

“La terza è quella fortunata”¹. Considerazioni sulla formazione in psicologia clinica, in attesa della terza riforma sull’ordinamento degli studi universitari.

di Viviana Langher*

Salto i convenevoli e vado al punto, o meglio ai punti. La qualità della formazione in psicologia clinica dipende dal modo in cui vengono concettualizzate e realizzate le seguenti dimensioni critiche della offerta formativa:

1. la definizione della professione in compatibilità con il mercato del lavoro;
2. le attività di laboratorio;
3. la qualità tirocinio;
4. la ricerca.

Definizione della professione e mercato del lavoro

Volenti o nolenti, la qualità della formazione universitaria è diventata, in Italia, una priorità. Mi sembra di poter dire che, in ambito psicologico, la qualità della formazione universitaria sia argomento - diciamo così - prioritario da almeno una ventina d’anni: la legge di definizione della professione psicologica, legge dello stato n° 56 del 18 febbraio 1989, che ha compiuto quest’anno venti anni appunto, segna un punto di riferimento chiaro in questo ambito.

Il fatto però che tale argomento di discussione sia prioritario da vent’anni e più non depone certo a nostro favore. Davvero in venti anni (se non vogliamo considerare le discussioni precedenti la promulgazione della legge, di preparazione alla stessa) non siamo stati capaci di trovare un accordo scientificamente fondato e condiviso sulla formazione professionalizzante in psicologia? Sembrerebbe proprio che sia così, considerando che venti anni fa la nostra comunità auspicava una maggiore integrazione disciplinare, auspicava il superamento della incompatibilità tra scienza e clinica (dilemma ancora presente nel pensiero quotidiano degli psicologi), auspicava la autonomia e chiara definizione degli ambiti professionali. Oggi, se guardiamo la caleidoscopica offerta formativa in psicologia in Italia, sembra proprio che non ci siamo mai mossi da lì. O quasi.

La riforma universitaria conosciuta come “509”² ha slatentizzato una creatività nella psicologia accademica che forse non sospettavamo di avere: corsi di laurea triennale, corsi di laurea specialistica, singoli insegnamenti che hanno corrisposto più alle esigenze di autonomia didattica di alcuni di noi, che non alla necessità di formare professionisti collocabili nel mondo del lavoro.

* Facoltà di Psicologia 1, “Sapienza”. Presidente del corso di laurea magistrale “Psicologia clinica per la persona, le organizzazioni, la comunità”

¹ “Treća sreća”, versione serba - ottimista - del nostro “non c’è due senza tre” che invece anticipa, con un sospiro di rassegnazione, la certezza della sfortuna che si ripresenterà al termine di una serie sfortunata.

² “Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”, Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n° 509, pubblicato in G.U. del 4 gennaio 2000, n° 2.

Ci voleva la “270”³ per costringerci, noi della comunità scientifico-accademica, a rinunciare, a contrarre, a comprimere qualche forma di offerta formativa non proprio ben riuscita. Non dovunque, peraltro.

Siamo in attesa di una nuova stretta, da parte del ministero, sulla offerta formativa, anticipata dalla nota ministeriale n. 160⁴, che comporterà una ulteriore riorganizzazione della offerta didattica al fine di una sua contrazione maggiore, sia a livello dei corsi di laurea, sia a livello dei curriculum interni ai corsi di laurea, sia, eventualmente, a livello degli insegnamenti (che sono addirittura aumentati, rispetto alla situazione già proliferante della “509”).

Ce la faremo ad approfittare di questa crisi per migliorare la qualità della formazione in psicologia clinica che offriamo nelle nostre università?

Un aspetto spesso rimproverato ad alcuni settori della accademia italiana è quello di non essere particolarmente concentrata sulla spendibilità dei suoi prodotti, nel senso della loro spendibilità nel mercato. In psicologia, ahimé, mi sembra che possiamo dire che questa distrazione sa raggiungere dei livelli inquietanti.

Se applichiamo il dettato della legge sulla professione psicologica, tutti i corsi di laurea in psicologia sono in tema. Ma la definizione che la legge 56/89⁵ (articolo 1) dà di professione psicologica è necessariamente generale: “[...] la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico”. Essa va poi coniugata con la realtà degli ambiti lavorativi per gli psicologi, che sono in parte evidenti e dipendenti da come è organizzato il nostro mercato del lavoro; in parte prevedibili o auspicabili, in considerazione di come il mercato del lavoro si può sviluppare.

I laureati in psicologia sono per la gran parte impiegati nel “sociale”, per ciò che concerne almeno la prima decina di anni dalla laurea (con contratti di collaborazione a progetto e a termine), tendenza messa chiaramente in evidenza dall’Ordine degli psicologi del Lazio in una sua recente indagine (Bosio & Lozza, 2008)⁶. Tendenza che è anche legata al modo in cui la nostra società italiana ha organizzato le risposte istituzionali alla domanda di sostegno sociale, e quindi di intervento psicologico, presente specificamente nel nostro Paese. Ad esempio: esistono un gran numero di associazioni del “sociale” che lavorano per promuovere la socializzazione delle persone disabili. E certo! Abbiamo (esempio unico al mondo, e straordinaria avanguardia sottostimata da noi per primi) un complesso sistema normativo che sancisce il diritto dei disabili alla inclusione sociale. Ciò sostiene ed aumenta la domanda dei disabili (e delle loro famiglie) alla inclusione sociale. Dunque è consequenziale che le citate strutture ed associazioni siano state avviate, siano fiorite, se ne aprano di nuove, e che queste organizzazioni siano una fetta di mercato nel quale gli psicologi trovano lavoro. Questo funziona in Italia. Se ci facciamo un giro in Europa o dall’altra parte dell’Atlantico, la situazione è ben diversa. E certo! La maggior parte dei Paesi non dispone di un siffatto articolato di legge, non c’è una domanda così avanzata di inclusione sociale da parte dei disabili (e delle loro famiglie), non ci sono tutte queste associazioni di sostegno alla socializzazione dei disabili, dunque non c’è quella fetta di mercato che assorbe gli psicologi (che quando si occupano di disabilità, in contesti diversi

³ “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del ministero dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, 3 novembre 1999”, Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004, n° 270, pubblicato in G.U. del 12 novembre 2004, n° 266.

⁴ “Ulteriori interventi per la razionalizzazione e qualificazione dell’offerta formativa nella prospettiva dell’accreditamento dei corsi di studio”.

⁵ “Ordinamento della professione di psicologo”, Legge 18 febbraio 1989, n° 56, pubblicata in G.U. del 24 febbraio 1989, n°49.

