

EDITORIALE

Perché una rivista di psicofisiologia clinica?

Per sviluppare un settore specialistico che forse non ha, nel vasto e qualificato panorama della psicologia sperimentale, abbastanza spazio e voce?

Questo non ci sembra un motivo sufficiente perché ci sono già numerose riviste scientifiche specialistiche (del settore sperimentale e clinico), in cui è possibile pubblicare i risultati di indagini di laboratorio ed esperienze cliniche.

Nostro intento è invece di tipo scientifico epistemologico. La finalità è quella di aprire un ampio dibattito che analizzi, attraverso ricerche empirico-sperimentali ed elaborazioni teoriche, i fondamenti delle scienze che studiano l'essere umano.

L'uomo: un oggetto di studio scomposto e frammentato

Per spiegare in che consiste il nostro progetto faremo riferimento al discorso sul metodo di Cartesio. Come è noto il grande filosofo sostiene che il processo di conoscenza si svolge in una fase di analisi ed una di sintesi. L'analisi consiste nella scompo-

sizione dell'oggetto nelle sue componenti costitutive, la sintesi è un processo di ricomposizione cognitiva dell'oggetto stesso. A questo proposito vorremmo far riflettere sul fatto che i tempi necessari per realizzare le due fasi sono estremamente variabili, perché essi dipendono essenzialmente dalla complessità della struttura da esaminare e dalle sue accessibilità.

Ora, per quanto riguarda l'oggetto "uomo", la fase di analisi, tuttora in corso, ha preso l'avvio con lo studio sistematico dell'anatomia, in modo formalmente riconosciuto nel '400. Il termine anatomia (di derivazione greca) indica l'operazione del sezionare, tagliare... scompone per individuare gli elementi costitutivi della complessa struttura corporea. Questo lavoro, realizzato dalle esperte mani del "perito settore", corrisponde esattamente al concetto di analisi del metodo cartesiano. Esso è fondamentale ed insostituibile.

Il lavoro di scomposizione analitica del corpo è proseguito con lo studio della fisiologia, della biochimica e della chimica fisica. Ognuna di queste discipline ha creato delle sottosezioni di analisi, miranti ad acquisire conoscenza della struttura, un livello di profondità sempre maggiore, andando alla radice della sua composizione.

Il discorso sulla fase di analisi del processo di studio dell'oggetto "uomo" non sarebbe completo se non evidenziassimo la presenza, a monte, di un'altra radicale scomposizione, così implicita da perdere la sua evidenza. Ci riferiamo alla geniale operazione che, in rapporto alle esigenze dell'analisi, ha separato il corpo dalla psiche. Si è trattato di un artificio utile ed insostituibile che però, protraendosi nel tempo, ha reso rigidi e quasi invalicabili i confini tra livelli funzionali e dimensioni propri degli umani. Il corpo ha acquisito "usu capione", una logica funzionale autonoma erratamente indipendente dai processi cosiddetti psicologici. C'è da dire che lo studio analitico sistematico delle grandezze psicologiche è iniziato molto dopo, rispetto allo studio dell'oggetto-corpo, ed ha raggiunto il massimo sviluppo nel ventesimo secolo, quando si è applicato anche alla psicologia il metodo della quantificazione galileiana (psicologia sperimentale). Contemporaneamente, come è noto, a cavallo tra la fine dell'800 e l'inizio del '900, in ambito clinico si affinavano le categorie metodologiche per esplorare aspetti della psiche umana considerati "profondi", difficilmente accessibili secondo un'ottica razionale tradizionale, non quantificabili secondo il metodo cosiddetto scientifico. Ci riferiamo, ovviamente, alla psicoanalisi. Anche questa esplorazione ha avuto ed ha tuttora un enorme peso culturale, ed ha influenzato notevolmente il modo di pensare della cultura occidentale.

Però resta il fatto sorprendente della difficoltà di comunicazione tra psicoanalisti e psicologi sperimentali. Chi considerasse il fenomeno dall'esterno si farebbe l'idea che "l'uomo" è composto di dimensioni incoerenti ed inconciliabili, mentre sono i metodi di studio che, confrontati, generano

incoerenza.

