

# **DEFINIZIONE DEGLI OGGETTI DELLA PSICOLOGIA CLINICA**

**Prof. Alessandro Taurino**

**CORSO DI PSICOLOGIA CLINICA  
STP- UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI  
a.a. 2017-2018**

# Obiettivo della presente unità didattica

**Analizzare tre precise posizioni teoriche** legate alla definizione dell'**oggetto** della psicologia clinica.

**PRIMA PROSPETTIVA:** Tende ad identificare come **oggetto di tale disciplina la disfunzionalità, il disadattamento, il disturbo** e quindi, la psicopatologia.

**SECONDA PROSPETTIVA:** Psicologia clinica come teoria della tecnica riabilitativa e psicoterapeutica.

**TERZA PROSPETTIVA:** Sposta il focus dell'attenzione sulla "relazione" come costrutto centrale per l'analisi e l'interpretazione clinica, individuando come oggetto stesso della psicologia clinica «le relazioni», e più specificamente la storia relazionale del soggetto in un'ottica clinico-dinamico-evolutiva, attenta a cogliere l'incidenza della funzionalità o disfunzionalità delle relazioni precoci rispetto allo sviluppo dell'individuo, della sua identità e della sua struttura di personalità.

# Prima prospettiva

Oggetto della psicologia clinica è il **disadattamento/la disfunzione** e gli **esiti del disadattamento stesso sul comportamento umano e sul funzionamento mentale (Lis, 1993)**.

Che cosa è la normalità?

Quale è il confine tra NORMALITA' e  
PATOLOGIA?

- Il giudizio di *normalità o patologia* non risponde al criterio del tipo “si/no - tutto o niente
- In Psichiatria è meglio parlare più di *dimensioni* che tentano di definire (nel modo meno approssimato possibile) i contorni della *normalità*
- Il concetto di *dimensione* porta con sé il concetto di *prendere la misura* (lat.: *dimetiri*); cioè di avere a che fare con qualcosa che non esiste in forma pre-determinata, stabile e immutabile
- Questo può spiegare il disaccordo tra due psichiatri, che possono *prendere le misure* in modo differente utilizzando criteri di riferimento (cioè *strumenti di misura*) diversi per la valutazione del confine tra normalità e patologia

### 3) Modello *categoriale* vs modello *dimensionale*

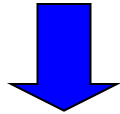
I DSM hanno sposato un modello *categoriale* e non *dimensionale* delle malattie mentali.

Secondo il modello *categoriale*, lo stato di malattia sarebbe qualitativamente separato dallo stato di “non malattia”, e ogni disturbo (ogni “categoria” diagnostica) sarebbe nettamente separato dall’altro.

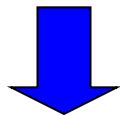
Secondo l’approccio “*dimensionale*” invece i disturbi mentali vengono considerati variazioni quantitative

# *La differenza fra i due approcci*

## Classificazione dimensionale

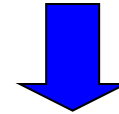


Legge i disturbi dal punto di vista delle interazioni e delle cause che incatenano alcune dimensioni separatamente misurabili

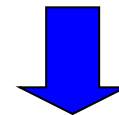


Uno sguardo più vario e complesso, clinicamente più adeguato e molto più “impegnativo”.

## Classificazione descrittiva



Inserisce i disturbi all’ interno di una scala, dove i criteri di inclusione/esclusione rispondono a item categoriali di tipo si/no.



Un sistema più rapido, replicabile, comunicabile e tendenzialmente “laico” dal punto di vista teorico

# *Descrittivo vs dimensionale*



1. Ateoretica
2. Descrizione
3. Dimensione sincronica
4. Criterio normativo esterno

1. Importanza fondamentale teoria
2. Comprensione
3. Dimensione sincronica e diacronica
4. Senso della sofferenza



Importanza

- ❖ Ordine del senso (sintomo)
- ❖ Ordine del processo (anamnesi)



# *Esempio: descrittivo vs dimensionale*



## *DSM*

Dalla rilevazione di **sintomi** oggettivi si individuano **profili** psicopatologici ben precisi e delimitati

## *Diagnosi Strutturale di Kernberg*

La **struttura** sottostante ai fenomeni osservabili individuando **aree** **psicopatologiche** più ampie