⁶ Attenzione a questo dato: il fatto che gli psicologi di generazione più giovane siano impiegati nel privato sociale con contratti a progetto e a tempo determinato è certamente legato alle nuove tendenze della occupazione giovanile in Italia; ma anche mostra che il settore pubblico, al cui interno sono collocati gli psicologi di età più matura, compresa tra 36 e 55 anni e quindi lontana dal turn over con le generazioni più giovani (cfr. Bosio & Lozza, 2008), ha colmato nei decenni scorsi le sue esigenze di assunzione di psicologi e non è quindi in grado di assorbire la richiesta di lavoro dei nuovi laureati.

da quello italiano, sostanzialmente si occupano di valutazione del danno, o, nella migliore delle ipotesi, delle risorse residue).

Una tale semplice riflessione ci dovrebbe far riflettere con attenzione su quanto sia effettivamente opportuno armonizzare i nostri curriculum universitari italiani sui modelli formativi offerti nei contesti universitari, sicuramente di alto livello, come sono le università di area anglosassone. È assai probabile che il modello professionale dello psicologo che lavora nel contesto Nord Americano sia utile localmente, ma non proprio sovrapponibile al professionista psicologo impiegabile in Italia.

Nel cosiddetto “terzo settore” italiano, cioè quella porzione di mercato intermedio tra pubblico e privato, lavorano un buon numero di psicologi: uno studio di Menna (2005a) mostra che in circa 300 organizzazioni del terzo settore situate nel territorio della regione Lazio lavorano un migliaio di psicologi (senza contare quelli che, pur essendo laureati in psicologia, sono inquadrati con contratti – purtroppo – di altra natura). Ci siamo forse occupati di formare i nostri studenti pensando che un buon numero di loro troverà probabilmente lavoro in quest’ambito? Non mi pare che sia una priorità di tutti i corsi di laurea in psicologia, anche considerando i soli corsi di laurea che utilizzano la fascinosa polirematica “psicologia clinica” nel proprio titolo.

Il dato sull’impiego non ci deve, però, trarre in inganno, facendoci sentire soddisfatti del nostro lavoro di docenti, perché questi psicologi sono per lo più sottoimpiegati.

Una prima ragione di ciò è di tipo socioeconomico. Il terzo settore non è particolarmente profittevole, cioè non presenta “l’obiettivo primario di massimizzare il ritorno economico della propria attività” (Menna, 2005b, p. 25). Le prestazioni ivi erogate possono essere considerate low cost e low profile, cioè sostituiscono, a volte alla bell’e meglio e spesso senza ambizioni, le risposte istituzionali di base, gratuite o quasi, previste per legge alla domanda di sostegno sociale. Tali prestazioni, inoltre, non appaiono essere sempre erogate sotto l’egida della qualità, con la giustificazione che il basso costo e la spesa contenuta per l’utente non permettono un adeguato investimento sulla qualità della prestazione, peraltro raramente verificata dalle strutture sociosanitarie che si avvalgono del terzo settore per il completamento della erogazione dei servizi che sono deputati a fornire. In conseguenza di ciò si realizza sovente una dinamica di tipo rivendicativo nel rapporto tra utenti e strutture del terzo settore: l’utente pretende la prestazione a basso costo ma anche se ne lamenta per la scarsa qualità.

L’esistenza di tali strutture, dalla qualità incerta e dalla connotazione sostitutiva, è tuttavia giustificata, in quanto determinata dalla domanda di sostegno, supporto ed integrazione sociale esistente nel contesto italiano. E allora le dimensioni “low cost” e “low profile” delle prestazioni erogate non dovrebbero essere date per scontate, ma rappresentare, casomai, un indicatore critico, di fallimento della dinamica tra domanda ed offerta di prestazioni nell’ambito sociale.

Un approccio psicologico clinico alla dinamica rivendicativa suddetta ci dovrebbe permettere di comprendere che se una domanda esiste e se la risposta non è soddisfacente, bisognerebbe comprendere meglio la domanda e fornire in risposta una azione professionale competente, dotata cioè della più alta probabilità di incidere positivamente sul processo.

Purtroppo, però, gli psicologi presenti nelle organizzazioni del terzo settore spesso non realizzano azioni determinanti nel senso detto sopra, primariamente perché non hanno sviluppato tutte le competenze necessarie a svolgere una riconosciuta funzione psicologica in quei contesti. Infatti vengono confusi, e si confondono, con gli operatori (ma non erano finiti gli anni settanta-ottanta e l’enfasi sull’operatore sociale unico?). E la insufficiente competenza degli psicologi, se è un dato generale, va al di là delle attitudini e della motivazione degli individui a raggiungere un buon livello di professionalità, ma trova una sua chiara collocazione nel modo in cui gli psicologi vengono formati. Ecco la seconda ragione del sottoimpiego degli psicologi nel terzo settore.

Ho l’impressione che come universitari continuiamo a formare studenti in psicologia clinica pensando, in fondo, e forse neanche del tutto consapevolmente, che gli psicologi lavorino con gli individui (suvvia, anche con le famiglie!). Abbiamo ancora in mente lo psicologo che apre il suo studio privato e riceve i pazienti (o con stile più moderno i clienti). Gli anni ottanta

appunto. Eppure gli psicologi che lavorano primariamente in questo modo (cioè traggono da questo lavoro la loro sussistenza economica sufficiente almeno a vivere decorosamente) sono pochi in relazione ad un numero addirittura esorbitante di iscritti all'ordine, aventi perciò diritto ad esercitare la professione (circa 63.000 nel 2007, con la previsione di immissione nel mercato di circa 80.000 nuovi psicologi entro il 2012).

Il fatto che in ambito sanitario non si bandisca quasi più un concorso per psicologo, mi limito a citarlo. Approfondirlo richiederebbe la produzione di un testo apposito da parte mia che esula dagli obiettivi che mi sono posta nello scrivere questo contributo. Rimando tuttavia il lettore interessato ad uno scritto (Cecchini & Langher, 1997)⁷ ormai antico e degno di Cassandra nel quale più di dieci anni fa si paventavano le conseguenze che certe scelte irresponsabili, che sono state naturalmente perseguite, avrebbero comportato sulle carriere degli psicologi nel servizio sanitario nazionale.

Mentre è attiva (a corrente alternata, invero) la discussione scientifico accademica su cosa debba fare lo psicologo clinico nella vita professionale (e si organizzano percorsi formativi sulla base di tali discussioni), proporrei di partire, invece, dal dato empirico: dove sono impiegati di fatto gli psicologi? Quale competenza viene loro richiesta? Quali sono le potenzialità di sviluppo professionale della competenza richiesta? Se, come comunità scientifica, responsabile della formazione di un profilo professionale, siamo alla ricerca di una definizione articolata ma coerente di professionalità psicologico clinica, ebbene possiamo individuarla nella realtà del mercato del lavoro, per formare psicologi che siano pronti (potenzialmente) a negoziare una loro collocazione nei contesti lavorativi che chiedono operatori (e magari sarebbero contenti di ricevere anche psicologi!) competenti a offrire servizi di qualità in risposta a domande di sostegno sociale; e non viceversa, deciderla cioè in riunioni scientifico accademiche impermeabili alla realtà del mercato.