Il quadro generale diventa poi caleidoscopico se nell'ambito della psicologia clinica consideriamo le diverse scuole ed orientamenti.

Comunque si ha l'impressione che lo studio scientifico dell'uomo sia ancora nella fase di scomposizione analitica, e contemporaneamente che l'intervento clinico abbia prodotto interessanti categorizzazioni, che, sia pure angolate e parziali, operano una sorta di "sintesi" olistica dell'accadere umano, necessaria per un lavoro mirante al cambiamento. Un motore importante in quest'ultimo contesto è rappresentato dalla patologia di interesse psichiatrico, intorno a cui si sono sviluppati, oltre all'inquadramento nosografico, sempre in via di approfondimento e definizione (vedi per esempio il DSM...), modelli teorici di tipo psicologico (per esempio psicodinamici o cognitivo comportamentali o relazionali, ecc.) o di tipo strettamente organicista.

Se però ci affacciamo di nuovo sul versante della biologia ci accorgiamo che le informazioni raccolte nel tempo, grazie al lungo e laborioso processo di analisi, sono sufficienti per un primo lavoro di sintesi. Che cosa infatti ci suggerisce la biologia? Che le funzioni dei singoli organi si coordinano all'interno di sistemi (per esempio il cuore nel sistema cardiocircolatorio, lo stomaco nel sistema digerente, ecc.), e che i sistemi devono coordinarsi tra loro. Le interconnessioni tra i sistemi sono sempre più evidenti: basti pensare all'interazione tra sistema nervoso centrale e periferico con tutti gli altri sistemi (endocrino, cardiocircolatorio, respiratorio, digerente, ecc.), per comprendere come la funzione di un organo sia generata da numerosi meccanismi esterni all'organo stesso. Inoltre è un

dato ormai acquisito che la stimolazione neurofisiologica di specifiche aree del sistema nervoso centrale elicitano comportamenti integrati, quale per esempio quello rabbia-attacco, o di fuga, o il comportamento sessuale, ecc. Il programma formulato dal sistema nervoso non coinvolge soltanto il sistema muscolare deputato alla produzione di gesti e movimenti (per esempio per l'attacco o la fuga), ma anche presuppone una stretta coordinazione dell'attività vegetativa, ancella insostituibile dell'attività motoria stessa. Per esempio per produrre una certa attività motoria è necessario un determinato apporto di sangue ossigenato, regolato dall'attività circolatoria e respiratoria. Chi non ha esperienza dell'affanno che compare durante una corsa di una persona non allenata? In che consiste l'allenamento? Nel programmare in modo coordinato l'attività motoria e vegetativa (per esempio l'apporto di sangue). Inoltre in ambito biologico una svolta importante è rappresentata dall'etologia che studia il comportamento animale collocandolo nel contesto di specifiche "culture" animali.

Ma il processo di sintesi che cominciamo ad intravedere tra biologia e non, investe i diversi orientamenti psicologici e soprattutto non mette a fuoco il modo dei rapporti mente-corpo.

Limite della ricerca fisiologica

Il fisiologo, come abbiamo detto, resta all'interno del corpo ed ha difficoltà a comprendere che funzioni psicologiche complesse sono funzioni del corpo inteso come struttura psicofisiologica integrata. Senza entrare nei dettagli di specifici processi psicofisiologici, rimarchiamo il fatto che il fisiologo non giudica di sua pertinenza il

fenomeno della "soggettività".

Per il nostro lettore è necessario sottolineare che non bisogna confondere la soggettività dell'osservatore (che ogni sperimentatore deve tendere ad eliminare) con la soggettività intesa come processo psicologico. Quest'ultima è soggettività che diventa "oggetto" di studio. Il fisiologo non deve entrare in merito ai contenuti della soggettività, ma esaminare come essa si realizzi, e quali sono i meccanismi che la generano. La soggettività è l'elaborazione continua dell'esperienza in termini di vissuto, che investe tanto la componente cognitiva (che si riferisce a "come" il soggetto percepisce e pensa) quanto la componente emozionale (che si riferisce a ciò che il soggetto "sente" secondo la dimensione del piacere-dolore). È infatti il soggetto che pensa, sente, percepisce. Questi processi "soggettivi" possono, anzi devono essere studiati nella loro genesi fisiologica.

