

EPISTEMOLOGIA E PSICOTERAPIE: UNA RICOSTRUZIONE STORICA

*Lucio Sibilia, già Professore aggregato di psichiatria e di psicologia clinica,
Sapienza Università di Roma*

*È un errore capitale teorizzare prima di avere dei dati probanti.
Si comincia senza accorgersene ad adattare i fatti alle teorie...*

Sherlock Holmes¹

"They reason theoretically, without demonstration experimentally, and errors are the result"

Michael Faraday²

1. Il metodo sperimentale

Sono ormai più di 60 anni da quando H.J. Eysenck (1952) pubblicò il famoso studio sugli esiti delle psicoterapie che - in modo clamoroso - dette l'avvio all'applicazione sistematica del metodo sperimentale nella ricerca in psicoterapia. Da osservatore in questo campo da almeno 45 anni, vorrei evidenziare una tendenza, iniziata allora, che oggi anche uno sguardo distratto mi sembra non possa ignorare: la graduale ma irreversibile acquisizione, anche nel nostro Paese, dell'importanza del metodo sperimentale nella valutazione delle procedure psicoterapiche e dei loro fondamenti.

Qui vorrei solo ricordare che i metodi osservativo e sperimentale, entrambi metodi tipici delle scienze in generale, rappresentano una conquista molto recente dell'intelletto umano. Per quanto alcuni Autori vedano inaugurato il metodo sperimentale già dagli studiosi della Grecia classica (Russo, 1996), a mio avviso basti pensare a Galileo per ricordarsi come tale metodo sia stato definito con chiarezza e iniziato ad adottare sistematicamente soltanto da quattro secoli nell'Europa moderna. Ciò è stato possibile non a caso all'inizio dell'evo moderno, un'epoca in cui in cui si cominciò a pensare che ragione e scienza potessero fornire descrizioni più accurate ed attendibili del mondo di quelle fornite dalla tradizione, dall'autorità o dalla superstizione.

In estrema sintesi, e rendendomi conto di operare grandi semplificazioni, ritengo che le premesse fondamentali del metodo sperimentale si possano sintetizzare nei due seguenti assunti: (1) che le nostre osservazioni, e quindi le previsioni e le asserzioni causali sui fatti del mondo siano "intrise di errori", secondo una felice espressione di K. Popper³, ma anche che (2) le presumibili fonti di errore (o di varianza) possano essere osservate o manipolate e quindi poste sotto controllo. Anche il metodo osservativo, tipicamente usato in campi disciplinari nuovi, campi in cui l'esplorazione può prevalere sulla verifica di ipotesi, prevede il controllo degli errori di osservazione. L'impresa scientifica, ne consegue, inizia laddove si rilevi o si sospetti un errore di qualsiasi genere nella descrizione del mondo, e si cerchi di mettere sotto controllo le plausibili fonti di errore. Il dubbio circa la presenza di errori nelle proprie conoscenze si configura il motore dell'attività scientifica: così, modelli e teorie diventano ipotesi, da verificare mediante un processo sia logico che empirico. Se il dubbio è il motore, la verifica sperimentale è la strada maestra dell'attività scientifica.

Applicato inizialmente allo studio dei fenomeni naturali e successivamente alla realtà dell'uomo

1 In: Arduini M. L. (1996).

2 In: *Decline and Fall of the Freudian Empire*, di H. J Eysenck, pag.170.

3 "Le nostre conoscenze hanno natura congetturale ed in quanto tali sono intrise di errori" (K. Popper in Antiseri D., 2004) .

stesso, dei suoi comportamenti e dell'esperienza umana, il metodo scientifico ha consentito di ridurre gradualmente i margini di errore di osservazione e quindi di giudizio. È stato il metodo scientifico a consentire la costruzione di quei saperi oggi a disposizione delle istituzioni nelle società moderne, saperi che sono alla base degli ordini professionali, dagli ingegneri ai medici, dai geologi agli psicologi. Adottato in medicina con Claude Bernard (1865) da poco più di un secolo e mezzo il metodo scientifico ha consentito quei grandi sviluppi delle scienze mediche a cui oggi ben pochi vorrebbero rinunciare. Poco dopo, nel 1879, W. Wundt utilizzerà il metodo sperimentale in psicologia nel suo primo laboratorio, portando finalmente la disciplina al rango delle altre scienze.

Con l'avvento del metodo sperimentale, convinzioni anche radicate possono essere messe alla prova; così, le certezze vengono messe in dubbio o declassate al rango di "ipotesi di lavoro". Credenze anche di vecchia data, a confronto con l'osservazione controllata, possono crollare. I sistemi di certezze che hanno scarso o nessun fondamento empirico si evidenziano per ciò che sono, cioè ideologie, idee metafisiche o fedi. In questo consiste principalmente il grande portato anti-dogmatico dell'impresa scientifica.

L'ingresso del metodo sperimentale, in particolare nel dibattito sull'efficacia delle psicoterapie, è quindi un fenomeno di grande portata. Infatti, per quanto oggi si possa considerare un fatto un po' scontato, non bisogna dimenticare che la storia della psicoterapia, così come della psicologia clinica, è stata preceduta da una lunga fase per così dire "pre-scientifica", in cui qualunque preoccupazione di carattere metodologico è stata praticamente assente. Questa lunga fase iniziale ha coinciso ampiamente con il dominio culturale della psicoanalisi nella psichiatria e in gran parte della psicologia clinica.

2. La fase pre-scientifica

Questa fase, purtroppo, è stata fonte di innumerevoli influenze che hanno lasciato traccia tutt'oggi a molti livelli in discipline come la psicologia clinica, la psicopatologia e la psicoterapia, ostacolando i progressi, e costituendo una sorta di zavorra di cui sembra difficile liberarsi.

