

Counseling – epistemologia

ABSTRACT

Counseling – Epistemology

Starting from a comparison with the epistemological paradigm elaborated from “the thought of complexity”, the author develops a reflection on the common epistemological statute regarding those interventions created within a relationship and going beyond the peculiarities that characterize each field. In particular, this author emphasizes the fact that the most recent developments in science have demonstrated that a single scientific method does not exist, but that there are various methods of research. This makes it legitimate for the so-called clinical sciences to consider events in their irreducible uniqueness without adopting objective methods nor adhering to models of quantitative explanations.

Tutti gli interventi di cui si cercherà di definire gli ambiti e i limiti sono interventi che si costruiscono nella relazione. Prima di individuare ciò che distingue un intervento di tipo psichiatrico-neurologico da uno psicoterapeutico, o un colloquio psicologico da un intervento di counseling, appare indispensabile una riflessione sul comune statuto epistemologico di questi interventi di tipo clinico-relazionale.

Troppo spesso le scienze cliniche, ossessionate dal bisogno di dimostrare la loro scientificità e quindi la loro affidabilità, si sono sforzate di aderire al modello epistemologico delle cosiddette scienze dure e hanno cercato di eliminare ogni riferimento alla storia, alla singolarità, alla narrazione e al concreto contesto in cui l'individuo è inserito.

Oggi sembra essere fortunatamente caduto il convincimento che esiste un metodo scientifico unico e che tutte le discipline che ambiscono a definirsi scientifiche devono conformarsi a tale metodo. I più recenti sviluppi delle scienze dimostrano in modo chiaro che esiste una pluralità di metodi di ricerca e ciò rende pienamente legittimo che le scienze cliniche considerino gli eventi singolari nella loro irriducibile specificità, senza adottare metodiche oggettivanti, né aderire a modelli di spiegazione di

tipo quantitativo. Molteplici sono infatti i motivi che sconsigliano alle scienze cliniche di strutturarsi, da un punto di vista epistemologico, secondo il modello delle scienze della natura, ma tutti conseguono dalla specificità di quello che è il loro oggetto di studio e cioè l'essere umano.

Concepire l'uomo secondo le metodiche delle scienze naturali comporta una sua riduzione a mero fenomeno della natura, ma ciò vuol dire negare la sua irriducibile peculiarità di ente che si caratterizza per la sua possibilità di progettarsi nel mondo.

“L'uomo non è una cosa del mondo, ma colui per il quale si dischiude un mondo. Se la psicologia trascura questo dato...fallisce il suo scopo perché trascura quel tratto specificamente umano che è “l'essere- nel- mondo (In-der-Welt-sein)” secondo una modalità che alle cose non compete.” (1)

Per conoscere l'ente che ha questa peculiare relazione con il mondo non è possibile utilizzare un modello di conoscenza che elimina tutto quello che ha a che fare con la soggettività. Non è possibile porsi in una posizione di osservatore neutrale e distaccato che sta ben attento a non lasciarsi coinvolgere per non perdere la sua imparzialità. È viceversa necessario correre il rischio di lasciarsi coinvolgere dalla relazione, poiché la comprensione dell'altro è possibile solo a partire dai vissuti che nascono dal rapporto con l'altro.

Da ciò derivano le conseguenze che differenziano qualitativamente il modello epistemologico delle scienze cliniche dal modello delle scienze dure.

In primo luogo, appare ben chiaro come la conoscenza dell'altro, nascendo dalla relazione, si radichi inevitabilmente nel mondo dell'affettività. Il lavoro del terapeuta non può dunque essere pensato come un lavoro teorico puro, ma come una elaborazione di concetti e di conoscenze che nascono dalle emozioni vissute nella relazione.

In secondo luogo, il terapeuta, così come lo storico, non può dimenticare l'ammonimento di Gadamer, che richiama alla consapevolezza della storicità e della parzialità del proprio conoscere e deve rinunciare alla pretesa di definire la verità dell'altro in modo oggettivo e imparziale.

