipo di discorso è valido sul piano generale e riguarda il modo in cui è impartita l'istruzione in Italia, è un discorso molto più generale che non riguarda solo gli psicologi; non possiamo venire penalizzati del fatto che le strutture pubbliche italiane, tra le altre cose, non sono in grado di fare nemmeno la formazione universitaria; dico « tra le altre cose » perché dobbiamo dire che non funzionano nemmeno le poste, i telegrafi, i treni; diventa cioè un problema generale.

Noi abbiamo bisogno di avere una regolamentazione, anche

non necessariamente un Albo — chiamiamolo come vogliamo — anche regolamentazione di carattere settoriale, tipo quella che riguarda il settore sanitario, per mirare la formazione. Perché altrimenti, come diceva Ossicini, ci accusate di una colpa che non è nostra. Soltanto dopo averci dato questo referente preciso potrete imputarci di non rispondere alle esigenze della società. Per ora noi cerchiamo di fare quello che riusciamo e possiamo fare, anche tenente presente che non esiste un punto di mira.

(Testo registrato rivisto dai curatori del volume)

Io penso forse che posso anche essere sentito senza microfono, così il nostro destino di turbare il sonno a qualcuno... No? Allora parlo con l'amplificatore anche se mi dispiace di turbare il sonno di qualcuno.

Brevissimamente: io sono convinto, caro Giovanni, che quello che tu dici è giusto, ma andrebbe rovesciato. Se noi non avessimo cominciato, otto anni fa, la battaglia per l'Ordine, saremmo ancora al punto di partenza. Questa soluzione, fra l'altro, è stata recuperata con non poca difficoltà, e tu lo sai, perché in una prima fase della stesura del decreto n. 761, lo psicologo non era nel « ruolo sanitario »; c'è stata dunque una certa pressione: perché quando fu preparato dal Ministero il progetto, noi eravamo in un cantoncello. Dopo, al Senato, abbiamo fatto una certa battaglia, tutti concordi, naturalmente, nessuno escluso, e lo psicologo è tornato, anzi è andato dove nessun l'aveva messo, tanto per essere chiari.

Se non ci fosse stata questa battaglia culturale e politica per l'Ordine, che è durata 8 anni e ancora dura, non so bene a che punto saremmo; forse ci accontenteremmo dei discorsi generici sugli operatori sociali e affini. La mia impressione è che poi oggi sia una battaglia in generale pressoché vinta, ma bisogna perfezionarla nel particolare; possiamo perderla, solo facendo male quest'Ordine, ma che lo faremo è certo. Ci siamo già arrivati varie volte, e poiché non credo di essere un gigante di capacità non vedo perché un ramo del Parlamento non debba fare quello che l'altro ramo ha fatto già due volte e che sta per fare per la terza; perché questo progetto è stato già approvato all'unanimità, una volta in Commissione e una seconda volta in Aula, al Senato. Non è una fortezza tanto inespugnabile, se per due volte l'abbiamo espugnata; la terza la espugneremo, in un ramo. E non credo che l'altro ramo sia così differente dal non

voler assolutamente fare quello che un altro ramo ha fatto per due volte e sta per fare per la terza. Non è dunque difficile.

Quello che è giusto nel tuo richiamo è che possiamo farlo non bene; dobbiamo invece farlo bene, dobbiamo farlo accuratamente e questo lo vedremo insieme. Non credo dunque che sia impossibile. E' proprio quello che tu dici che ci porta a ritenere utile il farlo: proprio perché esistono le richieste più strane che le cose si selezionano per la loro essenza, per il loro contenuto. I parlamentari avranno tanto buon senso, da distinguere l'Albo di qualche strano gruppo, dall'Albo, anzi dall'Ordine degli Psicologi.

Perciò il tuo richiamo pur giusto è però, secondo me, esterno al problema. Cioè, noi faremo certamente una legge sull'Ordine. In questo Paese, per fortuna, il Legislatore è sempre attento alla realtà. Ci potranno essere dei ritardi, ma noi ci arriveremo sicuramente.

Qui dobbiamo discutere non *se* fare l'Ordine perché ci arriveremo e lo faremo; dobbiamo discutere su *come* farlo bene. E allora il tema del rapporto fra psicologia e psicoterapia è un grosso problema. Ma anche questo va affrontato senza ritardi culturali, perché è ovvio che la psicologia non si identifica, *tout court*, con la psicoterapia. Come per esempio la medicina non si identifica con la psichiatria o la clinica medica. Ci sono varie branche e varie attività.

E' chiaro che la domanda di una competenza o dell'altra in certi momenti può essere maggiore o prevalente, e questo è un altro problema: dovremo — come accennava Cancrini — verificarlo a livello della domanda.

E questo, ripeto, è un discorso aperto; cominciamo però da questo discorso e non da quelli che sembrano volerci intralciare nel punto di arrivo. Noi dovremmo finalmente cominciare a dire: visto che faremo un Ordine, visto che lo psicologo esiste perché non è come la peste di Don Ferrante che non essendo né sostanza né accidente, non doveva esistere. Ma lo psicologo non è la peste, è una realtà e non è come la peste di Don Ferrante, né sostanza né accidente. Lo psicologo esiste, la professione dello psicologo esiste in tutti i paesi del mondo e va regolamentata; non possiamo neanche attenderci che la gente, magari seria, che fa psicoterapia e la sa fare

vada in galera solo perché non ha la laurea in medicina; perciò questi problemi dobbiamo affrontarli ed abbastanza in fretta.

Superiamo i discorsi sulle « cose in sé » e affrontiamo tutti insieme e tecnicamente il problema del come fare un Ordine, del che cosa metterci dentro; e questo non in rapporto ad un quadro astratto, ma a due problemi molto concreti. Primo: in rapporto a che cosa scientificamente è la psicologia e quindi la professione che deriva da essa in tutto il mondo; secondo: a quale richiesta viene fatta nel nostro Paese e nelle sue strutture assistenziali.

Questo è tutto.

Brevissimamente. Io pensavo ad una citazione di Mara Selvini Palazzoli nel libro «Paradosso e Controparadosso». Lei cita delle ricerche etologiche che dicono che quando due lupi sono in combattimento, se uno dei due non ce la fa più e vuole smettere la lotta lo segnala in un modo chiaro e preciso e che è sempre riconosciuto; ha un comportamento da cucciolo e l'altro smette immediatamente l'aggressività. Dopo di che sanno entrambi chi ha vinto e chi ha perso e la cosa è accettata socialmente. Aggiunge Mara Selvini, a ragione, che nei rapporti fra gli esseri umani la cosa è più difficile. Cioè: noi abbiamo un repertorio limitato per segnalare le intenzioni non aggressive. E molto spesso le cose che diciamo con un intento costruttivo vengono prese per aggressive, il che sembra paradossale particolarmente in un ambiente come questo, visto che abbiamo definito insieme, quasi tutti, l'idea che lo psicologo è uno che semina dubbi e che riflette.

Allora, a me sembrava di aver posto un elemento di riflessione perché credo che questo elemento di riflessione sia necessario; non volevo né impedire il raggiungimento di un obiettivo come quello dell'Albo, né mettere ulteriori bastoni fra le ruote. Segnalavo alcune difficoltà concrete che secondo me esistono perché mi sembra necessario riflettere un po' di più tutti.

Con questa riflessione di partenza e sempre tentando di dare un contributo senza aggredire nessuno: criticare il Corso di Laurea in Psicologia non vuol mica dire voler inferire sull'ultimo corso di laurea che è nato, il più debole, ecc. Non significa per niente questo. Significa ragionare su un'esperienza che io ho fatto per sei anni e che mi ha fatto riflettere molto.

Per esempio si parla di numero chiuso, per il Corso di Laurea in Medicina; ebbene se per diventare medico bisogna ragionare sul-

l'adeguatezza delle strutture rispetto al numero degli studenti, per psicologia mille o dieci fa lo stesso?

Questa è una pazzia, scusate! Io ritengo che è più difficile imparare a fare lo psicologo che imparare a fare il medico. E mi chiedo — poiché il Corso di Laurea in Psicologia non è un granché, quello di Medicina, forse, per chi vuole studiare degli spazi per imparare li ha, anche se poi non sono sufficienti ecc. — mi chiedo cosa succederebbe se agli studenti di medicina venisse imposto, per sei anni, di fare lezione a Via dei Sardi, senza avere rapporto con nessuna struttura, e fondamentalmente laureandosi per corrispondenza.

Allora, qui c'è un problema serio, strutturale, gravissimo. E non è infierire il sottolinearlo. Abbiamo il dovere di sottolinearlo, invece, ogni volta che c'incontriamo e che abbiamo modo di parlarne, perché forse è più urgente avere locali, attrezzature, strutture per preparare le persone, piuttosto che fare un Albo. O forse sono urgenti tutte e due le cose.

La questione è grave e meriterebbe una maggiore riflessione. Io non sono d'accordo ad esempio su una semplificazione di De Grada. Che dice « in fondo usano la psicologia un po' tutti ». Che cosa significa? Io ritengo che lo psicologo ha il compito di introdurre elementi di cambiamento in situazioni che non riescono da sole a trovare spazio per un cambiamento; questo succede sia con la grande patologia psichiatrica che in situazioni apparentemente più semplici. Succede quando ci si trova di fronte al bambino di cui si dice che è dislessico, per esempio, oppure di fronte al bambino che è cattivo, che fugge di casa, o che provoca comunque « dei problemi ». Succede nella famiglia dove c'è un handicappato. In tutti questi casi quando la gente si rivolge ad uno psicologo che cosa chiede? Chiede una diagnosi? O chiede piuttosto delle indicazioni operative per un intervento che gli permetta di uscire da una situazione di difficoltà?

Questo intervento attivo è difficile, ma riflettere su questa difficoltà è importante. Occorrerebbe aprire un discorso, ad esempio, sulla patologia di coloro che gli interventi li fanno. Quando Freud diceva che si sceglie questo tipo di professione (« aiutare gli altri ») anche in ragione della propria nevrosi personale, diceva una cosa vera? Io credo di sì. Vogliamo veramente credere che vi siano an-

cora psichiatri così stupidi da credere nelle dottrine di Kraepelin o dobbiamo essere capaci di ragionare sul loro bisogno *curativo*? Vogliamo ancora credere che il lavoro con la sofferenza umana sia un lavoro che si svolge senza essere condizionato profondamente dalle proprie venture personali, dalle proprie emozioni, dal proprio bisogno di assicurazione o di potere?