Sarà bene ricordare, ad esempio, che per il fondatore delle psicoanalisi la dimostrazione della validità di qualunque interpretazione dell'analista (e quindi il criterio per giudicarla) consisteva nel semplice fatto che il paziente la accettasse. Senza neanche contemplare la logica implicazione che l'evento contrario, cioè il rigetto da parte del paziente, potesse inficiare l'interpretazione stessa o quantomeno indurre il terapeuta a dubitarne.

Analogamente, nell'interpretazione dei sogni, che il significato trovato dall'analista fosse quello corretto oppure fosse espressione della psiche e delle teorie dell'analista stesso non era un problema che Freud si ponesse (Sibilia, 2013). Così, non se lo posero neanche i suoi adepti, oppure quando se lo posero fu relegato nell'ambito del cosiddetto "inconscio", uno spazio ipotetico al riparo da qualunque verifica empirica e logica.

Allo stesso modo, restava ed ancora resta blindato da eventuali forme di verifica il rapporto insegnante-allievo, nella forma - ancora oggi richiesta - della "terapia personale". In modo del tutto dissonante dalle forme di trasmissione del sapere tipiche delle altre discipline, l'allievo che chiede soltanto una formazione professionale diventa paziente. Ed il docente diventa terapeuta, moltiplicando così il suo potere sull'allievo, con i noti fenomeni di abuso e di indottrinamento (Sulloway, 2006).

È noto anche che fu C.G. Jung, prediletto allievo di Freud e figlio di un pastore protestante, a suggerire come indispensabile, per poter accedere alla professione di psicoanalista, l'esperienza dell' "ana-

lisi personale". Pur in assenza di qualunque riscontro empirico circa la sua reale efficacia terapeutica o formativa, questa esperienza fu imposta come la sola metodica che avrebbe potuto e dovuto liberare l'allievo dai suoi disturbi nevrotici, concepiti anch'essi come sicuramente presenti, anche se occulti.

Di fatto, l'efficacia terapeutica del trattamento psicoanalitico - come è noto - non è ancora corroborata da riscontri empirico-fattuali. Ma il fondatore della psicoanalisi accolse subito quel suggerimento, imponendo come regola l'esigenza che il candidato fosse analizzato da lui stesso o da un allievo da lui autorizzato, forse intuendo l'enorme impatto che ciò avrebbe avuto per la diffusione del suo pensiero (Meyer, 2006).

Oggi, come residuo di quella fase pre-scientifica, dopo più di un secolo e pur in presenza di reali progressi della psicologia clinica, viene ancora sostenuta l'esigenza che gli psicoterapeuti in formazione si sottopongano ad una "analisi" personale, intesa come terapia. Tuttora vengono addotte a sostegno di tale esigenza una serie di argomentazioni che si rifanno alla teoresi freudiana, pur in carenza di solide prove. Al contrario, le ricerche sperimentali finora condotte sull'efficacia della terapia personale hanno mostrato come questa non conferisca affatto agli allievi una maggiore efficacia come psicoterapeuti, né un maggiore equilibrio psico-emotivo (Sibilia, 2010a). Anzi, alcuni degli studi meglio condotti hanno dimostrato che funzionavano meglio quei terapeuti che avevano fatto meno ore di terapia personale (Garfield & Bergin, 1971).

È interessante, al proposito, notare che le principali "prove" che Freud dichiarò a sostegno delle prime teorie psicoanalitiche - e che furono oggetto dei primi insegnamenti ai suoi seguaci - furono derivate proprio dalla sua presunta autoanalisi: sarebbero state le "scoperte" che egli fece, osservando se stesso nell'intimo, a portarlo suo malgrado verso le ipotesi del conflitto inconscio, della pulsione sessuale, etc., che costituiscono l'ossatura del suo pensiero. Nonostante ciò, curiosamente, l'autoanalisi non fu affatto riconosciuta una pratica valida per la formazione degli allievi, per i quali il fondatore optò, invece, per una etero-analisi. Tale infatti è da considerarsi la suddetta analisi personale, in quanto condotta non dall'allievo stesso ma da un collega.

Comunque, la storiografia più recente ha mostrato come la pretesa stessa di aver fatto delle "scoperte" mediante la dichiarata autoanalisi fosse falsa: S. Freud aveva già molti anni prima pubblicato su alcune riviste scientifiche quelle stesse ipotesi teoriche che in seguito presentò come scoperte. F. J. Sulloway (2006, p.36), uno dei pochi storici della psicoanalisi indipendente dal movimento psicoanalitico, così si esprime:

"La tradizione psicoanalitica ha fatto dell'autoanalisi la principale causa dell'originalità del pensiero di Freud ma, dal punto di vista storico, questo è completamente falso. Gran parte delle idee che si supponeva derivassero dall'auto-analisi e che sono all'origine delle più importanti scoperte intellettuali di Freud, provenivano in realtà da altre fonti. L'autoanalisi è una delle grandi leggende della storia della scienza".

È caratteristico di questa fase pre-scientifica che le ipotesi teoriche freudiane - tutt'altro che sottoposte ad inquisitivi dubbi - erano presentate o diventavano "osservazioni" di tipo radicalmente nuovo, cioè "scoperte". Come tali, certezze che meritavano di essere insegnate e diffuse, saltando così completamente la verifica sperimentale. La scoperta, infatti, con il suo senso implicito di lampante e sorprendente "evidenza", soprattutto se in contrasto con le credenze correnti, non richiedeva dimostrazione alcuna. Anzi, il fatto stesso che chi rivelava tali "scoperte", come appunto fecero Freud e i suoi seguaci, si mettesse coraggiosamente in contrasto con la mentalità corrente, sembrava corroborare

rare le scoperte stesse. L'ipotesi nulla non era contemplata.