## Diagnosi strutturale: livelli di organizzazione della personalità (Kernberg)

### Livello di organizzazione della personalità

	<b>Normale</b>	<b>Nevrotica</b>	<b>Borderline</b>	<b>Psicotica</b>
<b>Identità</b>	Consolidata	Consolidata	Scarsamente consolidata (diffusione d'identità)	Non consolidata
<b>Difese</b>	Predominio delle difese mature	Predominio delle difese basate sulla repressione	Predominio delle difese basate sulla scissione	Predominio delle difese basate sulla scissione, negazione, diniego
<b>Rigidità</b>	Adattamento flessibile	Rigidità	Rigidità grave	Rigidità molto grave
<b>Esame di realtà</b>	Intatto e stabile	Intatto e stabile	Essenzialmente intatto, ma si deteriora nel setting dell'intensità affettiva  La capacità di leggere con precisione gli stati interiori degli altri è compromessa	Fortemente alterato

## **American Psychological Association (Division 12)**

Oggetto della psicologia clinica è il disadattamento (maladjustment, disability, discomfort) nel corso di vita (life span).

Psicologia clinica come **campo teorico-pratico volto a comprendere, predire ed alleviare tale disadattamento, focalizzando l'attenzione sugli aspetti intellettuali, emozionali, biologici, psicologici, sociali e comportamentali del funzionamento umano.**

### **Kendal e Norton-Ford (1991)**

**Il dominio di applicazione/l'oggetto della psicologia clinica possono essere i problemi di adattamento di individui, micro-gruppi, gruppi e organizzazioni, sulla base di un'idea di psicologia clinica come psicologia applicata, che utilizza leggi e tecniche ottenute dalla ricerca sperimentale per spiegare i comportamenti individuali, elaborare interventi terapeutici e valutarne l'esito.**

**La restrizione ad un ambito di psicologia sperimentale (che di per sé escluderebbe altri ambiti di matrice maggiormente psicodinamica) potrebbe essere superata individuando quale oggetto della psicologia clinica, secondo quanto evidenziato da Trombini, (1994) e Rossi (1994) i problemi dell'adattamento e i disturbi del comportamento, sul piano della ricerca, della prevenzione, della valutazione psicodiagnostica, dell'intervento psicoterapeutico.**

### **Collegio dei Professori e dei Ricercatori delle università italiane**

**Oggetto della psicologia clinica sono i processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici**

**Definire il dominio di applicazione nei termini di problemi di adattamento (o disadattamento o disfunzioni) è insufficiente: occorre aggiungere alla dimensione oggettiva del *disadattamento* la dimensione soggettiva dello stato di *malessere/sofferenza e benessere***

**E' possibile infatti evidenziare che il dolore e la psicopatologia non hanno una relazione lineare tra di loro:** Condizioni psicopatologiche possono non essere vissute con un'esperienza soggettiva consapevole di intensa sofferenza.

Quanto più una persona possiede un buon funzionamento psichico, tanto più sarà in grado di sperimentare e sopportare il dolore connesso a episodi esistenziali potenzialmente “scompensanti”, accogliendone il loro significato, senza cadere necessariamente nella psicopatologia.

Sofferenza non implica disadattamento/ disadattamento non implica sofferenza. Questa considerazione non determina l'esclusione dall'ambito della psicologia clinica delle forme di disadattamento senza sofferenza, anche perché nei disturbi mentali, in quanto disturbi della coscienza, può sempre annidarsi la non coscienza del disturbo.

# CRITERIO: LA SOFFERENZA SOGGETTIVA E LA PERDITA DELLA LIBERTA'

- Sofferenza soggettiva, angoscia, paura
- Riduzione della libertà: di pensiero (es. *pensiero parassita* degli ossessivi), di movimento (es. attacchi di panico e agorafobia), di volontà (es. depressione), di rapporto, di progetto, ecc.
- Ma nella psicosi, nel disturbo maniacale, nel disturbo narcisistico di personalità c'è sofferenza soggettiva?