Ebbene gran parte dell'apprendimento dello psicologo dovrebbe basarsi su questo: lo psicologo deve imparare cos'è lui, che cosa sono i suoi processi interni, come si muove lui nelle diverse situazioni. Deve imparare a vedersi, a conoscersi, a muoversi in un modo che sia utile alle persone. Per questo i corsi di laurea, così come sono strutturati sono sbagliati e bisogna avere la forza e il coraggio di cambiarli. E' bene che ci siano, perché è una cosa importante che ci sia un Corso di Laurea in Psicologia. Una volta che esiste però, bisogna anche organizzarlo in modo che sia utile alle persone che ci vanno ed a coloro che poi andranno a chiedere aiuto alle persone che ci sono andate.

Tutti questi problemi vanno posti, non rinviati all'infinito e le soluzioni concrete vanno corrette giorno per giorno, situazione per situazione. E' parte di questo discorso il dire oggi che la professione dello psicologo deve essere regolamentata e che a questo si deve arrivare al più presto possibile. Non facciamo finta però di non vedere la complessità dei problemi. Cosa servirebbe la sostituzione di un medico che prescrive pillole con uno psicologo che spara consigli sbagliati?

PARTE TERZA

Lo psicologo: la formazione sul campo

COORDINATORE:

Giovanni Pietro Lombardo

RELATORI:

*Mario Bertini
G. Vittorio Caprara
Gaspere Vella*

INTERVENTI:

*Giuseppe Fumai
Antonio Firetto*

Vorrei fare una breve premessa su quanto, presumibilmente, verrà trattato stamattina, inserendo alcune riflessioni sulla discussione della tavola rotonda di ieri sera e del dibattito di ieri pomeriggio.

I molti che sono stati qui ieri sera potranno darmi atto che il tema dell'autonomia disciplinare e culturale prima, e professionale dopo, dello psicologo, è stato toccato da molte relazioni dei partecipanti alla tavola rotonda ed anche di molti interventi da parte del pubblico.

Oltre questo, direi che un altro elemento saliente ed importante della serata è stata — anche in questo caso sottolineata sia dagli interventi del pubblico sia da parte dei partecipanti alla tavola rotonda — la preoccupazione di non schiacciare, di non identificare la figura dello psicologo con la professione dello psicoterapeuta. Si è detto con molta forza che lo psicologo non deve considerarsi uno psicoterapeuta. Il quadro della definizione giuridica, che riguarda anche problemi inerenti alla psicoterapia, non deve portare i critici della proposta di legge a pensare che lo psicologo si consideri uno psicoterapeuta e che aspiri, magari, a vedere sancito tutto questo con la 615 (per poi dire che non è preparato in questo senso). Allora, qual'è il punto che veniva sollevato ieri sera?

Il punto è che se lo psicologo in quanto tale non è identificabile con lo psicoterapeuta, ciononostante io credo che allo psicologo debba essere data la possibilità, dopo un training specifico, di esercitare la psicoterapia; sappiamo però che questo tipo di discorso è per ora vietato per legge e soltanto l'Albo potrà consentirlo.

Si è inoltre sottolineato un aspetto che non deve produrre confusione e io credo che in alcuni interventi di ieri questa confusione ci sia stata. E cioè: è ovvio che una serie di competenze

dello psicologo possano avere una valenza psicoterapeutica, ma deve essere chiaro per tutti che un conto è parlare di attività *specificamente* psicoterapeutica ed un conto è parlare di *valenze* psicoterapeutiche. Le finalità dello psicologo hanno certamente delle valenze psicoterapeutiche, ma non possono essere strettamente considerate una psicoterapia.

Questo era un primo elemento che mi sembrava importante riportare dalla discussione di ieri sera a quella di questa mattina. Perché? Voglio riallacciarmi anche qui ad un discorso che non è stato fatto in maniera sistematica, ma che certamente è presente e rilevante: la critica alla formazione universitaria dello psicologo.

Io penso che sia una critica largamente condivisibile e condivisa dai partecipanti al dibattito e da noi docenti del Corso di Laurea; talmente condivisa che il Corso di Laurea in Psicologia in stretto rapporto con tutte le componenti interessate della comunità psicologica nazionale, si è già mosso e continua a farlo in maniera sistematica ed approfondita per esaminare un tema importante: quello della ristrutturazione e riorganizzazione della formazione dello psicologo finalizzate all'acquisizione di una maggiore professionalità.

Allora, qual'è il rapporto fra quello che io definivo il tema importante di ieri sera e questo secondo aspetto? Il rapporto mi sembra molto semplice: anche se lo psicologo in quanto tale è diverso dallo psicoterapeuta ed ha una sua specificità professionale (che può espletarsi in vari settori) autonoma, ciononostante, mi sembra che il settore dell'assistenza psichiatrica lo riguardi da vicino; tutto l'ambito dell'assistenza sanitaria deve costituire un referente fondamentale per questa ristrutturazione. Nel senso che se noi abbiamo un quadro preciso della struttura assistenziale e delle sue linee di sviluppo, i nostri progetti di ristrutturazione e di riformulazione dell'iter universitario dello psicologo saranno ovviamente più adeguati ed anche più concreti. Solo così questi progetti non saranno astratti e non correranno il rischio di essere simili al progetto attuale che è stato elaborato ed istituito senza alcun referente di professionalità esistente. Voi sapete bene la storia del Corso di Laurea in Psicologia: quella di aprirlo è stata una decisione certamente maturata e approfondita; certamente esisteva o cominciava ad esistere in Italia un bisogno, una richiesta generale di psicologia

connessa allo sviluppo sociale e culturale del nostro Paese: la decisione di istituire il Corso di Laurea non ha potuto però avere quello che noi adesso riteniamo importante: un referente specifico a cui commisurarci e rispetto a cui organizzare questa formazione. E questo ha influito negativamente.

Io ho finito la mia breve premessa: e vorrei dare la parola ai relatori.

Nel suo intervento di ieri sera Cancrini, accennando allo sviluppo dei Corsi di Laurea in Psicologia in un periodo critico per la cultura psichiatrica, sottolineava con disappunto il divario fra le attese di una cultura alternativa che queste strutture nuove facevano presagire e la realtà che si è venuta via via manifestando.

Non c'è dubbio che questo disappunto possa essere condiviso da molti. L'importante tuttavia è analizzare le cause di questo divario.

Io credo che una attenta analisi di alcune contingenze storiche in cui è nata la Psicologia in Italia, sarebbe particolarmente utile per capire e soprattutto per responsabilizzarci rispetto a scadenze non più facilmente rimandabili. Su questi argomenti ho già avuto modo di soffermarmi altre volte — anche di recente — e non intendo dilungarmi in questa occasione. La tesi che vorrei sostenere oggi è che una delle cause di questo insufficiente apporto della Psicologia ad una seria cultura di cambiamento sia da ritrovarsi nella debolezza delle sue strutture tecnico-professionali. Tutta una serie di motivi ha fatto sì che nel nostro Paese non sia mai decollata una professionalità psicologica tecnicamente e scientificamente fondata — specie nell'ambito cosiddetto clinico. Oggi — occorre dirlo chiaramente — chi opera nel settore clinico-applicativo presso le Istituzioni Pubbliche si trova sprovvisto di strumenti qualificanti che ne stabiliscano un'identità professionale specifica e specificatamente in grado di evolvere in stretto rapporto con le dinamiche partecipative del cambiamento sociale.

Fra teoria psicologica e prassi clinica è mancata una saldatura qualificata ed efficiente quale può essere offerta da una struttura di formazione aperta sì agli apporti delle altre discipline, ma coerentemente consolidata nella tradizione psicologica di base.

L'avvento dei Corsi di Laurea in Psicologia — agli inizi degli anni '70 — ha messo in evidenza le paurose lacune della nostra cultura psicologica. Di fatto non c'era una tradizione di psicologia clinica. E' noto che, per arrivare alla docenza era necessario un curriculum strettamente impegnato nell'area della psicologia sperimentale: fondamentalmente nella percezione. Personalmente, ricordo le difficoltà che incontravo quando, nelle prime esperienze di ricerca nel laboratorio diretto da Padre Gemelli, tentavo di ampliare le riflessioni dal contesto percettivo verso la dimensione di personalità.

Di fatto poi chi operava direttamente nell'« area clinico-applicativa » ben difficilmente poteva accedere a responsabilità accademiche. Pertanto gli psicologi di valore sul piano scientifico-metodologico, quelli chiamati ad occupare posti di docenza, erano esperti in ricerche di base ma non nella ricerca e nell'applicazione clinica.

In questo ambito, salvo rarissime eccezioni, si sono dovute improvvisare delle competenze, spesso riciclate dal settore psichiatrico. E' l'assenza di questa tradizione che ha pesato e continua a pesare nelle nostre risorse di formazione. C'è stata un'esplosione di domanda di professionalità psicologica e ci si è accorti di conoscere solo la psicologia sperimentale. Talvolta — segno di un certo provincialismo culturale — anziché prendere atto di questa nostra specifica lacuna nell'ambito applicativo-clinico, si è preferito denegare *tout court* la possibilità attuale di una scienza applicativa, senza tener conto di quanto si è verificato e con solide tradizioni in altri Paesi.

E in tal modo siamo rimasti ai margini di un impegno, in vario modo diffuso ovunque, verso la riduzione del gap tradizionale fra il versante della psicologia accademica — notoriamente ispirata al rigore sperimentale intorno a problemi teorici e parcellari — e il versante clinico-applicativo — spesso movimentato da istanze illuminanti ma inverificabili.

Questo impegno passa attraverso lo sforzo tenace e rigoroso di elaborare metodologie consonanti con le tematiche di maggior respiro applicativo e attraverso la capacità di individuare modelli teorici in grado di cogliere linee di continuità fra funzioni molecolari o parcellari e funzioni molarie o integrative.