È stato proprio sotto l'egida della “scoperta”, e con il supporto di una campagna ben architettata negli USA da Edward Bernays, suo nipote e genio della propaganda (Bernays, 2008), che la narrazione di S. Freud ha dominato la psichiatria americana. La presa sulla psichiatria è stata tale che dagli anni '30 agli anni '70, e poi con un decennio di ritardo anche in Europa, non era pensabile che uno psichiatra potesse fare carriera se non avesse attraversato l'esperienza dell'“analisi personale”. In un'epoca, tuttavia, in cui la psichiatria era in uno stato di deludente carenza di strumenti terapeutici, la psicoanalisi, per quanto priva di fondamenti scientifici, di fatto riempiva un vuoto desolante.

Così istituzionalizzata, la pratica psicoanalitica ha costituito, agli occhi sia di molti esperti che del grande pubblico, la vera ed unica forma di psicoterapia. Generazioni intere di intellettuali sono stati affascinati dalle presunte scoperte della psicoanalisi circa la mente e i suoi disturbi; erano attratti, plausibilmente, dal miraggio di poter “esplorare” in prima persona questo ambito sconosciuto chiamato inconscio, di cui non si sospettava neanche l'esistenza, e quindi fare le proprie “scoperte”. Tuttavia, il rifiuto di adottare una metodologia di verifica avrebbe prodotto continue svolte nel pensiero sia del fondatore che dei vari discepoli e seguaci, ed anche rivolte e giravolte di adepti, ora esaltati ora rinnegati come eretici o ribelli. Nascono così le costruzioni personali di ogni successivo autore, circa la teoria della mente, circa la psicopatologia, la teoria della terapia, etc. che avrebbero finito, come sottolinea Vignoli (2010), “*per segnare profondamente la storia della psicologia clinica*”. Bisogna riconoscere purtroppo che questo esempio di Freud di continuo ed inevitabile “*viraggio speculativo*” (Vignoli, 2010) avrebbe finito per fungere da modello per tutta una serie di altri tentativi di “*costruzione d'autore*” che a tutt'oggi relegano la psicologia clinica in uno stato di inquietante parcellizzazione teorica e tecnica.

Qualcuno, a proposito della condizione attuale della psicologia clinica, ha parlato di uno stato di “*sostanziale polimorfismo teorico, metodologico, tecnico e linguistico*” (Santarcangelo, 2010), che, se non vogliamo usare eufemismi, dovremmo chiamare confusionale.

3. La ricerca

All'opposto, la crescita di quel sapere scientifico che si sarebbe dimostrato rilevante per la psicoterapia, e che nasceva dai laboratori di psicologia sperimentale negli stessi anni, era inevitabilmente molto più lenta e laboriosa. Qui accennerò soltanto ad alcune tappe di questa crescita, legata al metodo sperimentale, ben sapendo di operare, per brevità, delle importanti omissioni.

Nel 1904 I. Pavlov ottenne il premio Nobel per i suoi studi di fisiologia della digestione, condotti dal 1891 al 1900. Queste ricerche lo avevano condotto a evidenziare come il sistema nervoso giocasse un ruolo dominante nel regolare i processi digestivi. Nel 1903, al 14° Congresso Medico Internazionale di Madrid, Pavlov era in grado di esporre, per la prima volta, i principi sperimentali del condizionamento classico, con una relazione sulla “*Psicologia sperimentale e la psicopatologia degli animali*”. Soltanto molti anni dopo, nel 1920 J. B. Watson e R. Rayner poterono mostrare - con il caso del piccolo Albert - come le reazioni fobiche possano essere acquisite anche nella specie umana tramite un processo di condizionamento. Ma solo nel 1924 fu possibile dimostrare che un processo di decondizionamento era più efficace di una serie di tentativi empirici per estinguere una reazione fobica in un bambino, con il classico esempio del “*Caso di Peter*” di Mary Cover Jones (1924).

Nel frattempo il paradigma comportamentista era diventato dominante in psicologia a seguito del

ben noto “manifesto” di J.B. Watson del 1913; tuttavia, bisogna aspettare gli anni '50 e la diffusione dei lavori di B.H. Skinner per l'emergenza delle prime applicazioni cliniche, con l'avvento dell'*analisi funzionale del comportamento*. I principi del condizionamento e dell'apprendimento - sperimentalmente stabiliti - iniziarono ad essere applicati in modo programmatico e sistematico ai problemi clinici: così iniziarono ad essere proposte e studiate le note procedure di *behaviour therapy*, la terapia del comportamento (TC), che trasponeva tali principi dal laboratorio alla clinica, miranti a modificare un'ampia gamma di disturbi psichiatrici. Per la prima volta, i metodi di trattamento psicologico sono derivati da principi teorici e ne costituiscono un test sperimentale nell'uomo.

Altri autori emergono negli stessi anni '50, anche dal campo psichiatrico, ed iniziano ad applicare la ricerca empirica alla psicoterapia, anche avvalendosi dei progressi negli strumenti di *assessment* clinico. Tra i più noti troviamo A. Ellis, il quale, prendendo le distanze dagli assiomi e le regole della sua stessa formazione (psicodinamica) come psichiatra, propone una forma di terapia di stampo razionalistico, la RET, di cui subito si accinge a verificare l'efficacia (Ellis, 1957)⁴. Non a caso lo stesso Eysenck, nell'articolo sopra citato, accomuna la nuova psicoterapia di Ellis alle terapie del comportamento, nel novero delle terapie che avevano basi sperimentali.

Anche autori di altri orientamenti teorici - stimolati dal citato lavoro di Eysenck oppure indipendentemente - iniziano a raccogliere dati sperimentali per corroborare la validità dei propri metodi. Tra questi abbiamo Carl Rogers (1951), che avrà una profonda influenza sulle concezioni circa la relazione terapeutica, e George Kelly (1955), la cui concezione del soggetto come scienziato ingenuo sarà incorporata più tardi nelle terapie cognitivo-comportamentali (TCC).