Inoltre non bisogna confondere i processi fisiologici della soggettività con le differenze individuali. La soggettività è il perno della struttura psichica di ogni individuo, mentre le differenze individuali riguardano la forma di singoli eventi e grandezze psicologiche e somatiche. Per esempio esistono differenze tra gli uomini per quanto riguarda l'altezza, il colore degli occhi, delle reazioni riflesse pupillari, della dipendenza dal campo percettivo, ecc. Quindi tutti gli studi dei processi fisiologici, dopo la fase della scomposizione analitica, devono orientarsi ad operare una sintesi che rende compatibile la soggettività. Per esempio il fisiologo ha il compito di comprendere attraverso quali meccanismi il corpo (oggetto di analisi) diventa "esperienza soggettiva del corpo".

Questi meccanismi della traduzione di eventi fisiologici in processi esperienziali

costituiscono la base dell'esistenza della mente. Essi si riferiscono tanto all'esperienza dell'esserci in generale, che a singole funzioni psichiche. Scherzosamente potremmo dire che il fisiologo che esclude la mente è "demente". Ma anche che gli psicologi, che non colgono le radici fisiologiche dei processi superiori, sono "decorpo".

Qual è la modalità attraverso cui i processi cosiddetti biologici si trasformano in processi cosiddetti mentali? Attraverso una progressiva *integrazione* di livelli funzionali corporei, che dall'attività delle singole cellule elaborano funzioni sempre più complesse. L'attività delle singole cellule si integra con quella dei tessuti, degli organi, dei sistemi, dell'interazione tra i sistemi. Il sistema nervoso integra e coordina tutti i sistemi, ma a sua volta è modulato dall'attività dei sistemi stessi. Senza eventi corporei da elaborare e coordinare, il sistema nervoso non potrebbe produrre alcuna attività. Pertanto nei meccanismi corporei che sono alla base della struttura dell'Io, esiste un'evidente circolarità: il sistema nervoso stimola la periferia del corpo, ma funziona in rapporto alle informazioni prodotte nel corpo dalla sua stessa stimolazione. A questa modalità di funzionamento abbiamo dato il nome di modello copernicano in fisiologia.

La psicofisiologia così concepita non solo non diventa alternativa agli altri approcci psicologici, sperimentali e psicodinamici, ma consente di interagire con tutti gli eventi descritti dalle singole discipline psicologiche (consci, inconsci, strutturali, occasionali), poiché crea una cornice, un luogo di confronto. In tal modo si può non solo dar rilievo a contributi specifici ed insostituibili di una disciplina psicologica, ma anche evidenziare la sostanziale identità di processi psicologici

che si differenzerebbero solo per il contesto narrativo che li descrive. Per la costruzione infatti di un meta-modello è necessario operare un confronto tra sistemi descrittivi e linguistico-concettuali. Tale operazione è possibile solo se c'è un inquadramento di base che sia in grado di spiegare i meccanismi di *sintesi* processuale.

Questo lavoro di unificazione dell'accadere biologico e psicologico descritto da diverse angolazioni si può realizzare però solo attraverso conferme e verifiche sperimentali.

A questo proposito ricordiamo che il metodo sperimentale, introdotto nella nostra cultura nel '500 e '600, è soprattutto un atteggiamento mentale per il quale, in ambito scientifico, la comunicazione passa attraverso esperienze controllate (esperimenti). Gli studiosi parlano tra loro solo di ciò di cui hanno *esperienza!* Ma l'esperienza deve essere controllabile e comunicabile. Perché questo possa avvenire è necessaria una condivisione del metodo di osservazione.