Si tratta di orientare lo studio dei processi psichici di base

— percezione, apprendimento, memoria, pensiero ecc. — verso una « contestualizzazione » intraorganismica e una « storicizzazione » dei loro rapporti adattivi con l'ambiente.

Ed è un vero peccato che sostanzialmente ci siamo trovati ai margini di questo impegno perché fra l'altro il clima culturale ispirato dalle nostre correnti innovatrici psichiatriche avrebbe potuto giocare un ruolo molto positivo. Al contrario, in assenza di una solida tradizione di psicologia clinica con cui dialettizzarsi, questo clima culturale, insieme a fermenti indubbiamente positivi, ha introdotto alcuni elementi di confusività contribuendo sotto certi aspetti a ritardare una maturazione graduale e sana di tutto l'insieme del corpus teorico e metodologico della professionalità psicologica. Così per esempio l'attacco radicale generico alla tecnicità del ruolo professionale — per molti versi propizio — ha significato per la Psicologia clinica italiana una crisi del modello metodologico al momento stesso in cui — e con grave ritardo rispetto agli altri Paesi — si tentava di edificarlo. Ne è seguita una grave confusione in cui a vecchi modelli arcaici si sono sostituiti modelli socio-politici di dubbio significato, saltando a piè pari sopra il terreno originario della formazione psicologica di base; sul quale — pur nella estrema eterogeneità di estrinsecazioni — la Psicologia clinica dei vari Paesi si trova saldamente ancorata.

E' sullo sfondo di queste consapevolezze che è emersa un'ipotesi di rifondazione del Corso di Laurea in Psicologia, orientato a porre su solide basi scientifiche la professionalità dello psicologo italiano.

Come è noto il Corso di Laurea in Psicologia è sorto nelle sedi di Roma e Padova nel novembre del '71. Il suo schema di attuazione riflette le difficoltà e le lacune culturali della Psicologia Italiana nel suo travaglio di affermazione. A distanza di 10 anni emerge in tutta la sua urgenza l'opportunità non di una semplice modifica o riarrangiamento degli statuti, ma al contrario una ristrutturazione ex novo a partire da un modello di riferimento culturale diverso.

Senza addentrarci ad esplicitare le linee di articolazione fra le considerazioni generali svolte prima e le caratteristiche di questo

nuovo progetto formativo, mi limiterò a indicare alcuni aspetti qualificanti del medesimo.

Come è noto l'attuale Corso di Laurea prevede dopo il primo biennio di base tre indirizzi, uno sperimentale o di ricerca, uno didattico e un indirizzo applicativo. Appare evidente in questa tripartizione l'indice delle debolezze culturali cui mi riferivo in precedenza. Stà di fatto che gli studenti non si sono certo distribuiti in modo omogeneo su questi diversi indirizzi ma si sono in modo assolutamente prevalente concentrati nel terzo, quello applicativo.

Al di là di ogni considerazione, questo fatto ha reso assai più difficile e complesso il problema di garantire, oltre alla preparazione teorica quale può venire oggi fornita attraverso l'insegnamento del biennio di base, anche una approfondita e ben articolata preparazione professionale, differenziando quest'ultima a seconda dei settori in cui un psicologo può essere chiamato ad operare.

Una seconda constatazione riguarda l'impossibilità di fornire entrambi i tipi di preparazione nei quattro anni in cui è attualmente articolato il corso, impossibilità che deriva del resto anche dal fatto che circa i due terzi degli iscritti provengono da Scuole medie superiori (licei, istituti tecnici) nelle quali non viene svolto alcun insegnamento psicologico.

Una terza constatazione riguarda la evidente impossibilità di fornire una preparazione professionale seria e approfondita attraverso corsi di lezioni che non siano anche accompagnati ed integrati, fin dal primo anno di corso, da una serie di esperienze concrete di vario tipo (discussioni di gruppo, ricerche di laboratorio o sul campo, visite ed analisi d'ambiente, esperienze pratiche guidate), da compiersi soprattutto presso organismi esistenti nel territorio in cui i corsi di laurea hanno sede.

L'inadeguatezza dell'attuale legge istitutiva è poi evidenziata, oltre che dalle situazioni di fatto ora indicate, anche dalla presenza di una consistente e qualificata richiesta di interventi psicologici di tipo specifico, richiesta che è stata avanzata in questi ultimi anni in diverse aree dell'assistenza socio-sanitaria. Basterà qui ricordare le indicazioni emerse a livello nazionale, a partire dal 1975, con le leggi relative alla istituzione dei consultori familiari, al trattamento delle tossicodipendenze, all'inserimento dei soggetti con handicap nelle

scuole normali, alle misure sulla restrizione delle libertà, ed infine all'attuazione della Riforma Sanitaria, leggi queste che hanno creato una domanda precisa ed articolata a cui i Corsi di Laurea fino ad oggi, proprio per le insufficienze indicate, non hanno potuto sempre rispondere in modo adeguato sul piano dell'attività formativa.

Sulla base delle constatazioni sopra riportate risulta evidente la necessità di elevare il numero di anni in cui il Corso di Laurea è articolato, portando da 4 a 5, e di aumentare anche il numero complessivo di esami, portandolo da 20 ad almeno 25. Si tratta di un'innovazione non certo secondaria che porterebbe la psicologia sul piano di altre facoltà scientifiche. Tale novità potrebbe incontrare qualche obiezione, considerando anche una certa tendenza presente in altre facoltà alla diminuzione del curriculum anziché al suo aumento. Tuttavia la nostra proposta parte da considerazioni molto precise riguardanti la posizione specifica della Psicologia nel nostro Paese. Occorre tener ben presente che a differenza di quanto avviene nella maggior parte degli altri Paesi, gli studenti che si iscrivono al Corso di Laurea in Psicologia provengono, come dicevo prima, da una scuola secondaria nella quale non si impartisce — tranne rare eccezioni — alcuna nozione di Psicologia. Chi si iscrive per es. a Ingegneria ha molti anni di preparazione a monte in materie propedeutiche di tipo matematico scientifico. Non si può inoltre sottovalutare il fatto che un corso di laurea di recente istituzione, quello di odontoiatria, prevede anch'esso 5 anni. Sembra che lo studio e l'intervento clinico-applicativo nell'ambito dei processi psichici meriti almeno altrettanto approfondimento quando lo studio e la cura degli apparati dentali.

Di questo arco formativo risulta l'opportunità di dedicare il primo biennio ad una preparazione di base comune a tutti ed il successivo triennio ad una preparazione professionalizzante nell'ambito di vari indirizzi finalizzati all'esercizio di un'attività professionale ma definiti in modo meno generico dell'attuale « indirizzo applicativo ».

Tali indirizzi sono quello di « *psicologia dello sviluppo e dell'educazione* » (destinato a coloro che intendono svolgere funzioni di psicologo nell'ambito di istituzioni educative o in stretto rapporto con esse), quello di « *psicologia clinica e di comunità* » (per coloro che intendono lavorare come psicologi nell'ambito di organismi o istituzioni sanitarie, o di consultori, o centri d'igiene mentale), quello

di « *psicologia sociale e del lavoro* » (per coloro che intendono operare nell'ambito di comunità di vario tipo o di organizzazioni produttive). Accanto a tali indirizzi va mantenuto anche un indirizzo di « *psicologia generale e sperimentale* » (destinato a fornire una preparazione culturale e metodologica più approfondita ed a preparare alla professione di ricercatore).

Nelle determinazione degli insegnamenti afferenti a ciascuno di questi quattro indirizzi occorre però fare in modo di superare la situazione sin qui esistente, caratterizzata da una evidente dicotomia tra ricerca e attività applicativa (sancita dalla contrapposizione fra l'attuale « indirizzo sperimentale » e l'attuale « indirizzo applicativo »), *inserendo anche nei primi tre indirizzi sopra indicati degli insegnamenti destinati a fornire strumenti concettuali e tecniche specifiche per l'attività di ricerca* (una ricerca che può essere in parte diversa da quella « di base » che caratterizza l'indirizzo « generale e sperimentale », e può consistere soprattutto in analisi di situazioni o di ambienti condotte con metodo scientifico, o nella verifica, pure compiuta con criteri scientifici, a dei risultati di certi interventi sul piano dell'attività professionale).

Un'ultima constatazione riguarda *l'eccessiva rigidità dell'attuale legge istitutiva che ha fortemente ostacolato l'adeguamento della attività formative sia alle particolari caratteristiche ed esigenze del territorio in cui un dato corso di laurea operava, sia ai mutamenti di situazione che si sono verificati in questi anni con l'emergere di nuovi problemi (per es. quello delle tossicodipendenze giovanili) e con l'entrata in funzione di nuove strutture, derivanti dalla approvazione delle leggi prima ricordate. Se devono essere assicurate una preparazione di base e una preparazione professionale comuni ai laureati dei vari corsi di laurea, in sintonia con le esigenze sociali ed equivalenti a quelle fornite in altri Paesi della Comunità europea, deve in ogni caso essere garantita anche la necessaria flessibilità, e cioè la possibilità per i singoli corsi di laurea (e, all'interno di questi, per i singoli studenti) di adeguare gli itinerari formativi ad esigenze specifiche di preparazione che possono essere diverse in luoghi e momenti diversi.*

Questa adattabilità può essere ottenuta in vari modi: *lasciando alla Facoltà la possibilità di decidere quali indirizzi attuare fra quelli*

sopra indicati (purché non meno di due); introducendo nello Statuto molte discipline complementari, da attivare laddove si presenti l'opportunità o la possibilità di farlo; prevenendo la possibilità per la Facoltà di rendere semestrali certi insegnamenti su temi molto specifici ma essenziali per la preparazione professionale (e calcolando ai fini del curriculum due esami relativi a tali corsi come equivalenti ad un esame relativo ad un corso normale).