## **Sofferenza psichica e sofferenza fisica: oggetto della psicologia clinica la sola sofferenza psichica?**

**Innanzitutto la sofferenza, come stato soggettivo, è per definizione psichica.**

**Ma anche a voler distinguere la sofferenza fisica da quella psichica ( con il solo criterio fenomenologico possibile, e cioè la sofferenza nel corpo dalla sofferenza mentale) non si giunge comunque ad una delimitazione accettabile della psicologia clinica.**

**Sofferenza del corpo di origine psicologica (i disturbi psicosomatici)**

**Sofferenza mentale trattabile con interventi medici, da soli o combinati con un trattamento psicologico.**

**Sofferenza psichica concomitante ai disturbi fisici**

La psicologia clinica può essere identificabile pertanto con le metodiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia o comunque di intervento sulla struttura e organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e nei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici.

La psicologia clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere socio-psico-biologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e ambientali.

Una prima conclusione che si può trarre da queste argomentazioni sembra essere che la **psicologia clinica non è definibile solo in base al suo dominio di applicazione** (disadattamento e/o sofferenza), ma congiuntamente dal **dominio di applicazione e dai mezzi di intervento**, dal momento che, come affermano Battacchi e Codispoti (1991) la psicologia clinica si occupa di ogni tipo di sofferenza e/o disadattamento con mezzi esclusivamente psichici. **Oggetto della psicologia è dunque, ogni tipo di sofferenza e disadattamento trattato/trattabile con mezzi psichici.**

La psicologia clinica non è la terapia dei disturbi psichici anche con mezzi non psichici, ma la terapia con mezzi psichici di tutti i disturbi trattabili in tal modo (Battacchi, 1981).



## SECONDA PROSPETTIVA

La psicologia clinica può essere definita anche come la **teoria della tecnica riabilitativa e psicoterapeutica (ed implicitamente preventiva)**, che ha come oggetto specifico la domanda che l'utente (persone, gruppi, organizzazioni, etc.) pone allo psicologo clinico (Carli, Paniccia, 2002, 2003, 2005) e la cui analisi necessita l'assunzione di una prospettiva clinico-narrativa in cui la domanda stessa definisce un "campo dinamico" (per il paziente/utente) per l'attivazione di un **processo di ricostruzione del significato della propria storia e per la ricerca di una propria significatività, nell'ottica del cambiamento ritenuto come possibile.**

Su questo piano del discorso oggetto della psicologia clinica diviene pertanto il complesso mondo della **domanda d'analisi che chiarisce, nella prospettiva dinamico-relazionale ora introdotta, il valore la rilevanza che va attribuita alla co-costruzione intersoggettiva (nel contesto terapeutico) di nuove narrazioni su di sé attraverso cui il paziente può sentire significativa la propria storia rinarrata dialogicamente (Albasi, Borgogno, Granieri, et al. 2007).**

L'analisi della domanda consiste nell'introduzione della riflessione sul contesto nei suoi aspetti relazionali, così come esso è interpretato dagli attori, per favorire la sospensione dell'agito collusivo; essa permette di analizzare le emozioni evocate dal contesto, emozioni "genuine" e non simbolizzazioni affettive, e di instaurare una relazione "che richiede competenze profonde e articolate per essere trattata e per essere utilizzata allo scopo di realizzare obiettivi condivisi" (Carli, 1995, p. 173).

In altre parole l'analisi della domanda consiste nel porsi nei confronti dell'utente chiedendosi: esiste una chiara e precisa domanda di aiuto? Da chi e come è stata formulata? Chi e che cosa c'è dietro la domanda di aiuto? Cosa ha spinto proprio in questo momento a formulare la domanda di aiuto? Cosa ci si aspetta dallo psicologo? Come ci si pone davanti a lui? Quali ansie e quali speranze sono attivate dall'incontro? Il consultante è in grado di responsabilizzarsi in proprio? Quale ruolo tende ad attribuire al consulente? Esistono tentativi per indurre lo psicologo a colludere coi bisogni regressivi dell'utente?

E' evidente che l'analisi della domanda implica un processo di valutazione delle dinamiche intrapsichiche, relazionali ed istituzionali che hanno condotto alla formulazione della richiesta di aiuto.

Sia l'individuo, che la famiglia, che le diverse organizzazioni, quando si rivolgono allo psicologo clinico, gli fanno inconsciamente la richiesta di conformarsi a dinamiche collusive precostituite: ne deriva che lo psicologo esperto ha il compito primario di individuare queste dinamiche, sospendere la collusione e ripensare, e indurre a ripensare, la relazione attuale, rivendicando per sé e restituendo ai suoi interlocutori la possibilità di costruire la propria esperienza.