Una finestra pregevole, e di facile fruizione per noi universitari, sui contesti di lavoro per gli psicologi già esiste, ed è costituita dagli enti in cui i nostri studenti svolgono il tirocinio: oltre alle strutture sociosanitarie che operano nell'area della salute mentale, si trovano una preponderanza di organizzazioni che lavorano nel "sociale", una minoranza di studi professionali privati, una minoranza di strutture di ricerca.

Ora, il problema è che spesso i nostri studenti (le cui vicissitudini attinenti il tirocinio alcuni di noi conoscono bene per aver utilizzato sistematicamente lo strumento del resoconto clinico sulla esperienza di tirocinio) sono inadeguati a lavorare in quei contesti, e a mio avviso per alcuni ordini di problemi:

1. la loro formazione non è decisamente orientata al mercato del lavoro, come ho sottolineato più volte, dunque gli studenti hanno idee imprecise su cosa debbono/possono fare;
2. le attese degli enti sulla competenza degli studenti sono sia molto basse, sia svincolate da quello che gli studenti eventualmente immaginano di poter fare;
3. frequentemente in tali organizzazioni gli psicologi hanno una posizione marginale, poco definita, e confusa con quella di altri operatori, che si riflette naturalmente sullo spazio che viene riservato agli studenti tirocinanti.

A scanso di equivoci voglio esplicitare: il fatto che questi tre punti siano in stretta relazione causale circolare tra loro (il punto 1 influenza il punto 2 che influenza il punto 3 che influenza il punto 1), non vuol dire che questa circolarità non possa essere modificata: se ci ponessimo, come comunità scientifico accademica, l'obiettivo di formare psicologi compatibili con il mercato del lavoro e capaci (i migliori di loro, almeno) di svilupparne le potenzialità, allora la citata relazione circolare assumerebbe un valore positivo – ed avremmo fatto una gran cosa.

⁷ Gli Autori, tra l'altro, sottolineavano i rischi della fattuale liberazione delle scuole private di psicoterapia, a detrimento di un investimento serio sulle specializzazioni universitarie in psicologia clinica.

Certo, quanto appena affermato può sollevare il problema di una pianificazione razionale concernente il numero di studenti che vale la pena laureare sul territorio nazionale, considerando il fabbisogno. Il che si scontra con una serie di problemi, non banali:

a. il conflitto, di natura etica o politica, con la libera scelta dei giovani di iscriversi alla facoltà universitaria da loro preferita (conflitto ampiamente superato in certe discipline che hanno tratto grande vantaggio dalla pianificazione dei laureati – vedi medicina, architettura, farmacia).

b. La preoccupazione sul fatto che una programmazione potrebbe attivare mobilitazioni e resistenze da parte degli studenti sul numero chiuso (vorrei far notare, infatti, che l'attuale numero programmato, che vige nella mia Facoltà di Psicologia¹ a Roma e già a suo tempo contestato da alcune frange di studenti, appare alquanto irrisorio rispetto al problema dell'eccessivo numero di psicologi potenziali aspiranti al mercato del lavoro del centro Italia: 800 studenti ammessi ogni anno non somigliano ad una vera e propria programmazione).

c. La assunzione di responsabilità della comunità scientifico accademica nel momento in cui essa convenisse sulla opportunità di programmare un numero ristretto di accessi alla laurea in psicologia: se ne selezioniamo pochi, allora bisognerà decidere i criteri di selezione (operazione non facile... gli attuali già dimostrano non essere in relazione con i risultati della carriera accademica degli studenti selezionati); bisognerà offrire loro una formazione promettente: se li selezioniamo perché il mercato ce li chiede, allora dobbiamo offrire loro la migliore preparazione di accesso alla carriera. Il che comporta una maggiore sensibilità dei docenti di psicologia alle richieste di competenza teorica, metodologica, tecnica che provengono dal mercato.

d. Una definizione più matura ed elaborata del concetto di autonomia della didattica, che pur se non deve essere messo in discussione come principio, deve però tener conto di ed integrare il concetto di didattica finalizzata ad una preparazione degli studenti professionalmente orientata.

Il laboratorio

Qualcosa di buono la riforma "509" ce lo ha comunque portato: la introduzione dei laboratori come parte integrante, non facoltativa, del percorso formativo.

Il termine stesso "laboratorio" assai più che "seminario" o, come era nel corso dell'ordinamento quinquennale, "esperienze pratiche guidate" rimanda alla dimensione della messa in prova delle proprie competenze teoriche, metodologiche e tecniche in contesti protetti, di preparazione alla vera e propria uscita sul campo; laddove i "seminari" riflettono la loro prioritaria caratterizzazione accademica, e le "esperienze pratiche guidate" insistono sulla dipendenza ed immaturità del soggetto che si sperimenta nella dimensione pratica sotto la sapiente guida di un esperto.

Nella offerta formativa del corso di laurea magistrale che ho il piacere di coordinare, la presenza di laboratori è consistente, e ciascun laboratorio ha il fine di favorire il contatto degli studenti con le diverse aree dell'intervento, per come al momento attuale esso ci appare articolato nel mondo del lavoro.

I laboratori del nostro corso si organizzano sui contesti. Scuola, aziende, terzo settore, disabilità sono ambiti per i quali il corso di laurea offre una ragguardevole quantità di CFU (18) da spendere in attività di laboratorio, con l'idea che la formazione dei nostri studenti del livello magistrale non possa prescindere da una verifica del modo in cui essi analizzano i problemi legati a questi contesti e del modo in cui pianificano e verificano il loro intervento.

Considero decisiva la scelta che queste attività di laboratorio siano comprese nelle attività formative in psicologia clinica, con pari grado delle materie teorico metodologiche. Intanto si comunica, con questa organizzazione, la imprescindibilità della sperimentazione in laboratorio dalla formazione teorico metodologica. A differenza della esperienza di tirocinio (peraltro non più prevista nel piano di studio della riforma "270"), nei laboratori lavorano docenti universitari che oltre a svolgere le loro funzioni di didattica sono naturalmente dei ricercatori e dunque, specificamente (anche se non esclusivamente), attingono alle loro esperienze cliniche e di ricerca per la gestione delle attività di laboratorio, colmando quella

divaricazione, a volte inquietante, che esiste tra ricerca universitaria in psicologia e formazione alla professione.

Il fatto poi che il tirocinio professionalizzante esuli ormai, con la riforma “270”, dalla formazione teorico metodologica fornita dall’università rende ancora più cruciale il ruolo dei laboratori, come occasione per gli studenti di una sperimentazione di sé a connotazione professionale, con il riscontro, la verifica, la riflessione in posizione “meta” insieme al docente di riferimento, ciò che rende il docente stesso una figura non solo dispensatrice di informazioni e conoscenze rilevanti (secondo una dinamica di rapporto asimmetrico del tipo “esperto-profano”), ma lo connota come professionista tra (aspiranti) professionisti, in una dinamica di rapporto tra pari, dove le differenze tra partecipanti alla relazione sono da definirsi in termini di esperienza e competenza, ma dove è possibile negoziare pariteticamente un significato condiviso della professionalità psicologica.