Dagli anni '60 in poi, numerose altre proposte alternative sia alla psicoanalisi che al comportamentismo si affacciano al mondo della ricerca scientifica. Si assiste così ad una esplosione di ricerche empiriche sia nell'ambito della TC che in altri orientamenti. Si diffondono gli studi clinico-sperimentali controllati sugli esiti delle psicoterapie e con essi – poco dopo – le rassegne narrative. Nello stesso periodo, inoltre, numerosi autori di matrice psicodinamica elaborano costruzioni teoriche che si discostano per qualche importante aspetto da quella del fondatore della psicoanalisi; trattati ora come reietti ora come innovatori, molti di essi fondano le proprie scuole personali. Tuttavia, anche se alcuni di loro si mostrano interessati a documentare sperimentalmente l'efficacia delle proprie psicoterapie – e qualcuno vi riesce – nessuno di essi propone studi sperimentali per validarne gli assunti teorici di base. Fallisce anche il tentativo di Dollard e Miller (1950) di trasporre nei termini della psicologia sperimentale i concetti freudiani.

È nell'ambito delle teorie *social learning*, invece, che gli sviluppi teorici in psicologia avranno un rapporto più stretto con la psicologia clinica e ricadute sulle terapie. Nel 1963 Albert Bandura e Richard H. Walters pubblicano *Social Learning and Personality Development*, testo che definisce le basi del paradigma dell'apprendimento vicario o *modeling*, nonché le sue implicazioni per gli interventi correttivi. Concetti teorici nati lontano dal contesto clinico come il “locus del controllo” (Rotter, 1966), l'auto-efficacia (Bandura, 1977), l'auto-controllo (Kanfer e Karoly, 1972), l'attribuzione e la *learned helplessness* (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978) avranno presto le loro ricadute nella clinica, sia nell'interpretazione della psicopatologia che nelle procedure di intervento. È in questi anni, quindi, che inizia ciò che molto più tardi verrà chiamata la “ricerca traslazionale”. Inoltre, è proprio dal movimento comportamentista che si sviluppa una critica radicale verso il modello biomedico dei disturbi mentali (Ullmann & Krasner, 1969) e, coerentemente, nuove modalità di

4 Nel 1962 Albert Ellis pubblica questi primi studi sulla RET nella sua opera forse più conosciuta: *Reason and Emotion In Psychotherapy* (New York: Lyle Stuart).

assessment alternative alla nosografia psichiatrica (Kanfer & Saslow, 1965).

A metà degli anni '70, a seguito del viraggio paradigmatico della psicologia, nonché dei progressi della psicologia cognitiva, inizia una rivoluzione anche nel campo della ricerca in psicoterapia comportamentale: come testimoniato da D. Meichenbaum (1975), la TC diventa cognitiva. Procedure prima giudicate tipicamente comportamentali, come ad es. il *problem solving*, “diventano” (o sono ridefinite) tipicamente cognitive. “Terapia cognitiva” è l'etichetta che A. Beck (2006), dichiaratamente ispiratosi alle TC, sceglie per definire le sue proposte, estese dai fondamenti teorici alle procedure di trattamento; è da notare che tali proposte, diversamente dalla maggioranza di quelle freudiane, erano falsificabili e molte di esse sono state corroborate in seguito da un'ampia gamma di ricerche clinico-sperimentali.

Del comportamentismo, quindi, si conserva la grande lezione metodologica; tuttavia, si perde di vista spesso l'opzione ambientalista: con Beck, ad esempio, l'origine ultima della psicopatologia torna ad essere essenzialmente intrapsichica. Questo internalismo favorirà il moltiplicarsi di ipotesi e modelli: forse non a caso, dagli anni '80 in poi si assisterà ad una moltiplicazione dei paradigmi cognitivi. M. Mahoney all'epoca ne contava già quattro, mentre negli anni '90 ne conterà venti (Mahoney, 1993).

Comunque, a seguito di questi sviluppi e dei progressi delle scienze sperimentali del comportamento, quali la psicofisiologia o la psicologia e la psicopatologia sperimentali, le osservazioni cliniche non possono più essere considerate delle “scoperte”, essendovi già un *corpus* di conoscenze empiriche - organizzate in modelli teorici - che, per quanto parziale e lacunoso, poteva essere usato per interpretare i nuovi dati osservativi. Tale corpus si esprime con costrutti logicamente collegati tra loro in modelli concettuali empiricamente validabili, sia delle disfunzioni psicopatologiche che del cambiamento terapeutico; soprattutto, tali costrutti hanno una loro corrispondenza operativa negli strumenti atti a misurarli e non sono più esposti alla libera interpretazione degli autori che ne vogliono fare uso.

Negli anni '90 il panorama è indubbiamente molto ricco di ricerche e proposte teoriche. Ogni modello e teoria, per ottenere credito sufficiente per la pubblicazione sulle riviste scientifiche, deve mostrarsi corroborato da dati ricavati con metodi condivisi e replicabili. Molte delle ipotesi e dei modelli teorici, se valutati nel proprio ambito di applicabilità, si mostravano avere fondamento. Mancava però una “mappa” complessiva che consentisse di orientarsi in queste ricerche. Si trattava di comprendere non solo come potessero essere compatibili gli antitetici paradigmi comportamentale e cognitivo, ma anche capire quali dei tanti modelli e ipotesi fossero rilevanti nel lavoro clinico, caso per caso. In realtà, alla fine degli anni '70, almeno nel campo delle psicoterapie empiricamente fondate, gli opposti paradigmi del comportamentismo e del cognitivismo avevano trovato una composizione: si tratta del “determinismo reciproco”, delineato esplicitamente da A. Bandura (1978) e indipendentemente da M. Mahoney (1977), un meta-modello di carattere sistemico e ricorsivo, che tutt'oggi può considerarsi il più ampio quadro di riferimento delle TCC.