Livelli della ricerca in psicologia clinica

A questo proposito, per collocare correttamente l'osservazione scientifica nel contesto dell'attività clinica, è necessario individuare i diversi livelli di analisi e di intervento propri di questo settore della psicologia. Innanzi tutto ricordiamo che l'attività clinica si realizza e si sviluppa in un contesto di comunicazione interpersonale, che veicola tra i due attori del processo (ad esempio terapeuta e paziente) messaggi di natura cognitiva e di natura emozionale; non solo, questi stessi messaggi possono essere emessi e recepiti consape-

volmente o subliminalmente. Inoltre ogni "messaggio" così complesso evoca a sua volta nell'interlocutore risposte che possono anch'esse investire il piano cognitivo e/o quello emozionale, ed essere consapevoli o inconsapevoli.

L'arte terapeutica, o meglio della comunicazione psicologica, poiché di arte si tratta, si sviluppa in questo contesto.

Nell'ambito della comunicazione interpersonale (per esempio tra terapeuta e paziente) si sviluppano processi descritti dalla letteratura psicodinamica del transfert e controtransfert, importantissimi meccanismi fin troppo noti perché ci si soffermi a descriverli. Ricordiamo soltanto che in essi, secondo l'ipotesi psicodinamica, i processi emozionali, che compaiono nell'ambito della relazione, proiettano sull'interlocutore tematiche inconsce che hanno le loro radici nella storia dell'individuo.

Da questi brevi cenni si comprende la complessità dell'interazione clinico-psicologica, e l'estrema difficoltà ad isolare le singole componenti (le singole variabili), per l'intreccio mal districabile dell'interazione delle componenti dei diversi livelli, ma anche per il ruolo centrale ed insostituibile che ha la soggettività dei due interlocutori! Il lavoro terapeutico è un'arte difficile perché impone al terapeuta di assumere, nello stesso contesto operativo, atteggiamenti mentali, nei confronti della relazione, diversi tra loro che richiedono una grande flessibilità intellettuale ed emozionale. Infatti il terapeuta deve essere ad un tempo *nella* relazione, dando spazio ad una comunicazione empatica, e *fuori* dalla relazione, quasi come un osservatore esterno. Deve essere dentro la relazione ed in posizione "meta" rispetto ad essa. La relazione può suscitare nel terapeuta delle risposte emozionali controtransferali, che a

loro volta devono essere per il terapeuta oggetto di riflessione. In altri termini il terapeuta impara a "conoscere" le dinamiche processuali attraverso l'emozione evocata dalla relazione. Per far questo deve poter assumere una distanza critica nei confronti della relazione medesima. La distanza critica nei confronti delle emozioni e delle forme assunte dalla relazione è *sostenuta* fondamentalmente dagli schemi cognitivi ed interpretativi cui il terapeuta fa riferimento. Ma, ci chiediamo, come si costruiscono gli schemi cognitivi che possano avere una validità ed implicabilità più ampia e generale? In altri termini la lettura che il terapeuta fa dell'esperienza interpersonale attuale è il prodotto di griglie cognitive desunte da un patrimonio di conoscenze scientifiche che egli "porta con sé". Ma come si costruiscono tali griglie?

Da queste brevi note emerge con chiarezza la difficoltà di costruire un corpus scientifico che non solo non escluda, ma valorizzi il ruolo della soggettività propria dell'interazione.

Per rispondere a questa istanza è necessario articolare il processo di conoscenza in psicologia clinica in diversi e ben distinti momenti che devono poi integrarsi in un unico corpus dottrinario.

E' necessario innanzi tutto predisporre un sistema di osservazione che sia esterno alla relazione stessa. In tal modo si potrà osservare la fenomenologia del processo interattivo, e sarà data la possibilità di individuare alcune invarianti comportamentali.

Ma non è assolutamente da sottovalutare ciò che il terapeuta può individuare stando *nella* relazione. Infatti per la comunità scientifica è importantissimo raccogliere *informazioni* che scaturiscono dalla *esperienza* clinica del terapeuta. Questo infatti rappresenta un livello di informazione di

base assolutamente prezioso, anche se il suo rilevamento non esclude l'intrusione della propria soggettività.