In ogni caso, nella determinazione degli insegnamenti e dei loro contenuti (sia per il biennio di base, sia soprattutto per gli indirizzi di preparazione specifica) *è indispensabile partire da una analisi delle varie funzioni che uno psicologo è oggi concretamente chiamato a svolgere nei vari settori in cui è prevista la sua presenza e di quelle che gli potrebbero venire affidate in un futuro più o meno prossimo, e pertanto anche delle conoscenze, delle tecniche, delle abilità specifiche che attraverso il Corso di Laurea gli devono essere fornite. Ed è indispensabile prevedere per un certo numero di insegnamenti di carattere professionalizzante una serie ben programmata di esperienze pratiche guidate.*

L'impostazione e l'ampio spazio dato a questi tirocini non nasce dall'esigenza semplicistica di costituire delle esercitazioni accademiche sul « territorio » ma bensì dalla convinzione che il rigore e la solidità teorica del metodo che stabilisce l'identità professionale dello psicologo, ha senso e si giustifica solo nella misura in cui detto metodo si dispone con altrettanto rigore al confronto e all'evoluzione in rapporto stretto e partecipato con le istanze che si muovono nella società.

Scivolando verso la conclusione, questo progetto è il risultato di un lavoro di una commissione composta da rappresentanti del Corso di Laurea di Roma, di Padova e della SIPS. Questa commissione è nata in seguito a una mozione approvata all'unanimità nel congresso degli psicologi Italiani di Acireale (1979) nella quale si auspicava appunto la ristrutturazione dei Corsi di Laurea. La commissione ha lavorato intensamente per oltre un anno coinvolgendo anche rappresentanti di altre sedi universitarie dove si è manifestato interesse ad un'eventuale apertura di un corso di laurea in Psicologia. Il progetto attualmente in fase di ultimazione, ha già ricevuto un consenso unanime nella conferenza dei Direttori di Istituto di Psi-

cologia e Presidenti di Corso di Laurea, appositamente convocati dal Ministro della Pubblica Istruzione; non più tardi del prossimo settembre verrà presentato in forma ufficiale al C.U.N.

Questo progetto è il frutto di un attenta e laboriosa mediazione fra molte istanze di cui si sono fatte portavoci le varie componenti del mondo psicologico italiano. Frutto di mediazione, ma non certo di compromesso più o meno arrangiato. Pur non lasciando nessuno pienamente soddisfatto, tutti quelli che hanno partecipato ai lavori si riconoscono nelle linee fondamentali di questo progetto e nelle analisi culturali che lo animano. Il progetto ha quindi una sua « personalità » ben precisa che si pone come un tentativo di porre su basi dignitose la formazione professionale dello studente in vista del conseguimento della laurea. Non v'è dubbio che si tratta di un primo — sia pure significativo — passo. La formazione come avviene in altri campi, potrà arricchirsi in corsi di specializzazione specifici, post-laurea; compreso fra questi, quello in psicoterapia. A quest'ultimo riguardo, come noto si sta svolgendo un dibattito molto vivace e di notevole complessità. Il problema da risolvere è la difficoltà di gestire nell'ambito universitario la formazione in settori che fino ad oggi hanno progredito in modo così autonomo, come per esempio la psicoanalisi.

Mi sia consentito esprimere con chiarezza una opinione. Non mi sembra opportuno che la formazione specialistica in psicoterapia venga delegata dall'ente pubblico (Università) all'ente privato, anche se altamente qualificato. L'istituzione privata, entro una legittima dialettica interna, persegue finalità proprie, che possono anche svilupparsi al di fuori di una dialettica allargata alle varie istanze in cui si legittima il controllo pubblico. Anziché delegare per convenzione, l'Università dovrebbe cooptare in qualche modo gli enti privati di formazione, compresi quelli psiconalitici; con reciproca utilità io penso: per l'ente pubblico in quanto si avvale di importanti fonti di elaborazione autonoma della cultura; per gli enti privati in quanto assoggettandosi alla logica del controllo collettivo nello sviluppo del sapere, possono evolvere i propri modelli ampliandone il respiro e l'incidenza sociale senza denaturare la specifica identità di contribuzione. Sembra molto opportuno mantenere nel processo di formazione, a tutti i livelli dai più elementari a quelli più avanzati, una linea di coerenza e di sviluppo centrata sulla piattaforma scien-

tifica ed unitaria della psicologia di base quale si esplica nell'Università.

Se questa linea verrà garantita con rigore all'interno di strutture psicologiche che si auspica sempre più autonome e scorporate dall'attuale Magistero, ben vengano le aperture a tutte le contribuzioni significative; le più eterogenee, sia come ispirazione culturale che come modalità di estrinsecazione istituzionale. Sarà proprio nel respiro di queste aperture che una solida professionalità psicologica acquisterà slancio e incisività di cambiamento nel sociale

Allacciandomi all'intervento che mi ha preceduto, anch'io ritengo che non vi possono essere dubbi circa la difficoltà di una strategia formativa, capace di rispondere ad una duplice finalità: da un lato promuovere lo sviluppo scientifico della disciplina, dall'altro potenziarlo nella sua credibilità attraverso delle prestazioni e dei servizi, economici, accettabili e riconosciuti soprattutto come tali.

Come psicologi già da tempo stiamo discutendo queste cose e da tempo avvertiamo tutta l'urgenza di maggiore chiarezza circa il tipo di cose che si possono fare sia nell'ambito della ricerca e sia nell'ambito della professione.

Io sono convinto che sia opportuno — forse non sono soltanto io ad esserne convinto — chiarirsi le idee su come, dove e per chi soprattutto, si intende operare delle scelte, stabilire delle priorità, rispetto a quali competenze e soprattutto rispetto a quali garanzie. E a mio parere è opportuno non indulgere, com'è stato fatto in passato e come si continua a fare anche nel presente, alle suggestioni ed alle sollecitazioni di una domanda che mi pare tanto più sospetta quanto più generica e quanto più incalzante.

Credo che sia necessario bandire definitivamente l'illusione che la psicologia sia una disciplina facile, cioè alla portata del buon senso di tutti. Credo che tutti abbiano diritto di sentirsi psicologi; questo però non significa che la psicologia sia una disciplina facile, che la prestazione psicologica e le attese psicologiche rispetto a questo tipo di prestazione siano facilmente assecondabili, soddisfacibili.

Più mi occupo di psicologia — e non sono pochi anni ormai — e più mi convinco che essa sia molto più difficile di altre discipline. Forse si è caratterizzata tardi come disciplina autonoma perché era più difficile delle altre, nonostante che i suoi interrogativi siano

comparsi prima degli interrogativi su cui poi si sono costruite altre discipline.

Credo che sia necessario — laicamente — riproporsi il problema dei metodi e delle tecniche; è necessario liberare la nostra analisi dalle secche della dialettica negativa, per cui tutte le cose non vanno bene. In questa prospettiva qualsiasi cosa è smontabile e non soltanto la psicologia, i suoi metodi, le sue tecniche ed i suoi contenuti. Se la psicologia può veicolare nuove forme di controllo sociale più diffuso, più capillare, questo a mio parere deve essere verificato. Attendiamo una conferma di ciò da dati obbiettivi, da evidenze empiriche e non dagli enunciati di principio di alcuni. Perché altrimenti continuiamo a privilegiare nella conoscenza — e perciò non facciamo conoscenza — un rapporto con l'autorità e non un rapporto con i fatti, con l'evidenza dei fatti, suscettibili di essere confermati, verificati, letti e ripetuti da tutti quanti seguono un certo tipo di metodo ed un certo tipo di processo.

Qui si tratta, perciò, di definire i criteri, le categorie, le regole, di derivazione o meno, ed i controlli che ispirano la nostra indagine.

Io continuo a leggere delle tesi di studenti sulle cose che non vanno, raramente ho occasione di leggere su progetti e proposte, su come le cose potrebbero alternativamente andare.

A me pare che l'ideologia della crisi di cui ci siamo un po' tutti alimentati negli ultimi anni, e non del tutto improduttivamente, sia sostanzialmente malata di nostalgia, irriducibilmente intollerante rispetto ad un presente che non si riesce ad adattare alle categorie che sembravano utili per il passato.

Intollerante per un presente per il quale i metodi e i concetti esplicativi che sembravano tanto validi per il passato, servono a poco. L'ideologia della crisi denuncia tutta la sua impotenza non soltanto rispetto al futuro, ma soprattutto rispetto al presente. E qui evidentemente si rischia di assecondare i disegni di chi comunque prende l'iniziativa.

Rispetto ad una domanda estesa di psicologia, credo che forse fa parte di una diversa qualità della vita il fatto che la gente, con una domanda di psicologia, esprima degli interrogativi che forse

non avvertiva o pensava di dover risolvere soltanto all'interno di una dimensione privata o di una dimensione coscienzialistica.

Non è per me importante approfondire qui quali siano le origini, quali siano le fortune di questa domanda di psicologia; a mio parere c'è una domanda di psicologia; non solo, il legislatore interpreta questa domanda di psicologia istituendo dei servizi e pertanto impegnando la spesa pubblica con un ammontare cospicuo di denaro da devolvere a favore di questi servizi per assumere degli operatori, per erogare delle prestazioni, per venire incontro ai bisogni della gente.

Credo che a questo punto sia importante vedere come i soldi sono spesi o come possono essere spesi meglio. Mi pare che sia importante saper svolgere una corretta analisi della domanda, chiarire quali sono le richieste che si intendono prioritariamente soddisfare e quali invece s'intendono accontentare; soprattutto mi pare importante mettere in condizione, le persone, di esercitare un controllo su ciò che viene fatto su di loro — come diceva prima Bertini —. Questo modo di lavorare è un modo che ci porta a riflettere su una strategia conoscitiva e quindi operativa che si caratterizza ancora in termini di metodi e di tecniche, a meno di abdicare in favore dei santuari dell'autocoscienza o di cose analoghe, tutto ciò che i comuni mortali non possono controllare; la scienza è una di quelle cose che si caratterizza, invece, per il fatto di appoggiarsi e di consolidarsi attraverso processi controllati.