Nella seconda metà del XX secolo, quindi, il contesto culturale cambiava gradualmente ma radicalmente. Si richiedeva, ed ancor più si richiede oggi, una documentazione logicamente ed empiricamente fondata a sostegno sia alle asserzioni teoriche sia alle pretese di efficacia. Ciò significa che i modelli clinici non possono più essere basati esclusivamente su osservazioni o descrizioni episodiche, trascelte dal clinico con criteri variabili da caso a caso, da momento in momento nel corso della pratica psicoterapica, a seconda degli scopi contingenti, quindi in modi del tutto soggettivi.

4. La reazione

Questi sviluppi storici che ho rapidamente delineato hanno creato delle difficoltà crescenti ai seguaci dei vari orientamenti psicodinamici, freudiani o post-freudiani, cui era piuttosto estranea la raccolta sistematica di dati clinici, per non parlare della metodologia del confronto casi-controlli. A fronte di tali difficoltà e del possibile discredito cui rischiava di andare incontro la psicoanalisi, molti autori “psicodinamici” svilupparono varie forme di reazione.

Una prima reazione fu quella di attrezzarsi per raccogliere la sfida, ad opera principalmente di un piccolo numero di clinici orientati alla ricerca. Nasceva così nel 1969 la Società per la Ricerca in Psicoterapia (SPR), ad opera di clinici e ricercatori come Allen Bergin, Hans Strupp, o Lester Luborsky, con una forte impronta psicodinamica per formazione ricevuta, ma anche con forti corpus interessi nel campo dei processi interpersonali, in sintonia con lo sviluppo delle scienze sociali nel secondo dopoguerra.

Una delle preoccupazioni principali del gruppo fu quella di dimostrare che le psicoterapie di qualunque orientamento avessero eguale efficacia. Si diffuse così il mito dell'equivalenza, grazie al credito che tali ricercatori godevano. Chiamato “verdetto (o responso) del Dodo” il “paradosso dell'equivalenza” voleva evidenziare quanto il “dato empirico” smentisse le grandi differenze di efficacia terapeutica tra i vari orientamenti, dichiarate o derivabili dalle differenze a livello teorico. Bisogna notare che l'espressione “responso del Dodo” era stata utilizzata per la prima volta da Rozensweig nel 1936, in un'epoca ancora precedente allo studio sistematico delle psicoterapie (Sibilia, 2009), ma in cui già erano state avanzate proposte alternative a quelle freudiane.

Come ho già ricordato altrove (Sibilia, 2009), furono Luborsky e colleghi a “risvegliare” dal sonno il paradosso del Dodo, pubblicando un lavoro in cui si concludeva che non vi erano prove di effetti differenziali tra i vari trattamenti. Si trattava di una rassegna di alcuni studi di confronto tra psicoterapie in realtà non molto diverse tra loro: molte delle procedure psicoterapiche incluse nello studio appartenevano alla stessa “famiglia” di psicoterapie, quali le terapie comportamentali, cognitive e cognitivo-comportamentali, che condividevano numerosi presupposti teorico-metodologici. In questo modo, non sorprendentemente, venivano ad essere ridotte le differenze tra i risultati (Beutler, 1991).

Successivamente si utilizzò la prima ed influente meta-analisi compiuta da Smith, Glass e Miller (Smith & Glass, 1977) sugli studi controllati randomizzati (SCR) pubblicati, che pur mostrava chiare prove di differenze significative tra le diverse forme di psicoterapia, anche quando scomposte per gruppi diagnostici. Il responso del Dodo comunque era uno stereotipo ormai diffuso. Alla sua luce, il principale risultato della suddetta meta-analisi venne ignorato, accorpendo invece i risultati in un modo arbitrario e alquanto discutibile. Vennero infatti creati due principali mega-gruppi di psicoterapie, uno chiamato “comportamentale”, comprendente le terapie comportamentali e comportamentali-cognitive, ed un altro, chiamato gruppo “verbale”, comprendente invece tutte le altre psicoterapie, comprese quelle psicodinamiche ed esistenziali, includendovi però anche le terapie cognitive, che mostravano elevata efficacia. L'introduzione di questa ultima categoria di studi nel secondo gruppo faceva sì che la varianza dei gradi di effetto complessiva del gruppo “verbale” risultasse così elevata da rendere non più significative le differenze tra le medie dei due gruppi.

La ricerca comunque continuava a cumulare prove di effetti differenziali tra le varie psicoterapie. Ciò indusse il gruppo di Luborsky a trovare un *escamotage*: le evidenti differenze di effetto tra psicoterapie di diversa impostazione vennero attribuite alla “fedeltà” dei ricercatori all'orientamento da loro preferito. Come ho sottolineato altrove (Sibilia, 2009), correggendo statisticamente il fattore

“*allegiance*” (“affiliazione”, ovvero “fedeltà”), il gruppo di Luborsky mostrò che le differenze scomparivano, salvando così il responso del Dodo. Questa “correzione” penalizzava non a caso quelle terapie che avevano una più lunga tradizione di ricerca, in quanto più frequentemente sottoposte a controllo empirico dai propri “affiliati” rispetto a quelle di altri orientamenti.

Tale stereotipo è ancora diffuso; ad esempio, è sostenuto da autorevoli rappresentanti del gruppo SPR, quali P. Migone (2013); comunque, la più ampia e rilevante rassegna sugli studi di efficacia delle psicoterapie, “*What works for whom? A critical review of psychotherapy research*“ di Roth e Fonagy (2006), non lascia più dubbi a proposito: metodi di trattamento afferenti a prospettive diverse mostrano una efficacia significativamente diversa nella maggior parte dei problemi clinici.