Il tirocinio

Croce e delizia.

Se il laboratorio è il contesto protetto nel quale lo studente sperimenta la competenza professionale, il tirocinio consente le prime assunzioni di responsabilità professionale.

Lo studente, o il laureato ex 270, si confronta con le domande poste dal più ampio contesto sociale, quello nel quale troverà lavoro e il passaggio dalla formazione teorico metodologica, dalle prime forme di sperimentazione professionale alla implicazione professionale vera e propria (perché questo è, o dovrebbe essere, il tirocinio) è un passaggio comunque delicato.

Il primo problema che vedo, e qui me la prendo subito con gli studenti così mi tolgo il pensiero, è la logica adempitiva che li guida.

Capisco che i corsi di laurea “509” attribuiscono un certo numero di CFU al tirocinio e che senza il conseguimento di quei CFU niente laurea. Capisco che sperimentarsi in un rapporto professionale con gli utenti di un servizio sia uno stimolo ansiogeno e che quindi strategie di evitamento della relazione (o meglio della implicazione in quella relazione) siano in agguato. Capisco che certe strutture presenti nel nostro contesto sociale e nelle quali gli studenti svolgono le loro attività di tirocinio non passeranno alla storia come esempi di qualità. Capisco anche che gli psicologi supervisori nei tirocini, sono a volte approssimativi, a causa (anche) della formazione approssimativa di cui hanno fruito. Capisco tutto ciò. Ma che giovanotti e giovanotte nel fior fiore dei loro anni dedichino ore preziose di creatività a lamentarsi del loro tirocinio anziché fare uno sforzo di negoziazione con i loro referenti supervisori sul progetto formativo a cui partecipare; che accettino, di mal grado ovviamente!, di spendere del tempo in attività nobili quali fotocopiare cartelle cliniche (se gli va bene), anziché rifiutare siffatta offerta e, se è il caso, cambiare struttura; che trascorrono tutte le loro ore di tirocinio (e conseguano i sospirati CFU!!) a fare vasetti in ceramica insieme ai pazzereLLi e mi vogliano convincere della utilità formativa di questa esperienza perché “hanno potuto osservare le relazioni”, “hanno avuto contatto con il disturbo mentale”, “hanno visto in pratica cosa significa la schizofrenia dopo averla studiata nel DSM IV” e non gli viene neanche il dubbio che stanno perdendo tempo; tutto ciò mi provoca, generalmente, delle reazioni intemperanti per le quali mi sono guadagnata una certa fama presso gli studenti. Giovanotti e giovanotte, avete studiato poco.

E tuttavia non siamo esentati dall’assumerci, come docenti, le nostre responsabilità.

Quando qualcuno di noi, qualche anno addietro, ha proposto di favorire, presso gli studenti che dovevano discutere la tesi al termine del triennio, la resocontazione delle attività di tirocinio, in molti hanno sorriso. Io ero tra questi. Ho pensato: se il tirocinio sarà stato di buona qualità, lo sforzo di resocontazione clinica e critica di quella esperienza può avere senso; ma se il tirocinio sarà stato di cattiva qualità, possibilità tutt’altro che remota, a che fine sforzarsi di resocontarlo? Una esperienza povera non potrà essere arricchita dalla sua resocontazione.

E sbagliavo.

In primo luogo una esperienza di tirocinio povera, cioè sostanzialmente priva di quel valore professionalizzante per cui il tirocinio è concepito, rappresenta in ogni caso una sfida per un professionista, perché pone la domanda: come si sarebbe potuto fare altrimenti?

In secondo luogo, buona o cattiva che sia la qualità del tirocinio, è comunque una esperienza la cui resocontazione impone di esplicitare le rappresentazioni della professione psicologico clinica che ha organizzato quella esperienza. E ciò è possibile su due fronti: sul fronte della struttura, organizzazione che ha accolto il tirocinante e, ancora più rilevante, sul fronte dello studente che quel tirocinio ha svolto. Lì si ha davvero la prova di ciò che si è prodotto: che criteri segue il tirocinante, come si orienta nella complessità, come gestisce le asperità di domande di intervento tutt'altro che ovvie? Come resiste al fascino della collusione con le aspettative dell'altro (ente di tirocinio, altri operatori, supervisore, solo in ultima battuta utente o paziente)? Riesce a farsi un concetto del suo senso di soddisfazione o insoddisfazione? Si assume la responsabilità verso le scelte che un professionista (si chiama anche libero, e quindi responsabile) deve assumersi, oppure delega ad altri, reali o fantasmatici? Si lamenta, in modo aggressivo passivo, oppure rivendica aggressivamente un suo ruolo grandioso? È ideologico? Si fa guidare dai concetti di salute e malattia? Divide il mondo in buoni e cattivi? O magari negozia?

In sei anni in cui sono stata relatrice di tesi di laurea triennali dedicate al resoconto clinico della attività di tirocinio ho accumulato una esperienza clinica preziosissima, sostenendo gli studenti nel ripensamento e riconcettualizzazione del loro tirocinio, usando categorie di analisi psicologico cliniche. È diventata anche la tesi di laurea una esperienza di laboratorio.

Una buona gestione delle attività di laboratorio e della esperienza di tirocinio promuove la committenza degli studenti, superando la loro eventuale attitudine all'adempimento, modalità di relazione incompatibile con la professione psicologico clinica.

La ricerca

E qui la mia posizione è schierata.

Seppure non discuto neanche un po' la rilevanza della ricerca di laboratorio per la progressione in ambito scientifico della nostra disciplina, tuttavia ritengo che uno sforzo maggiore debba essere compiuto da parte dei ricercatori⁸ in psicologia clinica per promuovere la qualità della metodologia di intervento psicologico clinico ed implementare la progressione della nostra professione nel mercato del lavoro.

La ricerca di base in psicologia ha il fine principale di individuare i meccanismi psicologici grazie ai quali funzioniamo, e trova il suo contesto naturale di esistenza nel laboratorio di ricerca.

Il laboratorio di ricerca è una bellissima invenzione illuminista che ha avuto un impatto molto importante nella cultura occidentale, enfatizzato nel periodo di auge del positivismo, divenendo vero e proprio principio organizzatore delle nostre rappresentazioni, al punto di creare una sua propria mitologia.

Il Laboratorio di Ricerca è come un eremo avulso dal mondo terreno, nel quale il ricercatore esprime la sua creatività, mette a prova le sue idee, scopre la natura del mondo⁹.