A mio parere il ruolo dello psicologo di cui a lungo si è parlato, discende da ciò che la gente si aspetta da lui e non si aspetta da altre figure professionali. E perciò ciò che contraddistingue il ruolo dello psicologo è ciò che lui sa fare, rispetto ad altri che invece non sanno fare. E' quindi un problema di sapere, di sapere fare, di come è possibile trasmettere e l'uno e l'altro. E' ancora il problema del mestiere e dei suoi strumenti, che a mio parere ci sono, seppure in parte, ma non sempre si sa che ci sono.

Ora, i limiti di questi strumenti sono spesso comuni ai limiti degli strumenti di qualsiasi altra disciplina. Piuttosto mi domando perché il poco che la psicologia è in grado di offrire, tuttora continui ad essere marginalizzato, continui ad essere trascurato, anche nei processi formativi. Perché un discorso sul metodo, sulla tecnica,

sul controllo dei risultati e sulla socializzazione del sapere continua ad apparire così minacciante e così secondario o così volgare; per me non è secondario, non è volgare, ma certo è minacciante. E' minacciante per quanti ancora ritengono di poter richiedere e di poter ottenere, ed altri ritengono di poter offrire, ancora, facili, troppo facili, seppure costose, illusioni, certezze, consolazioni; ma non è questo il dominio della psicologia, questo è il dominio della religione e di una cattiva religione, peraltro.

La situazione di frammentarietà e di confusione che conosciamo non può, d'altro canto, continuare a lungo dal momento che cominciano ad essere onerosi, come accennavo prima, i costi di un'assistenza psicologica che il legislatore ha previsto, che la gente sollecita e che i servizi si debbono mettere nelle condizioni di erogare dignitosamente.

Le aree in cui si configura un apporto psicologico specifico sono note: l'Ospedale Generale e in particolare dei Bambini, i Centri di Igiene Mentale o Servizi di Salute Mentale, i Consultori Familiari, le équipes che operano nella scuola, quanti si occupano dei tossicodipendenti.

Come accennava prima Bertini qui è opportuno saper distinguere una professionalità psicologica in senso stretto ed una sensibilità psicologica, un'expertise psicologica. Mentre la prima è ciò che caratterizza una figura professionale, uno specifico, la seconda, a mio parere, dovrebbe essere patrimonio di un numero molto più ampio di operatori che hanno competenze molto diversificate. E' evidente oggi più che in passato, l'esigenza di una sensibilità psicologica diffusa. Vi sono programmi di prevenzione che sostanzialmente si appoggiano alla socializzazione di conoscenze perché si possa intervenire prima, nel riconoscere, nell'avvertire, nel segnalare, nel provvedere, programmi che si appoggiano ad una sensibilità psicologica, che non è soltanto del medico, dell'assistente sociale, del sociologo, dell'infermiere, dell'operatore, ma anche dell'utente, della madre, della coppia, della famiglia. Se per prevenzione intendiamo effettivamente una socializzazione del sapere, qui ci si può domandare perché programmi di informazione e di sensibilizzazione poco costosi vengano accantonati a favore di altri programmi meno utili ma più costosi.

Qui si pone il problema di tutta una serie di informazioni che si possono dare se si riesce ad accettare che la gente non è stupida, a livello di *screening*, a livello di *dépistage*, che non sono gli esperti che devono fare per mettere delle etichette, ma che possono essere realizzati dagli stessi utenti; abituiamo la gente a sapersi guardare, abituiamo la gente ad osservarsi, a riconciliarsi con il proprio corpo, con la propria anima. Abituamo la gente a sapersi toccare. E' questo un discorso di prevenzione — ed è anche un discorso di sensibilità psicologica; qui è l'apporto che la psicologia sul piano generale deve dare — e c'è un grosso lavoro da fare. C'è infine da fare il discorso della professionalità psicologica, questa professionalità che io sono convinto si appoggia ad una conoscenza del metodo, non il metodo sperimentale soltanto, ma una varietà di metodi; soprattutto è un atteggiamento ciò che la qualifica. Un atteggiamento che si caratterizza per il fatto di partire dall'osservazione, cioè dall'esperienza, di saper riflettere sull'esperienza e fare delle proposte suscettibili di essere cambiate, nel momento in cui i risultati che si ottengono non sono quelli che si attendono.

Ed è un atteggiamento, a mio parere, democratico, diverso, non autoritario quello che si chiede nel momento in cui si propone un atteggiamento di questo genere. La scienza, in genere, è meno autoritaria, proprio perché si appoggia a questi strani criteri che sono: la falsificabilità, la verificabilità intersoggettiva, la replicabilità dell'esperimento, il controllo della prassi.

Nel momento in cui si istituiscono dei servizi nuovi, c'è il problema della loro integrazione, rispetto a cui il legislatore stesso è avaro di suggerimenti, e forse non è il legislatore e forse non è neppure l'amministratore, che deve suggerirci come i diversi servizi, che costano, possano integrarsi; qui è un'indagine a livello di discipline interessate che viene sollecitata, per chiarire come le diverse competenze possano integrarsi, perché il discorso sull'interdisciplinarietà esca dal generico e si traduca in un servizio che non obblighi l'utente, il paziente a dei percorsi interminabili: non è possibile che la gente venga sbattuta da una parte all'altra per risentirsi dire le stesse cose, per ripetere la propria tragica storia. Nel momento in cui i servizi debbono funzionare adeguatamente dobbiamo avere dei modelli in testa su come le diverse competenze si possano

incontrare e confrontare e su come si possono sviluppare dei curricula professionali che non confinino il professionista ad un semplice strumentino, ma che continuino ad alimentare la sua professionalità attraverso una serie di contatti e di confronti con i bisogni della gente e con le capacità degli altri colleghi.

E qui mi pare che ci siano competenze e aree diverse da sviluppare: capacità di analisi della domanda, capacità di intervento psicosociale, capacità di sensibilizzazione, capacità di interventi volti alla modificazione del comportamento.

Dobbiamo riprendere il discorso sulla diagnosi, sulla terapia; è inutile fare discorsi di trattamenti personalizzati se non abbiamo degli strumenti che ci dicano qual'è la persona, qual'è la singolarità del soggetto che ci sta di fronte.

Qui non è il problema di una tecnica che va bene a tutti, qui è il problema di una capacità nostra di renderci disponibili verso diverse possibilità di intervento.

Rispetto a questo tipo di problematica, a questo tipo di competenze alle quali si rinvia nel momento in cui si affrontano e si chiariscono certe domande, qual'è il ruolo dell'Università? Ebbene, io sono a questo punto determinato e convinto che i processi formativi che oggi, più o meno bene sono stati affidati all'esterno ed alimentano così dei discorsi strani ed incontrollabili debbono essere restituiti all'Università. Il processo formativo deve essere restituito all'Università in pieno, anche il processo di formazione professionale deve essere restituito all'Università; su questo non ho dubbi, anche se mi rendo conto delle numerose difficoltà. Sino a prova contraria, l'Università è una struttura pubblica che tutti paghiamo e che tutti abbiamo il diritto e dovere di controllare.

Il fatto che la maggior parte dei nostri laureati si tassino per andare a seguire corsi di formazione di dubbia reputazione, denuncia un limite cui dobbiamo, in ogni modo, rimediare. Non ho dubbi, il processo formativo deve essere restituito all'Università ed, a mio parere, è scandaloso che molte persone riconoscano nei Corsi di Laurea in Psicologia soltanto il bacino d'utenza, il bacino della propria utenza, perché lì praticamente vengono innescate le domande, più o meno fittizie, che potranno essere soddisfatte soltanto all'esterno

del corso di laurea. Questo è banditismo, questo è disonesto. Ora d'accordo, dove cominciare e cosa privilegiare? E qui concludo.

Mi pare che ci siano degli aspetti importanti su cui riflettere. Il Dipartimento, mi pare che possa essere un acceleratore formidabile rispetto alla chiarezza che è opportuno fare sui metodi, rispetto alla chiarezza che è opportuno fare sulle diverse posizioni, legittime ma non necessariamente convivibili all'interno dello stesso tipo di struttura. Per cui, rispetto ad un discorso che si fa all'interno dell'Istituto di Psicologia, un dipartimento o più dipartimenti, non ho dubbi, più dipartimenti, meglio se in concorrenza tra di loro.

Domani i dipartimenti, oggi gli istituti, possono fare convenzioni con Enti Pubblici e Privati. A mio parere la convenzione è lo strumento privilegiato con cui si può saldare il momento della qualificazione formativa ed il momento della qualificazione della prestazione erogata; lo strumento che consente di accertare rispetto all'Ente Pubblico, rispetto all'utente, rispetto allo studente la nostra credibilità. E' infine necessario un rapporto diverso con le altre Facoltà ed in particolare con la Facoltà di Medicina, con la quale evidentemente dobbiamo fare i conti, dalla quale dobbiamo imparare, con la quale riteniamo che si possano avere degli scambi più produttivi di quanti ve ne siano stati fino ad ora.

Con gli psicologi sperimentali ho avuto poco a che fare, dal punto di vista della formazione; gli psicologi con cui ho avuto contatti sono psicologi clinici, psicologi che volevano fare la psichiatria; e sono venuti in clinica per farla. Il boom è scoppiato nel 1970: il boom dell'invasione degli psicologi nelle cliniche psichiatriche.

Ed allora, per noi clinici-psichiatri, è venuto il problema di identificare questi psicologi clinici: che tipo di professionista? Sono dei professionisti come noi? Sono dei collaboratori? Sono tanti, pieni di entusiasmo, ci invadono le corsie; ci tolgono il lavoro? Su questi problemi di rapporti interpersonali è scaturita la riflessione, che è ingigantita, dato l'enorme afflusso nel campo del lavoro di questi psicologi clinici che chiedono tutti di fare psicoterapie.

Mi sono sempre ribellato, riflettendo sui problemi e sul dramma di questi giovani ad una mistificazione.

Non faccio il processo a nessuno, perché non avrebbe nessuna importanza. La mistificazione è che vi siano due tipi di formazione differenti: una per lo psichiatra ed una per lo psicologo clinico. La mistificazione è che lo psichiatra sappia fare lo psichiatra solo perché è medico e che lo psicologo clinico non sappia fare lo psichiatra perché non è medico.