L'esperienza clinica costituisce la base per un passo successivo che consiste nell'isolare una o più specifiche variabili che sembrano avere svolto una funzione rilevante nel processo. A questo punto compare il laboratorio, il setting, in cui si cerca di esaminare il peso della singola variabile in modo "controllato". L'esperienza clinica consente di mettere a fuoco un passaggio del processo che diventa "ipotesi di ricerca" da verificare sperimentalmente. Tale verifica è molto più pregnante se si sottopone il processo ad una misurazione non solo qualitativa ma anche quantitativa. Ricordiamo che il concetto di *quantità* è molto ampio e soprattutto molto articolato, ed ha stretti rapporti con la qualità. Talvolta un fenomeno qualitativamente individuato può presentarsi con frequenza e durata variabili, ed ecco che già attraverso questo rilievo si iscrive il processo qualitativo in un contesto di valutazione quantitativa. Ma dobbiamo rilevare anche che non esiste una qualità che non abbia come implicita una quantità. Usiamo come esempio emblematico il seguente dialogo in cui la madre chiede al bambino: "Mi vuoi bene?". Il bambino risponde: "Sì". La madre insiste: "Quanto?". Il bambino allarga le braccia ed indica una misura, e dice: "Tanto così". Che cosa ha fatto in questo caso il bambino? Con le sue braccia ha cercato di definire la quantità dell'amore espressa come misura spaziale implicita nella qualità. Quanto amore? Poco, molto, medio? Ogni qualità si autodefinisce per un'implicita quantità. Il bambino del nostro esempio, cercando di dare una misura in termini spaziali dell'amore, ha messo in atto il *meccanismo base della ricerca scientifica*

che è quello della trasduzione. La trasduzione è quel processo che trasforma un universo di segnali in un altro. Per esempio a tutti è noto l'elettrocardiogramma. Qui l'attività elettrica del cuore, in virtù di un sistema di trasduzione, viene *trascritta* su carta. La trasduzione grafica del segnale bioelettrico del cuore non solo rende osservabile l'evento segnale (anche amplificandolo), ma ne consente un'analisi che, effettuata su materiale stabilmente registrato, può individuarne componenti morfologiche (qualitative), esaminarne aspetti quantitativi (es. ampiezza delle onde, ecc.), indipendenti dalla soggettività dell'osservatore.

Si comprende dunque come il tema centrale della ricerca scientifica consista nella costruzione di una griglia e di un sistema di osservazione. Se dunque vogliamo collocare l'attività psicologico-clinica in questo ambito operativo, emergono immediatamente le difficoltà legate alla materia stessa, quali l'intreccio delle variabili, il ruolo della soggettività, ecc., al punto da far proclamare agli operatori l'impossibilità dell'applicazione del metodo scientifico. Ed è proprio a questo punto che deve emergere la creatività del ricercatore, non solo nell'individuare momenti significativi di un processo, ma anche nella costruzione di strumenti concettuali e pratici che siano "validi" ed "affidabili" per la loro misurazione. Uno strumento è valido se misura *realmente* ciò che si intende misurare. Questa è la scommessa scientifica dello psicologo clinico. Se la vincerà, avrà realmente contribuito a costruire un sistema di conoscenze relativamente stabile, che l'operatore "porterà con sé" nella pratica clinica che resta, in ultima analisi, pur sempre un'arte.

Il quadro però non sarebbe esauriente se

non accennassimo ad un altro sostanziale problema della ricerca, che è per così dire amplificato nella psicologia clinica. Ci riferiamo a quel fenomeno individuato per primo dai fisici, noto come principio di indeterminazione, secondo cui l'operazione che misura un evento lo modifica nell'atto stesso di misurarlo. Questa consapevolezza, da cui per altro siamo partiti, ha introdotto in ambito psicologico-clinico il modulo di ricerca partecipata, in cui l'operatore è insieme osservatore ed attore del

processo.

Ma secondo noi questo è solo *uno* dei livelli di operatività degli approcci da impiegare, che concorre con gli altri alla costruzione delle conoscenze in questo settore.

Allora, perché una rivista di Psicofisiologia clinica? Per sviluppare nel *dialogo* scientifico, attraverso la narrazione di esperienze cliniche e di laboratorio, un *meta-modello* che integri armonicamente tutti i livelli, biologico, psicologico e sociale, dell'essere umano.