La Natura esiste in sé, è altro da noi, è un oggetto arcano da scoprire. Al giorno d'oggi, probabilmente, la connotazione di "arcano" attribuita alla Natura ci può apparire datata: il progresso scientifico ci ha reso generazioni sicure della nostra conoscenza al punto che abbiamo bisogno di risultati del tipo "primi indizi di batteri su Marte"¹⁰ per sorprenderci un po', e

⁸ Qui il termine "ricercatore" è usato in senso ampio, si riferisce alla attività svolta, non al ruolo ricoperto nel contesto universitario, e racchiude pertanto: ricercatori e professori di prima e seconda fascia.

⁹ Da psicologo clinico mi piacerebbe invece che fosse esplicito, ed esplicitamente condiviso, che il laboratorio di ricerca è solo un setting nel quale si può sospendere l'azione, ciò che consente di ripensare ai significati, uscendo dalle routine rappresentazionali, trovando nessi logici nuovi e più funzionali alla soluzione di un problema.

¹⁰ Articolo apparso su *La Repubblica* il 20 settembre 2004.

magari poi tornare alla routine, non appena un altro laboratorio confutasse i risultati la cui lettura ci ha sorpreso, privandoci così della emozione della scoperta.

L'Essere Umano è composto di strutture e meccanismi di funzionamento, regolati da leggi generali, il cui disvelamento deve essere ancora completato. Le ricerche condotte nel Laboratorio danno un contributo sostanziale a questa materia.

Nel Laboratorio si isolano le variabili: un Bravo Ricercatore sa che, quando deve concepire un esperimento, deve avere una perfetta consapevolezza di quali sono le variabili in gioco, deve ridurre la complessità della Natura, sapendo quale variabile sta manipolando per ottenere quale risultato, in modo da poter concludere che la sua ipotesi è verificata (o i più sottili direbbero: che l'ipotesi nulla non è accettata).

Certo, quando soggetti dell'esperimento sono degli Esseri Umani, diventa complicato affermare che, al di là di ogni ragionevole dubbio, si siano controllate tutte le variabili in gioco: gruppi bilanciati per sesso, pareggiati per età, stessa razza e religione (stesso peso e stessa altezza no?), prove sperimentali standardizzate e perfettamente eseguite dallo sperimentatore, e via di seguito.

Tutti capiscono che il controllo di queste variabili (e diciamo di altre cinquemila) non garantisce che i soggetti che partecipano a prove sperimentali siano identici tra loro, e che dunque ciò che varia è certamente la variabile il cui comportamento si intende studiare. Una contromisura esiste: si raccolgono dati su un campione sufficientemente numeroso di soggetti (e però il cut-off tra campione sufficientemente numeroso e insufficientemente numeroso è un concetto se non arbitrario, almeno convenzionale), in modo da distribuire in modalità random tutte le variabili che non si possono controllare in Laboratorio (la Natura spuria che ogni Essere Umano porta con sé nell'eremo).

E che ci siamo inventati? La Statistica! Seppure gli individui mantengono una loro quantità di individualità, tuttavia, se la ipotesi è corretta, mettiamo il caso sia testata su due gruppi (nella classica versione di gruppo sperimentale e gruppo di controllo), il gruppo sperimentale si comporterà secondo quanto previsto, il gruppo di controllo no. E poiché abbiamo il problema della individualità, non ci attendiamo che tutti i soggetti di un gruppo si comportino nello stesso modo, ma che i risultati della procedura sperimentale siano all'interno del gruppo quanto più possibili vicini alla media, che le medie tra i due gruppi siano diverse, e che non ci disturbi un valore troppo elevato della deviazione standard (equivalente emozionale di individualità), processo sintetizzato nel valore di " $p < .05$ "¹¹.

E questo ci soddisfa, noi fruitori della ricerca scientifica.

Il punto critico è che, se accentuiamo il significato della deviazione standard, e ci concentriamo su di essa, possiamo compiere quel cambiamento di paradigma che ci trasferisce dalla ricerca di laboratorio alla ricerca clinica.

Il fatto che gli individui mantengano un quanto di individualità anche quando entrano in Laboratorio è stato eccessivamente semplificato con il termine "differenze individuali", sottintendendo che ognuno ha un suo modo di comportarsi. Addentriamoci. Un costrutto è quello delle differenze temperamentalmente: ogni individuo, costituzionalmente, è dotato geneticamente di un suo stile unico ed irripetibile che informa di sé il comportamento. A prescindere dal fatto che questo costrutto sia accettato (o accettabile), esso è comunque (dato per scontato e) invocato per spiegare differenti stili o performance dei soggetti in un dato esperimento. Esistono però altri fattori, forse anche più interessanti, ancorché più complessi, che possono contribuire a spiegare la componente individuale della prestazione di un soggetto durante un esperimento. Per esempio il fatto che abbia livelli motivazionali alti o bassi nei confronti dell'esperimento stesso, ciò che ne interessa la concentrazione sul compito, la disponibilità a collaborare con lo sperimentatore, e via dicendo. Pensiamo poi ad un'altra componente rilevante: se il ricercatore connota emozionalmente il Laboratorio come un eremo, non è detto che lo stesso faccia un soggetto coinvolto in un esperimento. Il Laboratorio è un luogo denso di significati, dove si fanno le scoperte, dove si lavora con

¹¹ Attenzione però, perché con una impropria semplificazione, noi fruitori della ricerca scientifica controlliamo se la "p" è inferiore almeno a "0,05" e utilizziamo quel risultato come vero, (i più sottili direbbero: come attendibile), ma il significato rigoroso di quella " $p < 0,05$ " è che esiste meno del 5% della probabilità che un risultato sia dovuto al caso.

rigore, ma anche dove si valutano i soggetti per le loro performance, dove si discutono significati da cui il soggetto sperimentale è spesso escluso (per esempio gli si dice “le comunicheremo i risultati quando avremo terminato la analisi dei dati”). E se nel rapporto con un soggetto adulto psicologicamente ben adattato lo sperimentatore può ambire ad un livello collusivo funzionale per l’esperimento (entrambi sono carichi di emozioni, di diversa natura, per il compito che stanno svolgendo assieme, ma entrambi, su una logica di tipo asimmetrico, si possono trovare d’accordo che sono insieme per contribuire alla realizzazione di una procedura culturalmente definita), la relazione può divenire assai più complessa quando si coinvolgono soggetti in età evolutiva, che in linea di massima non accedono a quel livello collusivo che setta sperimentatore e soggetto sullo stesso piano complementare rispetto all’esperimento. Con il bambino, nella migliore delle prassi, ci si inventa che è un gioco, per “metterlo a suo agio” e “farlo familiarizzare con la prova”, bisogna rassicurarlo, se è il caso i suoi genitori sono presenti o nella stanza accanto, e via di seguito. Ma non è detto che ciò sia sufficiente a motivare un bambino alla esecuzione di una prova sperimentale. Un bambino può fidarsi dell’adulto che gli propone di partecipare ad un gioco, ma un altro bambino no e di conseguenza può avere una prestazione peggiore. Con l’adulto psicologicamente ben adattato ci si può mettere d’accordo su un significato condiviso sulla prova sperimentale. Con il bambino si può sperare che trovi da sé sufficienti elementi del contesto che lo motivino alla sua migliore prestazione. Con il soggetto psicologicamente non ben adattato (i famosi “gruppi clinici”) questo desiderabile accordo collusivo può essere ancora più difficile da raggiungere, perché che l’esperimento abbia qualcosa a che fare con la sua particolare condizione clinica è evidente a priori. E ogni bravo psicologo clinico sa perfettamente che la “rassicurazione” non necessariamente è in grado di appianare le emozioni suscitate dalla partecipazione ad una prova in un contesto estraneo finalizzata alla comprensione di qualcosa che ha a che fare con alcuni propri elementi di fragilità.