Lo psichiatra si specializza in psichiatria senza avere alcuna formazione psicoterapeutica e, non ha nessuna formazione psicoterapeutica perché non ha nessuna formazione psicologica.

Sono entrato in clinica delle malattie nervose e mentali nel 1949: dal 1949 fino al 1981 tutta l'esperienza psicologica e psicoterapeutica me la sono dovuta fare per conto mio; fuori dell'ambiente medico.

Nella Facoltà di Medicina non esiste alcuna materia propedeutica alla clinica psichiatrica. Nel corso di lezioni, per arrivare a di-

scutere un caso clinico, nei diversi aspetti della sua realtà, debbo continuamente aprire parentesi su parentesi, su argomenti di psicologia, di psicopatologia generale, di psicofisiologia, di neuropsicologia, di cui gli studenti non hanno mai sentito parlare.

Paradossalmente, tutte queste materie basiche e propedeutiche per la clinica psichiatrica, vengono insegnate agli psicologi nel Corso di Laurea in Psicologia tutte, eccetto la psicofarmacologia e la clinica.

Ora, questa situazione è mistificatoria. Lo psichiatra può praticare la psichiatria perché è medico, ma senza preparazione psicologica. Lo psicologo non può praticare la psichiatria perché non è medico e, pertanto, pur avendo una preparazione di base in psicologia e psicopatologia, non è tenuto a conoscere, in quanto psicologo, né la farmacologia né la clinica.

La psicologia è la madre della psicopatologia e la psicopatologia è, in ultima analisi, l'ordine delle conoscenze in cui si identifica la teoria, la prassi, in breve, la cultura psichiatrica.

Tutto il progresso della psichiatria si identifica in un progresso delle conoscenze psicopatologiche. Anche il progresso delle conoscenze somatologiche di interesse psichiatrico — dalla genetica, ai neurotrasmettitori, agli psicofarmaci — trova, nella pratica clinica, la sua convalida e la sua verifica nell'ambito delle conoscenze e dei paradigmi di riferimento psicopatologico.

Quindi psicologia e psicopatologia sono il nucleo della formazione psichiatrica; ma non basta, ci vuole anche una formazione clinica. Quella che, in genere, non hanno gli psicologi.

Esperienza e formazioni cliniche vanno, inscindibilmente, di pari passo. Esse sono una sintesi di scienza ed arte.

Sono l'arte del clinico — commisurate alla sua capacità personale — di applicare e di validare sul singolo e reale caso clinico, il complesso di nozioni scientifiche che possiede.

E quando dico caso clinico non intendo riferirmi al singolo individuo — ma — a seconda del presupposto teorico e del conseguente metodo di indagine e di terapia — posso riferirmi anche alla coppia o ad altri contesti: familiare, scolare, lavorativo e così via.

L'osservazione clinica insegna a valutare quel che è includibile e quel che non è includibile nella tua particolare visione della pato-

logia e, quindi, nel tuo metodo di indagine. Ti aiuta a distinguere caso per caso — il vero dal falso, il certo dall'incerto, il possibile dal probabile.

L'esperienza clinica di una molteplicità di casi reali ti mette in guardia dall'applicare paranoicamente una qualsiasi concezione psicologica della patologia, e quindi dell'uomo, astratta ed illusoria, che pretende di delimitare, riducendola in maniera totalizzante, la complessità fenomenica del comportamento umano, delle sue cause e concause.

La clinica spinge, certe volte angosciando, a dover comunque prendere una posizione per essere di aiuto a chi ti chiede aiuto. Ora, questa formazione clinica insegna due grandi cose: la modestia ed il coraggio. Insegna la modestia che ti fa capire che tutto quello che nella realtà c'è, e che conferma o non conferma le ipotesi di lavoro, è di gran lunga più grande di quanto teoricamente ed astrattamente hai appreso nei corsi di laurea o hai radicato nella deformazione professionale: e il coraggio, perché sei spinto dall'attività pragmatica, di cui sei professionalmente responsabile, a prendere comunque una decisione.

Questa formazione clinica, di cui tutti gli operatori psichiatrici hanno bisogno, manca agli psicologi.

Gli specialisti in psichiatria, almeno quelli delle scuole più serie, l'hanno; ma, in genere, limitata ad una psicopatologia essenzialmente fenomenica e non estesa ad una formazione psicologica e psicoterapeutica.

Desideravo riportare il discorso sulla formazione, essendo questo, oggi, un tema abbastanza fondamentale in questo convegno sullo psicologo.

Certamente occuparsi del problema della formazione da parte di uno studente che deve essere a sua volta formato, deve sembrare paradossale; in effetti non lo è perché, lasciando da parte alcuni temi specificatamente tecnici del problema, per esempio cosa si intende per formazione finalizzata e a quale tipo di lavoro sul campo intende dirigersi, rimane un problema essenziale. In altre parole, si possono distinguere due direttrici verso un certo tipo di formazione: la prima riguarda l'aspetto teorico del problema: cioè immagazzinamento di teorie, nozioni, formule, che in un futuro prossimo — non si sa se nel 2023 o altro — verranno applicate. L'altra consiste nel cercare di vedere sul campo una serie di teorie, nozioni, per cui poter effettuare un'azione di confronto e di verifica, di sintesi con ciò che ci viene insegnato. Insomma integrare l'osservazione clinica con il bagaglio teorico che ognuno ha. Questo almeno in teoria.

Debbo dire amaramente che nessuno dei due tipi di scelte vengono oggi concretizzate nel nostro Corso di Laurea.

Nel primo caso, l'aspetto teorico, vi si assommano una pluralità di informazioni delle più disparate, perlopiù contraddittorie, ed inevitabilmente ciò che ne consegue per lo studente è molta confusione e scarsa capacità di discernimento.

Non è raro trovare degli studenti che, alla fine degli studi, si sorprendono che Freud aveva detto delle cose e non altre. Questo perché ognuno ha letto Freud sempre su altri testi che hanno la propria angolazione sia metodologica sia politica.

Questa confusione, nasce perché ogni docente ha il suo bravo ambito di ricerca e continua imperterrito a fare i cavoli suoi infi-

schiaiosene di collocare il proprio insegnamento in un disegno di qualificazione del Corso di Laurea più organico (ad es. necessità di coordinamento delle cattedre che svolgono lo stesso insegnamento per finalizzare la ricerca e la didattica verso obiettivi che sono effettivamente utili alla crescita culturale degli studenti).

Non a caso capita, che i soldi che servono per la ricerca, spesso vengono destinati a studi o a problemi che interessano solo il docente. Quindi inevitabilmente molti soldi vengono utilizzati a questi fini disperdendosi in mille rivoli senza mai arrivare ad una vera e propria capacità di vedere la ricerca non fine a se stessa.

L'altra direttrice, cioè cercare di tradurre in pratica l'aspetto teorico della formazione, si deve dire che finora è stata un fallimento. Per fare un esempio, si parla spesso di tirocini e della loro utilità per dare allo studente la possibilità di vedere, di osservare e dedurre dalla pratica e quindi di apprendere una serie di cose.

In una indagine da me condotta nella forma dell'intervista ai tirocinanti degli ospedali psichiatrici e dei CIM, ho rilevato una completa delusione da parte degli stessi tirocinanti.

Succedeva che questi studenti passavano ore ed ore nell'ospedale e nei CIM senza sapere cosa fare concretamente, vagando qua e là, e ogni tanto, animati da buona volontà raccontavano qualche barzelletta ai malati.

La mancanza di una supervisione costante e di un progetto di intervento rendevano totalmente inutili i buoni propositi. Sicché dopo qualche mese, la frustrazione accumulata da questi tirocinanti era talmente tanta, in mezzo a medici e psichiatri che dall'alto delle loro torri non li consideravano neanche, che non restava altro che andarsene; cioè si restava più delusi che mai traendone la convinzione che è difficile, ahimé, operare concretamente per cambiare qualcosa.

Oggi manca un reale raccordo tra l'università nel suo insieme e le strutture pubbliche idonee a recepire studenti per una reale formazione clinico-professionale.

In mezzo a questo caos organizzato e debbo dire anche progetto, è molto difficile fare discorsi seri; resta qualche rara iniziativa di qualche docente che facendosi carico dei bisogni di alcuni studenti cerca, con tutti i mezzi che ha a disposizione, di colmare queste lacune.

Questo discorso lo faccio perché, a mio avviso, a parte le considerazioni è un dato di fatto. Quindi in senso propositivo parlare di formazione significa eliminare una serie di storture, senza aspettare provvedimenti di carattere legislativo. Per esempio procedere ad una seria ristrutturazione del Corso di Laurea in cui venga contemplato l'allungamento dell'attuale formazione, la quale è insufficiente: che però, non dovrebbe consistere solo in un inserimento di più esami. Chiedere al Ministro o a chi di competenza l'istituzione dell'Esame di Stato, affinché si arrivi finalmente ad un adeguato riconoscimento professionale. Destinare i soldi, almeno una parte, che servono per le ricerche, ad un gruppo di docenti preparati capaci di seguire il tirocinante almeno per sei mesi nelle apposite strutture pubbliche: tipo scuole, ospedali, C.I.M. ecc. Cambiare lo statuto del Corso di Laurea procedendo ad una reale ristrutturazione degli esami esistenti, togliendone alcuni che non sono importanti per una vera qualificazione e sdoppiando l'insegnamento di altri.

Insomma, fare una vera riforma del Corso di Laurea capace di riportarci al livello degli altri corsi di laurea in Europa.

Mi rendo conto che queste proposte assieme a tante altre che sono emerse nel dibattito, possono sembrare utopistiche o non bene collegate, ma le ho portate lo stesso come contributo personale; anche perché da studente non ho neanche io chiaro in mente un progetto completo di ristrutturazione del Corso di Laurea in Psicologia.