# Relazione come oggetto e come strumento d'analisi clinica

L'analisi della domanda implica il rimando ad un processo di valutazione delle dinamiche intrapsichiche e relazionali in atto nelle differenti forme di relazione con valenza clinico-terapeutica. Il riferimento all'analisi della domanda, colloca il discorso, all'interno di un **modello relazionale dialogico che vede la relazione stessa come oggetto e come strumento di intervento clinico.**

# La terza prospettiva

**Oggetto della psicologia clinica sono le relazioni: prospettiva metodologica che focalizza l'attenzione sulle relazioni stesse come criterio per la comprensione clinica della storia relazionale del soggetto (prospettiva evolutiva).**

La prospettiva evolutiva porta ad una comprensione dell'altro (il paziente) a partire dalla sua storia relazionale; approccio che consente di vedere le manifestazioni comportamentali-sintomatiche all'interno di una prospettiva di senso che superando l'atteggiamento nosografico-istruttivo (Cigoli, 2005) o quella dimensione di isolamento diagnostico (Grasso, 2002), circoscrive l'importanza delle relazioni precoci come luoghi di costruzione del significato dell'esperienza personale funzionale o disfunzionale.

# La prospettiva evolutiva

La psicologia clinica si dà la possibilità di comprendere e intervenire in modo più ampio e più profondo (sulla psicopatologia ma non solo) proprio quando focalizza l'attenzione sulla linea di continuità tra *infant research e trattamento degli adulti* (Beebe, Lachmann, 2003)

Le prime relazioni sono fondamentali per la regolazione degli stati affettivi (Stern, 1995) e per la costruzione dei processi di mentalizzazione. Le più attuali prospettive nello studio dello sviluppo infantile, soprattutto per quanto riguarda l'adattamento affettivo-relazionale e i primi nuclei della personalità, vedono l'esperienza intersoggettiva ed interattiva primaria, come la matrice per la **costruzione del mondo interno** e delle **competenze relazionali** nel ciclo di vita (v. ATTACCAMENTO- Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988).

In questa prospettiva, è cruciale il ruolo ricoperto dagli adulti significativi nel favorire la regolazione e delle emozioni sperimentate dal bambino, nonché la produzione di **processi di sintonizzazione, di rottura e riparazione** (Condor, Sander, 1974; Beebe, Lachmann, 2003) che avvengono negli scambi interattivi (Fonagy, Traget, 2001, 2003).

Se il bambino fa esperienza della possibilità di regolare gli stati propri e delle sue figure di attaccamento, sia in modo autonomo sia in modo interattivo, all'interno di una varietà di scambi relazionali caratterizzati da organizzazione e da flessibilità, avrà l'occasione di fondare il suo senso di vitalità (che è appunto il fondamento evolutivo del senso di avere una mente funzionante) e una soggettività piena, consistente e saldata al contesto delle relazioni interpersonali significative.



**L'essere umano può infatti sviluppare una mente sana e funzionante solo se, fin dall'inizio della sua esistenza, è significativo per qualcun altro (per le sue figure di attaccamento).**

Il contesto delle relazioni dello sviluppo di un individuo costituisce la matrice per la ricerca del significato (e di ciò che egli riterrà significativo) nelle relazioni successive. In tal senso, l'emergere di un sempre maggiore consenso, sostenuto dai dati di ricerca sulla prima infanzia, verso una lettura che pone ha avuto come conseguenza discorsiva un graduale prevalere di un modello epistemologico di tipo relazionale sul modello classico (di tipo intrapsichico) che coinvolge la lettura dei processi evolutivi, così come di quelli clinici e patologici.

In tale direzione, **la patologia evolutiva viene ri-considerata come espressione di un fallimento ambientale/relazionale, che non permette la normale sintonizzazione e l'allineamento emotivo** tra il bambino e il suo ambiente di sostegno, comportando fondamentali modificazioni nella concettualizzazione del sintomo (Crittenden 1995) e nella definizione di modelli e tecniche di intervento.

**Conseguenza diretta risulta l'assunzione che il vero oggetto diagnostico e d'intervento in quanto espressione sintomatica di modelli relazionali disturbati (Sameroff, Rosenblum, McDonough, 2004) è proprio l'ambito delle rappresentazioni interne, dei modelli operativi interni di Sé, dell'altro, della relazione.**

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

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