Restava la psicoanalisi, la cui durata rendeva praticamente impossibile, per motivi pratici ed economici, l'esecuzione di ricerche di esito. Ma, a parte le difficoltà pratiche, erano anche evidenti le difficoltà di fornire dati scientificamente credibili sia circa l'efficacia delle procedure psicoanalitiche che sulla validità dei loro fondamenti. La mancata traducibilità operativa dei concetti teorici o la difficile riproducibilità delle procedure si potevano configurare, almeno sul piano scientifico, come un vero e proprio fallimento. Per evitare la delegittimazione derivante da questo stato di cose, e tentare di riaccreditare sia la psicoanalisi nelle sue diverse varianti che la psicologia clinica di impostazione “dinamica”, sono state tentate varie operazioni.

Una operazione è stata quella di tentare di mostrarne l'efficacia attraverso la dimostrazione di efficacia di terapie consimili, quali la “terapia dinamica breve” o la “psicoterapia psicoanalitica supportiva-espressiva”. Quanto siano queste forme di psicoterapia assimilabili alla psicoanalisi è tutt'ora un problema aperto. È significativo, comunque, che tali terapie siano state manualizzate, a differenza della psicoanalisi.

Ma l'operazione forse più importante e gravida di implicazioni è stata il tentativo di riservare - sia alla psicoanalisi che alla psicologia clinica psicodinamica - uno *status* particolare come “scienze”, che le sottraessero e le rendessero “impermeabili” alle esigenze del metodo scientifico. Ne venne fuori l'immagine di una curiosa scienza esentata dalla necessità di documentare il proprio sapere; discipline che, diversamente da tutte le altre, non hanno bisogno di verificare le proprie ipotesi e teorie, ma ambiscono egualmente a chiamarsi “scientifiche”.

Di fatto, come ho già scritto altrove (Sibilia, 2010b), la psicologia clinica - come disciplina scientifica - non ha e non si comprende perché debba avere uno statuto scientifico particolare. Se per “statuto” si intende un insieme di principi che servono a definire un'attività e/o il sapere che ne deriva come scientifico, allora, in quanto scienza, anche la psicologia clinica avrà (ed effettivamente già lo ha in molti dei suoi settori e autori) lo statuto di qualunque attività che chiamiamo scienza. Infatti, lo statuto non può derivare dall’“oggetto”, come qualcuno pretende, e neanche dalle particolari metodiche che lo studio dell'oggetto richiede, diversi da disciplina a disciplina scientifica. Piuttosto deriva dalle modalità di verifica della validità delle proposizioni che derivano da quello studio. Queste proposizioni, passate al vaglio empirico e logico per il controllo delle possibili fonti di errore, diventano conoscenze scientifiche, sia pure di natura provvisoria e precaria. Poiché il tentativo di eleggere una disciplina come scienza “a statuto speciale” è difficilmente accettabile dalla comunità scientifica, molti si sono rivolti a prendere a bersaglio proprio il metodo sperimentale della scienza empirica. Per salvare la “scientificità” della psicoanalisi, si è cercato nei dibattiti interni alla filosofia della scienza un sostegno alla critica del metodo sperimentale. Si è preso spunto dal fatto che ogni dato empirico in realtà non è veramente “dato”, piuttosto esso è “preso” mediante procedure, strumenti ed assunti, che in ogni buona ricerca dovrebbero essere resi

espliciti per poterli replicare. Se ne è erroneamente derivato, però, che ogni autore abbia una propria “epistemologia”. Emblematiche sono al proposito le parole di G. Bateson (1977, p. 147) riferite da S. Blasi (2010): *"Non si può sostenere di non possedere un'epistemologia. Chi lo sostiene ha semplicemente una cattiva epistemologia"*.

L'epistemologia, cioè la riflessione sulla natura della conoscenza in generale e in particolare sulla scienza e la conoscenza scientifica, viene così declassata a mero fatto psicologico, in quanto personale, cioè un insieme di meta-cognizioni individuali che sostengono le credenze del singolo ricercatore e le proteggono da fastidiosi interrogativi. Ciò apre la possibilità, in assenza di altri criteri, che tutte le “epistemologie” personali siano equivalenti e rispettabili, alla pari delle fedi religiose, compresa quella che rigetta il metodo scientifico: ecco un altro mito dell'equivalenza, parallelo al responso del Dodo, ed altrettanto democraticamente accomodante ed attraente. È iniziata così una stagione in cui la riflessione epistemologica sarà invocata non tanto come disciplina a se stante, piuttosto come una narrazione che potesse essere ritagliata e ripiegata su misura del proprio pensiero teorico o potesse rendere magicamente “scientifici” i propri enunciati.

Accade così, ad esempio, che rispettati ed autorevoli ricercatori possono attaccare direttamente il metodo scientifico, ad es. sostenendo che *"le procedure sperimentali oggettivanti ... parcellizzano la realtà"* (Dazzi e De Coro, 2007, p. 6, cit. in Blasi, 2010, p. 2.). Questa posizione sembra nascondere l'idea che le operazioni di osservazione e misura - necessarie per la verifica di ipotesi - implicino un modello oggettivistico dei fenomeni studiati. Al contrario, la reificazione dell'oggetto di ricerca non è nelle premesse del metodo osservativo né in quello sperimentale. Ad esempio, il fatto che il comportamento sia per sua stessa definizione un'attività osservabile non ne modifica per questo il suo statuto da “evento” ad “oggetto”, anche allorquando costituisce l'oggetto di studio. Inoltre, aspetti emergenti e globali del funzionamento dell'individuo o dei rapporti umani possono essere anch'essi colti, con apposite misure globali, alla pari di aspetti di dettaglio. Le procedure sperimentali, infatti, possono essere applicate sia ad oggetti (es.: neuroni) che ad eventi (es.: risposta emotiva), sia ad aspetti di dettaglio (es.: span dell'attenzione) sia ad aspetti globali (es.: intelligenza emotiva).