Quindi, se non si vuole correre il rischio di fare dei discorsi molto grossi su come dovrebbe essere lo psicologo, non partendo dalla ovvia constatazione di come invece viene formato dal Corso di Laurea, se non si vogliono correre questi rischi dobbiamo partire dalla situazione così come si presenta, cercando di modificare l'esistente con gli strumenti che già abbiamo. In caso contrario diamo ancora una volta la possibilità alle strutture private di avere lo status scientifico di enti di formazione professionale dello psicologo; con tutto quello che a livello di degrado ne consegue per l'Università nel suo insieme. A questo proposito desidero ricordare che l'art. 4 della legge 615 sull'Albo e l'Ordine degli psicologi alla fine, dopo avere elencato le attività dello psicologo, dice testualmente: «l'esercizio delle attività sopraindicate che abbiano rilevanza psicoterapeutica è subordinata ad una specifica formazione profes-

sionale, da attuarsi attraverso strutture pubbliche». Ed anche credo ripeta lo stesso concetto l'art. 80 della Riforma Universitaria il quale prevede che l'Università si convenzioni con le strutture pubbliche per la qualificazione del personale.

Ignorare queste cose significa, a mio avviso, non avere la reale volontà politica di riformare il Corso di Laurea, bensì creare una confusione ulteriore affinché le cose rimangano così come stanno.

Dott. GIUSEPPE FUMAI

Da anni seguo da vicino i lavori parlamentari e quindi l'iter legislativo del disegno di legge sul riconoscimento giuridico della professione di psicologo, prima come membro-professionista del consiglio direttivo della SIPs, poi come delegato al servizio relazioni esterne della società italiana di psicologia. Redattore responsabile di apposita rubrica in « Psicologia Italiana », ho trattato spesso i temi che sono al centro del presente dibattito.

Nel quadro di questa lunga esperienza associativa ho potuto così raccogliere un'ampia documentazione, cosa che mi consente di intervenire in questa autorevole sede congressuale e di riferire in ordine agli ultimi avvenimenti e agli aspetti più significativi della vita professionale, presentando — a mio parere — una situazione che riflette la posizione attuale degli psicologi italiani.

Gli psicologi italiani riuniti ad Acireale (nov. 1979) hanno approvato all'unanimità la ripresentazione del disegno di legge con le procedure di urgenza. Al convegno « Professione Psicologo » di Roma (ott. 1980) hanno confermato la strategia unitaria auspicando una rapida conclusione dei lavori.

Il futuro della psicologia nel nostro Paese è strettamente connesso al suo pubblico riconoscimento; gli psicologi quindi chiedono che lo Stato intervenga per colmare un vuoto legislativo, vuoto che al momento penalizza una categoria professionale che è viva e presente nella società italiana (università, riforma sanitaria, scuola, ospedali, mondo del lavoro, ecc.).

Leggendo i resoconti sommari dei lavori in seno alle Commissioni Giustizia e Sanità del Senato, si riscontra che anche a livello politico — pur nel pluralismo delle idee — sarebbe stata raggiunta una unità di consensi necessaria per portare a compimento il provvedimento.

E allora, se vi è una generale concordanza di idee e di contenuti sul fronte degli psicologi e su quello parlamentare, perché il PCI, dopo anni di discussione, è così intransigente sulla questione dell'Albo-Ordine?

Al riguardo nel testo che accompagna il disegno di legge n. 615 si legge « ...siamo tutti concordi sul fatto che la politica generale degli ordini e degli albi professionali va rivista, ma nel frattempo, visto che la legge è uguale per tutti, non si può negare la dignità professionale soltanto agli psicologi né, cosa ancora più importante, si possono negare le indispensabili garanzie ai cittadini loro utenti... ».

Ma vediamo qual'è la posizione degli psicologi italiani in ordine ai punti nodali del dibattito in parlamento.

Per rispondere con concretezza ai problemi e ai bisogni della società gli psicologi chiedono una formazione di base più rigorosa ed una preparazione professionale da acquisire attraverso appositi training universitari. Condividono la ristrutturazione degli attuali iter formativi e auspicano l'apertura di nuovi corsi di laurea in psicologia in altre regioni.

Per acquisire competenza gli psicologi chiedono che le strutture universitarie siano progettate in modo sempre più « professionale », aperte a tirocini sul territorio.

Per una psicologia nuova occorre superare il falso dualismo prassi-teoria e porsi sempre, ai vari livelli di operatività, con approccio scientifico.

Gli psicologi rivendicano l'esercizio della psicoterapia tra le attività psicologiche, sostenendo che in tale esercizio si utilizzano mezzi psicologici senza l'uso di farmaci.

Per l'esercizio della psicoterapia occorre una formazione professionale adeguata da acquisire dopo la Laurea in Psicologia presso l'Università o presso scuole riconosciute dallo Stato.

L'Università è sede primaria della formazione psicologica e psicoterapeutica e garantisce nell'ambito del diritto allo studio, la possibilità a tutti di accedere agli iter formativi senza esose penalizzazioni.

Una legge dello Stato che tenesse conto di questi orientamenti, metterebbe la parola fine ai procedimenti penali in corso aperti dal Pretore Elio Cappelli di Roma, e faciliterebbe nella prima applica-

zione della legge stessa, tutti i casi di quei professionisti che da anni con competenza e serietà professionale operano nello specifico settore.

Gli psicologi italiani, sono comunque consapevoli che quello della « psicoterapia » non è il problema centrale della psicologia, ma è uno dei tanti, intorno al quale a torto e ad arte, da parte di ben individuati gruppi professionali, è stata rivolta particolare attenzione in questi ultimi tempi, richiamando perfino l'interesse della magistratura.

Risulta ad esempio che il problema della psicoterapia nei suoi aspetti giudiziari è un « caso » tipicamente romano, che non ha toccato minimamente le altre regioni. Il problema va seguito, ma va pure ridimensionato, e ricondotto nei suoi giusti limiti.

Sempre su questo terreno gli psicologi sono concordi nel ritenere che vi sono altri modi professionali di fare psicologia: ricerca, didattica, lavoro, comunità, sociale educativa, evolutiva, giuridica, ecc.

In ognuno di questi modi di fare psicologia il punto centrale da tutti condiviso è la competenza sostenuta da una rigorosa formazione e da una specifica professionalità conseguita attraverso adeguata specializzazione.

La ristrutturazione degli iter formativi, l'apertura di nuovi corsi di laurea su tutto il territorio nazionale, la creazione di strutture universitarie adeguate, la progettazione di appositi training per la specializzazione in psicoterapia ed in altri settori professionali, il collegamento tra Università e territorio con tirocini attentamente seguiti, la progettazione di ricerche-intervento nei settori dei servizi, ed infine il riconoscimento giuridico della professione con una legge dello Stato, sono momenti essenziali di quella strategia operativa tesa alla difesa dell'utenza, e nello stesso tempo un modo esemplare per combattere il « selvaggio ».

Senza una legge dello Stato che definisca il campo di attività dello psicologo, il « selvaggio » continuerà indisturbato ad operare contribuendo a dare della psicologia una immagine in negativo.

Ultimo punto nodale del dibattito al Senato è quello delle norme transitorie. Anche a questo livello gli psicologi hanno raggiunto una intesa finalizzata al superamento di qualsiasi difficoltà

burocratica: è stata infatti ampiamente condivisa la proposta di accedere — nella prima applicazione della legge — ad una speciale sessione di Esame di Stato, così come avviene per tutte le altre professioni. Di marginale importanza gli altri punti, pure condivisi; psicologi presso istituzioni pubbliche, laureati in psicologia, specializzati in psicologia, ricercatori universitari, ecc.

Questa in sintesi la posizione degli psicologi italiani in ordine ai punti nodali della discussione in parlamento, così come risulta dall'ampio dibattito che si è tenuto di recente in numerosi convegni e iniziative culturali.

Da tutto questo impegno si ricava *l'immagine* di una comunità professionale che si muove ed intende operare con metodi nuovi, per una psicologia moderna, socialmente utile.

Prendendo la parola io intendevo presentare ai Relatori, ai colleghi e agli studenti presenti, questa « immagine » che è il risultato di un lungo e non sempre facile procedere insieme in questi anni, verso il comune obiettivo del riconoscimento pubblico.

Il mio auspicio è che dai lavori di questo convegno, i contenuti che caratterizzano l'impegno culturale degli psicologi italiani intorno ai temi del riconoscimento pubblico, ricevano una ulteriore spinta in avanti.

In questa prospettiva i « motivi di ulteriore riflessione » espressi da Berlinguer e Cancrini nei loro interventi dovrebbero ritenersi superati: gli psicologi italiani sono ormai maturi per il riconoscimento, che alla luce dei fatti è un diritto irrinunciabile.

Prof. GASPARE VELLA

Quello che vi dirò non è né attuale, né politico: è utopico.

Se è vero, com'è vero, che è una profonda mistificazione distinguere quella che è una preparazione unica; perché unico è l'oggetto, unico è il problema, unico è il metodo, unica è quindi, la preparazione dello psicologo clinico e dello psichiatra, io mi domando perché bisogna continuare a legittimare quello che è viziato in radice.

Questo è il problema reale.

Ma se questo è vero, se cioè c'è una mistificazione originaria, qual'è l'unica maniera per sanarla in radice? La maniera è quella di fare un Corso di Laurea in Psichiatria, com'è stato fatto per Odontologia. L'hanno fatto i dentisti e non possono farlo gli psichiatri? Ed è possibilissimo farlo nella nuova legislazione universitaria, senza farlo dipendere dalle Facoltà, né dalla Facoltà di Psicologia perché se no i medici si ribellano, né dalla Facoltà di Medicina se no si ribellano gli psicologi.

Con una formazione unitaria e comune, si sanerebbero in radice le questioni della legittimazione e della identificazione professionale dello psicologo clinico.

Sul problema della psicoterapia e di chi può farla bisogna essere chiari ed onesti.

La psicoterapia, qualunque tipo di psicoterapia, è un intervento psicologico, codificato da una tecnica, derivato da una teoria con il fine di guarire e di migliorare una psicopatologia di origine psichica. E' chiaro che qualunque psicoterapia, nei suoi presupposti e nella sua prassi, è sempre una opzione, epistemologica, antropologica, tra « diverse psicologie », che sempre include o esclude qualche cosa.

Da un punto di vista più generale — didattico scientifico e culturale — non si deve mai perdere di vista la polivalente realtà clinica che è sempre più grande di qualsiasi opzione psicologica di per sé, proprio in quanto scelta teorica e pratica, totalizzante.