Ogni terapeuta deve dunque essere ben consapevole di non poter scoprire la verità nei suoi pazienti, ma di potere solo offrire delle

interpretazioni determinate e parziali che però consentono di arricchire di senso e di significato le storie che i pazienti gli portano.

La consapevolezza dell'impossibilità di rinchiudere il lavoro di conoscenza del clinico nelle strette maglie del modello epistemologico della scienza tradizionale non può però portare a "confinare la clinica e la psicoterapia nell'ambito dell'"artisticità" deprofessionalizzata, nel migliore dei casi, e, nel peggiore, in quello dell'improvvisazione manipolativa."(2)

Occorre dunque una riflessione che consenta di definire la situazione clinica in modo da aderire ad un modello di scientificità del qualificativo.

Interrogarsi sullo statuto scientifico della ricerca psicologica e di quella clinico-terapeutica comporta chiedersi quali verità può mettere in luce l'indagine clinica, qual è il ruolo dello psichiatra, dello psicologo e del counselor nei confronti del loro oggetto di conoscenza e di intervento e ancora quali principi guidano le loro osservazioni e la loro pratica.

Tutte queste domande obbligano a trovare un modello epistemologico che tenga conto delle peculiarità qualitative dell'intervento clinico e che permetta un approccio scientificamente rigoroso ma non riduzionistico, né reificante.

A tal fine risulta assai fecondo un confronto con quel paradigma della complessità che ha costituito un punto di svolta nell'epistemologia contemporanea.

Il paradigma della complessità opera una revisione critica dei criteri della scientificità classica e "ci richiede di pensare senza mai chiudere i concetti, di spezzare le sfere chiuse, di ristabilire le articolazioni fra ciò che è disgiunto, di sforzarci di comprendere la multidimensionalità, di pensare con la singolarità, con la località, con la temporalità, di non dimenticare mai le totalità integratrici." (3)

La complessità è una categoria ambivalente che da un lato colpisce al cuore l'onnipotenza di una conoscenza che era partita trionfalmente verso la conquista della certezza assoluta, reintroducendo l'incertezza, dall'altro apre la strada verso un pensiero multidimensionale che rinuncia a rinchiudere il reale in una struttura teorica o ideologica prestabilita. Come scrive E. Morin "per lungo tempo molti hanno creduto ... che la carenza delle scienze umane e sociali stesse nella loro incapacità di liberarsi dall'ap-

parente complessità dei fenomeni umani, per elevarsi alla dignità delle scienze naturali, scienze che stabilivano leggi semplici, principi semplici, e facevano regnare l'ordine del determinismo. Oggi vediamo che le scienze biologiche e fisiche sono caratterizzate da una crisi della spiegazione semplice, e di conseguenza quelli che sembravano essere i residui non scientifici delle scienze umane – l'incertezza, il disordine, la contraddizione, la pluralità, la complicazione ecc – fanno oggi parte della problematica di fondo della conoscenza scientifica." (4)

L'attenzione della scienza per ciò che è generale e rigorosamente prevedibile lascia il passo all'attenzione verso ciò che è individuale irripetibile e contingente.

"Gli aspetti individuali, idiosincratici, storici in senso ampio, le precondizioni inerenti a ogni punto di vista, i pre-giudizi non appaiono come zavorra, come ostacoli da neutralizzare in vista di una progressiva purificazione dell'attività intellettuale... Questi aspetti, queste precondizioni, queste limitazioni risultano le vere e irriducibili matrici costruttive della conoscenza, di ogni cambiamento e di ogni dialogo intersoggettivo." (5)

Il paradigma della complessità mette quindi in discussione le pretese egemoniche di quel pensiero, secondo cui esiste un unico metodo scientifico e apre ad un pluralismo metodologico che può risultare particolarmente fecondo per le scienze cliniche. La riflessione epistemologica svolta all'interno delle coordinate definite dal paradigma della complessità porta a conclusioni che appaiono utili per definire modalità e limiti dell'intervento clinico-relazionale.