La necessità della misura, in questa visione, viene distorta come *"idolatria per la quantificazione"*, il riconoscimento della necessità del metodo trasformata nel *"mito del metodo"*, e l'uso dell'osservazione empirica trasformata nel *"mito del dato"* (Corbetta, 1999, cit. in Blasi, 2010). Nella ricerca clinica, venendo meno le possibilità di verifica, né la spiegazione né tantomeno la previsione dei comportamenti e delle reazioni emotive rimangono più finalità valide, piuttosto ne prende il posto la “comprensione”. Non a caso, si ricerca il “significato” della problematica presentata, piuttosto che l'efficacia dell'aiuto alla persona nell'affrontarla: comprendere ed interpretare, piuttosto che aiutare a cambiare. E senza potersi porre il quesito se la comprensione o l'interpretazione ottenute siano corrette. È accaduto così che molti psicologi clinici di formazione psicodinamica preferissero assegnare alla psicologia clinica un valore interpretativo (o "ermeneutico") e non realmente conoscitivo. Arrivando così alle posizioni estreme del soggettivismo o meglio, come evidenzia Blasi (2010), dell'“interpretativismo”: il mondo conoscibile si restringe a quello dei significati attribuiti dagli individui.

Comunque, il tentativo di discredito del metodo sperimentale, in nome di presunte “epistemologie”, che sembrano costruite intorno all'esigenza di salvare un sapere pseudo-scientifico, si esprime in molte forme. Una delle più frequenti è forse l'accusa di “scientismo” (Recalcati, 2013). Tale termine, usato in senso dispregiativo, vuole indicare una tendenza a vedere la scienza come l'unica

via per perseguire tutta la conoscenza e descrivere tutta la realtà. Si tratta chiaramente di una visione – distorta in quanto assolutizzata – della conoscenza scientifica, non condivisa da chi si occupa di ricerca. Come ho invece evidenziato all'inizio, l'attività scientifica è originata dal dubbio, dal sospetto o dal riscontro dell'errore. Inoltre, si è anche giustamente argomentato che proprio la razionalità stessa, che è alla base dell'impresa scientifica, a consentire di vederne i limiti.

5. Commenti finali

Dal livello culturale a quello metodologico, dal livello teorico a quello applicativo, numerosi lasciti della fase prescientifica della psicologia clinica e della psicoterapia sono ancora presenti oggi. Non ritengo affatto di averli descritti tutti in questo breve scritto. Ad esempio, come molti commentatori hanno evidenziato, l'immagine della natura umana che emerge come eredità del pensiero freudiano – e che ha imbevuto molta della cultura del novecento – è quella di un essere dominato da forze oscure, che sostanzialmente non conosce né tantomeno può governare, forze che lo inducono a comportarsi in modo infantile, distruttivo ed irrazionale. Inoltre, a proposito dell'efficacia delle psicoterapie, ancora oggi sono diffusi alcuni miti chiaramente consonanti con la suddetta cultura pre-scientifica, miti che ho chiarito in un precedente lavoro cui rimando (Sibilia, 2009) i lettori interessati.

Forse però il lascito più insidioso della fase pre-scientifica è proprio questa esaltazione di qualunque posizione epistemologica che consenta, almeno apparentemente, di mettere in forse il metodo scientifico: a mio avviso ciò non solo ostacola qualunque progresso conoscitivo, ma discredita la base stessa delle conoscenze che ne derivano. Aggiungerò quindi alcune riflessioni su questo punto.

È noto che esistono varie scuole nell'epistemologia: ad esempio, alla scuola empirista si contrappongono la scuola razionalista, la scuola storicista e la scuola pragmatista. Tuttavia ognuna di esse, lungi dal voler esaurire tutta la complessità dell'impresa scientifica (Hjørland, 2005), tende solo ad evidenziarne aspetti particolari come aspetti dominanti. Nessuna scuola epistemologica riesce ad esaurire o fornire una comprensione globale della scienza. Adottare una visione storicista, ad esempio, significa evidenziare il contesto storico-culturale in cui una scienza emerge o si sviluppa, ma non riesce a sopprimere l'aspetto logico-empirico che caratterizza l'attività scientifica.

Ora, nessuno chiede allo psicologo clinico di esplicitare il tipo di teoria della conoscenza cui si riferisce. Infatti, si possono eseguire ottime ricerche senza che si prenda posizione su questioni epistemologiche. Ma se ci poniamo nell'ambito della ricerca logico-empirica, cioè quella tipica delle scienze in generale, l'esplicitazione del tipo di teoria della conoscenza non è un problema neanche in psicologia clinica.

Diventa invece un problema se si vogliono abbracciare posizioni di tipo costruttivista e postmoderno che - in ultima analisi - vedono nella conoscenza scientifica una mera costruzione sociale. Questa infatti è la posizione critica presa da un ampio settore delle scienze sociali e delle discipline letterarie, che negano un contenuto conoscitivo alla scienza empirica, contrapponendosi così alla comunità dei ricercatori in senso lato, in quelle che sono oggi chiamate le “guerre scientifiche”, ormai in corso da quasi venti anni (Gross & Levitt, 1998). Vorrei così concludere, condividendo le riflessioni del filosofo della scienza Dario Antiseri (2002, p. 20):

“Noi - come ha scritto il microbiologo René Dubos - non siamo obbligati a guardare il mondo con gli occhi di Galileo per capirlo e dominarlo; dopotutto, potremmo anche guardarlo con gli occhi di san Francesco o di Lao-Tsé, per contemplarlo. La scienza presuppone, dunque, una scelta etica. Presuppone, come ha argomentato Popper, *la scelta irrazionale della ragione scientifica*. “L'etica non è una scienza. Ma, benché non esista una "base scientifica razionale" dell'etica, c'è una base etica della scienza e del

razionalismo". Questo ha scritto Popper nel capitolo 24 de *La società aperta e i suoi nemici*, intitolato *Filosofia oracolare e rivolta contro la ragione*: "L'atteggiamento razionalistico è caratterizzato dall'importanza che si attribuisce all'argomentazione e all'esperienza. Ma né l'argomentazione logica né l'esperienza possono di per sé dar vita all'atteggiamento razionalistico; infatti, saranno sensibili ad esso soltanto coloro che sono disposti a prendere in considerazione l'argomentazione o l'esperienza e che quindi hanno già adottato questo atteggiamento."