Il problema è che tutto ciò, nelle procedure sperimentali della ricerca psicologica in laboratorio, non è sufficientemente concettualizzato. Si assume che il laboratorio sia un luogo senza storia, astrazione dal mondo che consente di tenerne fuori la incontrollabile (in senso metodologico) complessità. E tuttavia la storia entra non appena i soggetti sperimentali varcano la soglia. E però di quella storia non appare né traccia né pensiero. Si agisce “come se” i soggetti sperimentali fossero perfettamente confrontabili tra loro. Non dico che ci sia una alternativa perseguibile. Dico solo che la cautela dello sperimentatore non dovrebbe sentirsi appagata dal solo valore di “p”. Probabilmente la cautela dello sperimentatore non dovrebbe mai essere appagata e lo sperimentatore stesso dovrebbe imparare a vivere con il tormento del dubbio. Il sistema culturale della Scienza, con il potere che emana, dà sollievo al ricercatore e l’espressione “il risultato è accettato fino a quando non ne emerga un altro più accettabile” diviene una pura formalità, perché se “ $p < .05$ ” il risultato è “vero”. E il bello è che rimane “vero” anche quando vengono pubblicate altre “ $p < .05$ ” che vanno in direzioni opposte. Vince il contesto editoriale: un risultato pubblicato su una rivista internazionale prestigiosa, meglio se con elevato impact factor, è più “vero” di un risultato che lo contraddice, ma che è pubblicato su una rivista locale non prestigiosa. E con buona pace degli Scienziati: la cultura comunque vince sulla natura.

Così come la ricerca di laboratorio è connotata emozionalmente come Scientifica, Seria e Rigorosa, la ricerca clinica emana un fascino tutto diverso, è più una pratica empirica, poco sistematizzata, o difficile da sistematizzare, che lascia spazio alla interpretazione più che alla misurazione, all’intuizione più che alla comprensione logico razionale dei fenomeni. E ciò la connota come “debole”, anche se debole non è nel momento in cui riesce a concettualizzare un gran numero di variabili, riesce cioè ad affrontare la complessità con minori esigenze di riduzionismo.

Certo, i paradigmi appaiono diversi: mentre la ricerca di base, in laboratorio, è finalizzata alla individuazione di meccanismi generali, comuni al genere umano (in taluni casi anche a specie animali), che ne spiegano il comportamento, e quindi il suo fine principale è la generalizzare le conoscenze ottenute in laboratorio, tramite rilevazioni od esperimenti; la ricerca clinica è per lo più finalizzata alla comprensione dei problemi e delle strategie di soluzione dei problemi che pertengono al comportamento umano, problemi che si palesano

tali nel momento in cui contravvengono a meccanismi di adattamento che sono storicamente, culturalmente e socialmente connotati. E qui, mentre rimane perseguibile l'obiettivo di una generalizzazione della metodologia di analisi e di intervento sul problema, l'obiettivo della generalizzazione dei risultati ne viene di molto ridimensionato. Un esempio? Ci fa di nuovo comodo l'ambito della inclusione scolastica dei disabili, trattandosi di un sistema specificamente italiano.

Ammettiamo che il mio fine di ricercatore sia quello di analizzare la qualità della inclusione scolastica dei bambini con diagnosi di ADHD. Potrei pianificare un programma di attività grosso modo come segue:

1. Individuo dei soggetti con diagnosi di ADHD in età scolare, e per cercare di controllare il più possibile le variabili in gioco, scelgo di occuparmi di soggetti di età compresa tra 8 e 13 anni, vale a dire iscritti alle ultime classi della scuola primaria e alle classi della scuola secondaria inferiore.

2. Definisco la qualità della inclusione scolastica utilizzando i criteri che dalla legge dello stato italiano mi sono forniti, sintetizzando: diagnosi di tipo funzionale, programmazione della attività educative in una prospettiva individualizzata per il soggetto, collaborazione tra insegnanti curricolari e di sostegno, attività educative svolte per lo più insieme ai pari nel gruppo classe.

3. Definisco anche un livello soggettivo della qualità della inclusione scolastica (dovrà esserne contento pure il soggetto con ADHD, no?) da misurare con apposito strumento, intervista o questionario (e nel caso dell'intervista debbo disporre o di tanto tempo, o di un buon numero di intervistatori, o debbo ridurre il numero dei soggetti – e davvero addio alla generalizzabilità dei risultati), per esempio: vissuto di accettazione da parte del gruppo classe (pari e insegnanti) e magari aggiungo anche i risultati scolastici.

4. Individuo dei criteri operativi che mi permettano di discernere tra soggetti in situazione di "buona qualità della integrazione" e in situazione di "non sufficiente buona qualità della integrazione", in quest'ultimo caso, per esempio: assenza di diagnosi funzionale, e/o assenza di piano educativo individualizzato, e/o assenza di collaborazione tra insegnanti, e/o prevalenza di attività educative individuali, e/o vissuto di non accettazione da parte del soggetto ADHD, e/o scarsi risultati scolastici. Più stretto sarà il mio concetto di "insufficiente buona qualità della integrazione" meno indicatori di cattiva qualità dovranno essere compresenti per definire i soggetti come non sufficientemente integrati; viceversa, più largo sarà il mio concetto di "insufficiente buona qualità della integrazione" più indicatori di cattiva qualità dovranno essere compresenti per definire i soggetti come non sufficientemente integrati.

5. Misuro i soggetti sui parametri delineati, ed individuo alcune configurazioni negative ricorrenti, ad esempio: prevalenza di attività individuale isolata dal resto della classe e sentimento di non accettazione dal parte del soggetto e cattivi risultati scolastici.

Disegno pulito, e se controllo (bilanciandole tra i soggetti) alcune ulteriori variabili, disegno elegante: numero pari di soggetti maschi e femmine nel campione, ben distribuiti per età, gruppo di controllo costituito da altre disabilità, contesti scolastici provenienti da territori diversi (periferie, centro, grandi città, piccole città). E così via.