Ceruti e Lo Verso individuano a tale proposito alcuni temi che caratterizzano tale intervento e che è indispensabile tenere in considerazione. (6)

1) Non vi è alcuna possibilità di stabilire una verità oggettiva e perciò neutrale riguardo alla terapia. Ciò vuol dire che esistono verità umane condivise, non perché oggettive, ma perché condivise in modo intersoggettivo da coloro che operano in un determinato contesto.

2) Colui che interviene nella relazione per comprendere ciò che gli porta il paziente deve tenersi lontano dalla genericità diagnostica che ha contraddistinto l'intervento della psichiatria classica, per prestare un'attenzione fenomenologica ai vissuti del paziente, agli

episodi della sua vita, ai dettagli del contesto e all'analisi puntuale del processo della conversazione terapeutica.

3) L'intervento terapeutico trasformativo non può essere compiuto da un terapeuta che, in quanto esperto, si arroga il potere di stabilire ciò che è buono e sano per l'altro, ma deve viceversa essere condiviso, adattivo e coerente con la struttura di personalità del paziente, con le sue concrete possibilità e la sua autobiografia.

4) Coerentemente con quanto affermato sopra, l'intervento deve sempre darsi come obiettivo di aumentare le possibilità di scelta esistenziale del paziente. "Nella valutazione dei processi psicoterapeutici sarebbe utile valutare come alcuni interventi riducano le possibilità di scelta del paziente, mentre altri riescono ad ampliare in maniera creativa le possibilità praticabili. Il consentire via via l'aumento delle possibilità di essere e di vivere del paziente è un obiettivo clinico-etico della psicoterapia." (7)

5) Appare saggio adottare il criterio del minimo intervento che discende eticamente dal rispetto che il terapeuta deve avere nei confronti degli equilibri del paziente che può proporsi di modificare solo in modo lieve, "consapevole che quegli equilibri sono tutto quello che il paziente ha, e pertanto non può essere demolito con leggerezza, in breve tempo e senza una condivisione profonda della responsabilità del processo di cambiamento." (8)

6) Il terapeuta deve rinunciare a considerare vero solo il proprio punto di vista ed aprirsi alla capacità di riconoscere il punto di vista dell'altro, in quanto l'attribuzione di un'autonomia al paziente consiste nella capacità di riconoscere l'esistenza del suo punto di vista.

7) Il criterio di verità nell'intervento clinico relazionale non può quindi che essere plurale, contestuale e legato ad una molteplicità di vertici di osservazione. Da qui la necessità che il terapeuta e il counselor non lavorino da soli ma abbiano un confronto continuo con i loro colleghi e utilizzino gli strumenti della supervisione e del gruppo per confrontare e verificare le proprie ipotesi interpretative.

8) I risultati di un intervento clinico non possono essere valutati a partire da un astratto modello teorico di adattamento ma solo ed esclusivamente su quanto il paziente stesso mostra nel rapporto con il terapeuta.

9) Il setting, nella sua concretezza, si rivela come il luogo operativo ma anche mentale del lavoro, e quindi come il concreto raccordo tra epistemologia e psicoterapia.

Guido Bonomi

NOTE

- 1) Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1979, pag.196
- 2) Di Maria F.-Giannone F., "Epistemologia e scientificità del quantitativo" in *Epistemologia e psicoterapia* a cura di Ceruti M. - Lo Verso G., Milano, Cortina, 1998, pag.45
- 3) Morin E., "Le vie della complessità" in *La sfida della complessità* a cura di Bocchi G.- Ceruti M., Milano, Feltrinelli, 1985, pag.59
- 4) Morin E., cit., pag.49
- 5) Ceruti M., "La Hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità" in *La sfida della complessità*, cit., pag.34
- 6) Ceruti M.-Lo Verso G., "Sfida della complessità e psicoterapia" in *Epistemologia e psicoterapia*, cit., pag.24-28
- 7) Ibid., pag.25
- 8) Ibid., pag.25