Bibliografia

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., Teasdale J. D. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 87(1), 49-74.
- Antiseri, D. (2002). Le evidenze della EBM: fatti o artefatti? *Kéiron*, 14-31.
- Antiseri, D. (2004) *Ragioni della razionalità, Volume 1*. p. 260. Soveria Mannelli: Rubettino Ed.
- Arduini, M. L. (1996) *Il metodo e le origini nella Grecia Antica*. p. 65. Milano: Jaka Book.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84:191-215.
- Bandura, A. (1978) The Self in Reciprocal Determinism. *American Psychologist*, 33, 4 (344-358).
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1963) *Social Learning and Personality Development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bernard, C. (1927). *An introduction to the study of experimental medicine* (H. C. Greene, Trans.). New York: Macmillan. (Pubblicato originariamente nel 1865) .
- Beck, A.T. (2006). La terapia cognitiva della depressione: riflessioni personali. In C Meyer (a cura di), *Il libro nero della psicoanalisi*, Roma: Fazi Editore.
- Bernays, E. (2008). *Propaganda. Della manipolazione dell'opinione pubblica in democrazia*. Bologna: Fausto Lupetti Editore.
- Beutler, J. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 59(2), Apr 1991, 226-232.
- Blasi, S. (2010) La ricerca qualitativa in psicoterapia. Controversie, applicazioni e "criteri di qualità". *Ricerca in Psicoterapia*, 1(13): 23-60.
- Corbetta P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino,
- Cover, Jones, M. (1924). A Laboratory Study of Fear: The Case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Dollard J. & Miller N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill,
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion In Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation, *J. Cons. Psychol.*, 16:319- 324.
- Eysenck, H.J. (2004). *Decline and Fall of the Freudian Empire*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1971). Personal therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 8(3), 251-253.

- Gross, P.R. & Levitt, N. (1998). *Higher Superstition: The Academic Left and Its Quarrels with Science*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Hjørland, B. (2005) The Epistemological Lifeboat. In: *Epistemology and Philosophy of Science for Information Scientists*, a cura di Hjørland, B. & Nicolaisen, J. http://www.iva.dk/jni/lifeboat_old/Concepts/Epistemology.htm
- Kanfer, F. H. & Karoly, P. (1972). Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*. 3 (3)398-416.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Mahoney, M.J. (1977). Reflections on the Cognitive-Learning Trend in Psychotherapy. *American Psychologist*, January, 5-13.
- Mahoney, M.J. (1993). Introduction to Special Section: Theoretical Developments in the Cognitive Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.61, No. 2,187-193.
- Meichenbaum, D. (1975). *Cognitive Behavior Modification Newsletter*, Number 4. Waterloo, Ontario, CA: Psychology Dept., University of Waterloo.
- Meyer, C. (2006), a cura di. *Il libro nero della psicoanalisi*. Roma: Fazi Ed.
- Migone, P. (2013) La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. In: <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/migone96.htm> (consultato nel maggio 2013).
- Popper, K. (2004). *La società aperta e i suoi nemici*. Roma: Armando Editore.
- Recalcati, M. (2013). Salvate il dottor Freud. *la Repubblica*, 6 giugno.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilddford Press.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs* 80 (609).
- Russo, L. (1996). *La rivoluzione dimenticata. Il pensiero scientifico greco e la scienza moderna*. Milano: Feltrinelli.
- Santarcangelo, D. (2010), in: Dibattito sulla Scientificità della Psicologia Clinica, a cura di Ginanneschi, S. e D'Elia, L., <http://www.osservatoriopsicologia.com/2010/02/22/dallarticolo-di-baker-mcfall-shohan-il-commento-dei-nostri-esperti/>
- Sibilia, L. (2009). Efficacia delle psicoterapie: alcuni miti da sfatare. *Idee in Psicoterapia*, Vol.2 n.3, pp.15-31.
- Sibilia, L. (2010a). Nella formazione dello psicoterapeuta deve essere prevista la terapia personale? No. *Idee in Psicoterapia*, vol.3 n.2: 83-94.
- Sibilia, L. (2010b). in: Commento all'Articolo di Baker, McFall, Shoham, <http://www.osservatoriopsicologia.com/2010/05/22/commento-allarticolo-di-baker-mcfall-shoham-lucio-sibilia/>
- Sibilia, L. (2013). Il sogno come attività programmabile. *Psicologia Contemporanea*. Anno XL, Vol. 238, 34-39.
- Smith, M., & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.

Sulloway, F. J. (2006). Freud, tra criptobiologia e pseudoscienza. In C Meyer (a cura di) *Il libro nero della psicoanalisi*, Roma: Fazi Editore.

Ullmann, L.P. & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Vignoli, F. (2010). *Pensare il modello standard in psicologia clinica*. Napoli: Boopen Editore

Watson, J. B. (1913). *The psychology as the behaviorist views it*. *Psychological Review*, 20,. 158-177.

Watson, J.B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.