Tuttavia, anche la versione elegante di questo disegno avrebbe delle difficoltà intrinseche ad essere considerata generalizzabile: se pure ammettiamo che i risultati della indagine potrebbero costituire dei punti di riferimento nella letteratura nazionale sulla integrazione scolastica dei soggetti con diagnosi di ADHD, la loro generalizzazione sul piano internazionale sarebbe pressoché impossibile. Parametri decisivi per la nostra indagine, quali: esistenza di un piano educativo individualizzato, frequenza scolastica obbligatoria in scuole regolari per soggetti con diagnosi di ADHD, collaborazione tra insegnante curricolare e insegnante di sostegno, sono tutti parametri misurabili esclusivamente in Italia (in altri Paesi, infatti, vigono sistemi diversi per la istruzione dei soggetti con ADHD; anche quei sistemi più chiaramente ispirati dai principi inclusivi sono organizzati in modo differente). L'indagine dunque, senza speranza e a priori, è una indagine di tipo locale, non generalizzabile per quanto attiene ai suoi risultati.

Inoltre, in Italia è impossibile raccogliere i dati su un campione di controllo, costituito da soggetti con ADHD che non usufruiscono di un sistema educativo regolare, ma invece frequentano scuole speciali: in Italia non esistono scuole speciali, dunque, la variabile inclusione verso non inclusione non è a priori misurabile. Un altro duro colpo alla generalizzabilità dei risultati (oltre che alla possibilità di pubblicare un tale contributo in una rivista internazionale: la fruizione di tale contributo sarebbe ad esclusivo appannaggio degli italiani. E perché allora pubblicarlo in una rivista internazionale? Ah già! L'*impact factor*...)

La vera applicabilità della mia ricerca risiede nella domanda che mi sono posta. Se decido di analizzare la qualità della integrazione scolastica dei bambini con ADHD è perché ne colgo la rilevanza entro il contesto in cui vivo. Conosco le caratteristiche di questo disturbo, ho studiato una sufficiente quantità di ricerche che mostrano la ricorrenza, presso questi soggetti, di incorrere in problemi nella carriera scolastica, colgo la potenzialità fallimentare di una costellazione di comportamenti (riassumendo: scarsa capacità di focalizzare l'attenzione per tempi prolungati, attività motoria intensa, possibile aggressività verso gli altri) che non può non contravvenire alle regole implicite che governano la vita in una classe scolastica. Non potrò però concludere che "a causa della compresenza di attività individuale isolata dal resto della classe e sentimento di non accettazione dal parte del soggetto" si realizza una situazione di cattiva inclusione per gli alunni con diagnosi di ADHD, poiché la non buona inclusione può essere determinata da molti altri fattori. Potrò dire che la configurazione che ho rinvenuto io ha una sua probabilità di ricorrere, e, coerentemente con la definizione di inclusione scolastica data dal nostro sistema normativo, questa configurazione va in una direzione opposta a ciò che concordemente, come contesto sociale, codificandolo in un sistema di leggi, abbiamo definito "inclusione scolastica". Uno psicologo clinico che lavorasse in ambito scolastico, e considerasse i miei risultati, potrebbe utilizzare questa configurazione come un indicatore per comprendere meglio il contesto in cui lavora. Ma nulla vieta che una scuola in cui questa configurazione non è presente comunque abbia un problema di inclusione degli alunni con ADHD, e che il problema sia organizzato su fattori del tutto diversi da quelli che risultano a me. Ciò non toglie bontà e validità alla mia ricerca. Ne sottolineo i limiti in termini di generalizzabilità dei risultati. Ma evidenzio la generalizzabilità della domanda, seppure limitata ad un contesto definito.

Il vero contributo della ricerca clinica potrebbe essere proprio quest'ultimo aspetto: applicando un modello forte di analisi della relazione tra individuo e contesto, si possono prevedere (azzardo) quali elementi hanno una certa probabilità di rendere fallimentare questa relazione. Problemi che, riguardando la sfera della convivenza, essendo perciò ancorati alla storia, sono destinati ad apparire e scomparire, non perché siano risolti una volta per tutte, ma perché rilevano a volte, e a volte no. L'ADHD è un problema sociale negli Stati Uniti (dove si stima una incidenza media del 12%) e non lo è in Italia (in cui l'incidenza stimata è inferiore all'1%). Negli Stati Uniti si è fatto largo uso di terapie farmacologiche nel trattare questo problema, e in Italia il Ministero della Salute ha posto dei vincoli severissimi all'uso dei farmaci [al 2008 erano solo 800 i bambini trattati con il Ritalin; Langher, Ricci, Reversi & Krstić (in press)]. Negli Stati Uniti è in atto una feroce polemica sull'uso dei trattamenti farmacologici per l'ADHD (la prestigiosa rivista britannica *The Lancet*, in un suo editoriale (2008), ha lanciato strali contro le terapie farmacologiche per i bambini con diagnosi di ADHD, accusandole di rappresentare una attitudine patologizzante e socialmente irresponsabile verso i problemi della condotta dei soggetti in età evolutiva). In Italia non si è posto il problema. Contesti diversi, assetti culturali diversi, una diversa percezione del problema.

Il contributo della ricerca psicologica clinica deve essere quello di rendere gli psicologi clinici degli utili professionisti capaci di vedere l'esistenza di un problema nel contesto cui appartengono, se non addirittura di prevederne la comparsa (l'unico livello di predittività cui possiamo ambire). E di fornirli delle capacità metodologiche, serie e rigorose, che guidino le azioni di intervento sul problema. Magari cercando di risolverlo. O, più sottilmente, diremmo: cercando di rendere quel contesto, nel quale è emerso il problema, capace di risolverlo.

Andiamo avanti. Dai risultati della mia indagine potrei ricavare delle indicazioni da spendere per migliorare la qualità della integrazione scolastica dei soggetti con ADHD. Cioè potrei

voler spingere la mia ricerca in senso più applicativo. Il valore applicativo della mia ricerca si realizza, però, solo quando si attiva una domanda di fruizione della mia indagine. Mi spiego meglio, attraverso la esemplificazione di alcune situazioni possibili (più o meno realistiche).

1. Mi rivolgo alle scuole nelle quali è stata rilevata la presenza di soggetti ADHD con scarsa qualità della integrazione e propongo un intervento. Ma se la scuola, nei suoi componenti fondamentali: direzione, corpo docente e alunni, non ha alcuna percezione del problema? Posso proporre comunque la mia analisi, ma da qui ad affermare che potrò permettere, con i miei risultati, la realizzazione di un intervento finalizzato a migliorare la qualità della integrazione dei soggetti con ADHD ce ne corre... Spero che siamo tutti concordi sul fatto che la mia analisi, per quanto raffinata, elegante ed attendibile, non può sfociare nella precettazione di direttore, docenti e alunni per coinvolgerli, di *default*, in un intervento di miglioramento delle loro condizioni educative. In assenza di una domanda di intervento, è assai poco probabile che ciò possa essere realizzato (e se lo fosse, da psicologo clinico, mi preoccuperei)¹².