Due parole su questo problema della psicoterapia e dell'esercizio della psicologia nell'Ente Pubblico. Mi riallaccio a quello che diceva prima Fumai: io credo che esista un problema di sostanza, quello di difendere le persone dalla psicoterapia cosiddetta « selvaggia ». Io credo che se esiste questo problema, questo problema esiste sia per i medici che per gli psicologi che esercitano la psicoterapia. Ecco: un primo elemento importante è quindi guardare la sostanza dei fatti; chi si laurea in medicina molto spesso non ha fatto nemmeno un esame di psicologia. E allora, se si legittima una persona che non ha letto nemmeno un rigo di psicologia a fare psicoterapia, io credo che anche questo, sul piano della sostanza, sia un fatto serio da considerare.

E' utile ed opportuno quindi studiare un programma « pubblico » di formazione degli psicoterapeuti. Su questo, per esempio, sia sul versante medico che su quello psicologico credo ci sia una convergenza interessante: quella di pensare con immediatezza ad un corso post-laurea, chiamiamolo di specializzazione, chiamatelo come volete, nel campo psicoterapeutico.

In questo senso voi avete una proposta che viene dal mondo della psicologia: nel *Giornale di Psicologia*, Bosinelli parla appunto di una scuola che dovrebbe essere accessibile sia a medici che a psicologi, con una formazione psicoterapeutica. Ma questa posizione la si ritrova anche nel Bollettino dell'Ordine dei medici di Roma e Provincia dell'anno scorso, in cui — leggo la frase — « potrebbe essere un Istituto post-universitario riconosciuto dallo Stato che fornirebbe qualificati operatori di provenienza sia medica sia psicologica ». Mi sembra che non ci sia contrasto, una volta tanto, tra medicina e psicologia in quest'operazione; non dico se quest'operazione è bella o brutta. Si riconosce dunque anche in campo medico che non si

può fare psicoterapia se non c'è un'adeguata preparazione; questa è la sostanza.

Generalmente il Ministero della Sanità si preoccupa del quadro legislativo, cioè fino a che punto è possibile fare psicoterapia senza incorrere in sanzioni. Questo quadro, protegge nella sostanza, qualcosa che è estremamente dubbio dal punto di vista della validità culturale e scientifica. Non voglio qui riferirmi a quanto avviene in altre nazioni dove non esiste questa difesa dell'ambito medico per il settore della psicoterapia; per esempio l'Olanda: esiste un'associazione, alla quale non è necessario essere iscritti, per esercitare la psicoterapia; l'opinione pubblica riconosce però che questi professionisti sono più o meno preparati.

Quello che mi sembra importante far rilevare è che nell'ambito delle scelte che il Ministero sta per fare, esiste un forte spazio di incisività politica e culturale, se si riflette sulla sostanza. Io credo che ci possano essere degli spazi di incisività per riflettere su quanto di fatto avviene e far evolvere il quadro normativo positivamente.

Io credo che questi spazi siano possibili anche senza una particolare preoccupazione del quadro di riferimento giuridico. Il medico, per esempio, inizialmente non doveva essere iscritto all'Ordine ed il suo referente all'interno di un Ospedale Generale era il suo settore operativo. Esistono degli accorgimenti, delle prese di posizione auspicabili che devono essere prese anche al livello del mansionario, che possono già consentire di inquadrare, orientare il lavoro dello psicologo nel ruolo sanitario non solo in termini attuali ma anche in prospettiva per il futuro.

Prof. GIAN VITTORIO CAPRARA

E' imbarazzante avere questo compito di conclusione; probabilmente è il compito di una conclusione di un dibattito che ha come scadenza la riapertura del medesimo anche perché io mi trovo in difficoltà a prendere in considerazione alcune argomentazioni di Vella, senza intravedere nel breve termine, la possibilità che lui mi possa rispondere.

In ogni caso, il tipo di discorso che vorrei tentare di fare, è una conclusione parziale, riprendendo i temi che sono stati proposti. Come dicevano alcuni — mi pare che lo dicesse Fumai — cerchiamo di ricordare che gli ambiti di intervento della psicologia non si esauriscono nell'ambito delle strutture sanitarie. Le strutture sanitarie sono, ci offrono, alcuni ambiti di intervento: c'è la scuola e c'è il lavoro. Scuola e lavoro sono due aree estremamente importanti per un intervento psicologico; nella scuola abbiamo un certo tipo di esperienza, che sicuramente va corretto; nel lavoro — ad esempio a Roma e da Roma in giù — date le condizioni strutturali del nostro Paese, abbiamo pochissima esperienza; ma la problematica dell'analisi dell'istituzione lavorativa, della psicologia delle organizzazioni, dell'ergonomia e così via, ha da offrire, in termini di formazione, in termini di sbocchi professionali, moltissimo, laddove c'è una realtà lavorativa avanzata. Possiamo domandarci perché non abbiamo, anche a Roma, operato nella direzione di un potenziamento di questi aspetti formativi e perché non abbiamo instaurato rapporti più organici perché il tirocinio si potesse fare anche in una realtà dove forse la concretezza dei problemi aiuterebbe anche a sviluppare metodi di intervento ed una professionalità di tipo più concreto.

Ma qui tutto il nostro discorso probabilmente risente di una serie di disillusioni che alcuni di noi hanno sperimentato nel mo-

mento in cui, scegliendo di fare lo psicologo hanno creduto di prendere una scorciatoia al camice bianco.

Ora, nell'ambito delle strutture socio-sanitarie non è vero che l'unica professionalità che ci si attende dallo psicologo sia quella psicoterapeutica. Non è assolutamente vero; ci sono tutta una serie di altre cose che lo psicologo è chiamato a fare, che evidentemente non sono psicoterapie in senso stretto. Dico in senso stretto perché in senso esteso dobbiamo domandarci quale sia il valore psicoterapico di qualsiasi tipo di relazione; perciò il colloquio è anche psicoterapia, il test è anche psicoterapia, l'intervento sulla Comunità è anche psicoterapia, l'intervento di informazione è anche psicoterapia. Ma qui dobbiamo veramente metterci in guardia rispetto a quella fantasia totalizzante che a mio parere non è legittima per nessuno se non all'interno di una certa visione del mondo.

Il problema è di vedere che cosa fa lo psicologo e con chi fa certe cose.

Poiché la gente che fa le cose è poca nell'ambito dei servizi di recente istituzione, in particolare quelli preposti all'assistenza dei malati di mente, ai tossicodipendenti ecc., è chiaro che gli studenti, giustamente, lamentano che non c'è nessuno che gli insegni qualcosa e lamentano che non hanno niente da fare. Ma non solo gli psicologi non sanno cosa fare; ho la sensazione che molti operatori che pure hanno alle loro spalle una tradizione molto più antica, non sanno cosa fare.

A livello dei servizi di nuova istituzione c'è tutto da progettare, c'è tutto da inventare. Alcuni si sono messi in una prospettiva di invenzione, in una prospettiva di progettazione; altri hanno abbandonato questa prospettiva e fanno gli affari loro altrove o di invenzione, in una prospettiva di progettazione; altri hanno poco da imparare. E sono chiari i costi di questa mancanza di professionalità che non è soltanto prerogativa degli psicologi. E' generale. Anche lo psichiatra oggi non sa esattamente cosa deve fare nell'ambito di un ospedale che è stato smantellato. Anche gli psichiatri, gli assistenti sociali ed anche gli infermieri hanno difficoltà a stabilire come si possa far funzionare un servizio territoriale. E non è casuale che la gente s'incontri ed ognuno proponga

delle ipotesi diverse mentre il paziente attende una risposta che per l'immediato, non gli verrà data.

Sono convinto che il discorso della formazione passi attraverso l'Università; non sono così totalizzante nel pensare che debba passare esclusivamente attraverso l'Università, conosco una letteratura che ci mette in guardia rispetto ai costi di una formazione universitaria in certi settori. C'è un grosso dibattito circa la possibilità o meno che la psicanalisi e la formazione dello psicanalista possa passare attraverso l'Università. Qui c'è una letteratura, che sostiene una formazione particolare che non si risolve all'interno delle strutture universitarie, letteratura che ha una sua legittimità. Ci sono però altre cose che non hanno questa legittimità e che però possono sussistere e sopravvivere fintanto che l'Università non è messa nella condizione di poter operare. Mettere nella condizione di operare significa avere le strutture, essere nelle condizioni per poter operare dignitosamente, e in questa direzione bisognerà fare di più.

Il problema sollevato da Vella è interessante. Perché allora non la Facoltà di Psicologia? Oggi si parla del corso di odontoiatria nell'ambito della facoltà medica. Benissimo, ci sono autorevoli colleghi che pensano di fare il Corso di Laurea in Psicologia nell'ambito della facoltà medica, e questa è un'ipotesi tutt'altro che remota, sulla quale siamo invitati a riflettere. I problemi, parte dei problemi dello psicologo, una parte soltanto, ma quelli di cui s'è discusso questa mattina, probabilmente hanno maggiore possibilità di trovare le prospettive assistenziali, i letti, le cliniche, le interdisciplinarietà, gli incontri nella Facoltà di Medicina piuttosto che nella Facoltà di Magistero. Non c'è alcun dubbio.

Ora questa è una cosa sulla quale dobbiamo riflettere.

Il problema è anche non ignorare quali sono i rapporti di forza, quali sono gli interessi in gioco, prima dei contenuti che vengono offerti, prima del confronto che viene fatto sul sapere fare. E' il problema di come Vella ci parla di una psicologia propedeutica, di come si pensa ad una psicologia propedeutica alla psichiatria; ebbene allora tutto è propedeutico a..., perché anche la biologia è propedeutica a..., la chimica è propedeutica a... . Esiste o non esiste una specificità psicologica che non sia soltanto propedeutica? Esiste un curriculum, che non si esaurisca in un altro curriculum, che non sia sussunto da un altro curriculum?

Finito di stampare nel mese di Settembre 1981
dalla Tipografia Artigiana di Luigi Varchi - Roma