2. Compongo un protocollo di autovalutazione delle scuole, alle quali poi lo invio, nel quale evidenzio, in bella sintesi, quali sono i parametri da tenere sotto controllo in modo da comprendere se si tratta di una scuola a buon funzionamento ("virtuosa", come noi Italiani adoriamo dire in questi tempi) oppure a non sufficiente funzionamento ("non virtuosa", v. sopra). Come per il caso di cui al precedente punto 1, in assenza della variabile critica "domanda di intervento" (che non può rientrare come variabile del disegno descritto nell'esempio), i risultati della indagine, pure utilizzabili, rimangono di fatto inutilizzati.

3. e se invece avviene il caso di eccesso di generalizzazione dei risultati: una scuola nella quale non sono stati rilevati soggetti ADHD con scarsa integrazione scolastica chiede un intervento per il miglioramento della qualità dell'integrazione dei soggetti con ADHD. Debbo forse concludere che i richiedenti l'intervento non abbiano compreso il mio studio? Oppure che io non abbia chiaramente accentuato l'obiettivo del mio lavoro, che era quello di individuare fattori di miglioramento della qualità della integrazione scolastica dei soggetti con ADHD, e che quindi se la scuola non presenta disfunzioni al suo interno, a torto e proditoriamente richiede un intervento di miglioria? O forse, più sensatamente, cerco di comprendere il significato di quella domanda e decido di conseguenza che azione intraprendere. Di nuovo è la presenza di una domanda di intervento che rende applicabile ed eventualmente utile la mia ricerca.

La ricerca in psicologia clinica è tanto più significativa quanto più permeata dal criterio della sua utilità sociale. La ricerca in psicologia sperimentale, se è utile socialmente, lo è come effetto secondario, anche grazie a qualche psicologo clinico che studia la psicologia generale.

In conclusione

La finalità formativa della nostra relazione con gli studenti non è incidentale, ma è l'elemento essenziale che dà senso a quella relazione: se non avessimo il fine di formare gli studenti, tenendo lezione attueremmo un rituale, o un autoriferimento, o un adempimento.

Essere docenti in un corso di laurea in psicologia clinica esige allora che affrontiamo la domanda di formazione professionale che ci viene posta dagli studenti, in particolare quando il corso si contraddistingue per una forte identità professionalizzante. Esige che a quella domanda rispondiamo con efficacia e con la considerazione dei nostri due interlocutori essenziali: gli studenti da una parte, e i contesti professionali dall'altra. Esige

¹² Questa dinamica è tipica della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, o con quelli che devono raggiungere gli standard per poter ambire allo status di candidati all'Unione Europea. Viene loro chiesto un cambiamento istituzionale significativo che spesso ha delle ricadute dirette sulla organizzazione sociale, politica ed economica di quei Paesi e, naturalmente, delle persone che vi abitano. Il principale fallimento dei programmi (generosamente finanziati) di cooperazione con questi Paesi è da ricercarsi nella induzione della domanda di cambiamento da parte di terzi e dunque nella sostanziale assenza di domanda di cambiamento da parte del contesto locale che oppone resistenze e sfinenti temporeggiamenti, quando non sabotaggi, finalizzati al mantenimento dello *status quo*.

infine che dirigiamo i nostri sforzi di ricercatori verso la messa a punto di metodologie di intervento che rafforzino la credibilità della nostra professione.

Ancora di più, dunque, non possiamo astenerci da un processo di verifica del raggiungimento degli obiettivi che ci siamo posti. Possiamo intraprendere, ponendoci noi per primi fuori da una logica adempitiva, quel processo di autovalutazione che la riforma "270" ci richiede. Dati preziosissimi sono racchiusi nelle tesi di laurea che hanno avuto come oggetto la resocontazione del tirocinio; poi c'è la nostra esperienza di docenti coinvolti nelle attività di laboratorio, esperienza che potremmo cercare di sistematizzare per poterne fruire tutti, condividendola.

Se, come sembra, bisognerà affrontare una ulteriore riorganizzazione dell'ordinamento degli studi universitari, sarà una utile occasione per compiere un altro passo verso la sintesi, e la integrazione. Perdendo qualche grammo di pedanteria accademica. Non sarebbe male.

Bibliografia

Cecchini, M., & Langher, V. (1997). Le funzioni dirigenziali nell'Area di Psicologia presso il Servizio Sanitario Nazionale alla luce del Decreto Ministeriale 16 maggio 1996 n° 413 e del Decreto Ministeriale 22 luglio 1996. *Il Giornale degli Psicologi*, 9.

Bosio, A.C., & Lozza, E. (2008). Lo stato e il futuro delle professioni psicologiche nella prospettiva degli psicologi del Lazio. In G. Ponzio (Ed). (2008). *La psicologia e il mercato del lavoro: Una professione destinata al precariato?* (pp. 83-107). Milano: FrancoAngeli.

Langher, V., Ricci, M.E., Reversi, S., & Krstić, N. (in press). ADHD and social dissatisfaction in school from a relational perspective. *Journal of Special Education and Rehabilitation*.

Menna, S. (2005a). La ricerca. In Ordine degli Psicologi del Lazio e Fivol (Eds.) (2005). *Competenze psicologiche nel terzo settore* (pp. 33-39). Milano: FrancoAngeli.

Menna, S. (2005b). Il terzo settore: Un nuovo mercato del lavoro? In Ordine degli Psicologi del Lazio e Fivol (Eds.). (2005). *Competenze psicologiche nel terzo settore* (pp. 25-31). Milano: FrancoAngeli.

The Lancet editorial (2008). Children and psychiatric drugs, disillusion and opportunity. *The Lancet*, 372(9645), 1194.

Altri testi hanno supportato, negli anni, molti dei ragionamenti che sono contenuti in questo scritto:

Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Paris: Editions du Seuil. (trad. it. *Miti d'oggi*. Einaudi, Torino, 1974, 1994).

Bertrand, J. (2000). *Les imposteurs de la génétique*. Paris: edition de Seuil. (trad. it. *Gli impostori della genetica*. Einaudi, Torino, 2002).

Bettelheim, B. (1990). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: The Free Press (trad. it. *La fortezza vuota: l'autismo infantile e la nascita del sé*. Garzanti, Milano, 1967).

Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica*. Torino: Utet.

Klein, M. (1961). *Narrative of a Child Analysis. The Conduct of the Psycho-Analysis of Children as Seen in the Treatment of a Ten Year Old Boy*. London: The Hogarth Press (trad. it. *Analisi di un bambino. Il metodo della psicoanalisi dei bambini esaminato attraverso il trattamento di un fanciullo di dieci anni*. Boringhieri, Torino, 1971, 1981).

Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets. An essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company Ltd (trad. it. *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*, Einaudi, Torino, 1981).

Postman, N. (1985). *Amusing ourselves to death. Public Discourse in the Age of Show Business*. New York: Viking (trad. it. *Divertirsi da morire: Il discorso pubblico nell'era dello spettacolo*. Marsilio, Venezia, 2002).