

Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica di Renzo Carli* e Rosa Maria Paniccia**

PARTE PRIMA – LA FUNZIONE CLINICA IN PSICOLOGIA

Introduzione

La redazione di “Architectural Digest” rivolge alcune domande ai designer più conosciuti d’Europa.

Axel Vervoort risponde così:

“Quando inizio a lavorare con un nuovo cliente, il mio primo problema è di conoscerlo meglio: lo invito al Kanaal, il nostro showroom in Antwerp, e lo conduco al mio castello dove pranziamo assieme. Chiedo al nuovo cliente un sacco di cose: cosa gli piace e non gli piace, come vive, quanti figli ha. Quando il cliente mi chiede di ristrutturare la sua casa, è per me importante che, alla fine dei lavori, si senta a casa sua. Tramite gli oggetti d’arte, il mio obiettivo è quello di usare la ristrutturazione della casa per fare un ritratto del cliente. Desidero che il mio cliente scopra se stesso. Usualmente divento grande amico dei miei clienti. I miei clienti hanno bisogno di amare l’arte o di essere introdotti all’arte. Gli oggetti con un valore artistico, preminente su quello d’uso, sono molto importanti nel mio lavoro di ristrutturazione degli interni”¹

Axel Vervoordt è un antiquario belga, arreda le case di selezionati clienti con un gusto tra i più ricercati d’Europa; è anche l’organizzatore, o meglio l’autore di mostre interessanti e di raffinata eleganza. Al momento in cui scriviamo è attiva, nel veneziano palazzo Fortuny, una mostra dal titolo: IN – FINITUM (giugno - novembre 2009). Fa parte di una trilogia espositiva iniziata nel 2007 con “Artetempo: Where time becomes art”, Venezia 2007; continuata con: “Academia: Qui es-tu?”, Paris 2008.

Una mostra complessa e interessante, In – finitum, ove la nozione di non – finito nel senso di incompiuto, nel campo dell’arte, si confonde con quella più inquietante di *infinito*; proponendoci, nel corso della nostra visita a Campo San Beneto, rimandi all’inconscio e alla teorizzazione di Matte Blanco.

Vervoordt, tornando all’intervista citata, fa una sorta di analisi della domanda ai suoi clienti. Li invita nel suo interessante spazio espositivo (Kanaal) e nel suo castello, nelle vicinanze di Antwerp; pranza con loro e vuole sapere tutto della loro famiglia, della loro vita, dei loro gusti, di come intendono abitare la casa che lui riorganizzerà quale designer d’interni, per “fare loro un ritratto” attraverso la riorganizzazione della casa; il suo intento è quello di facilitare nei clienti una “riscoperta di loro stessi”. Ricordiamo Axel Vervoordt, sobriamente elegante, percorrere i grandi saloni di Palazzo Fortuny (anch’essi non – finiti e rievocanti l’infinito) con alcuni clienti statunitensi; lo rivediamo presentare ai suoi amici - clienti le varie sezioni della mostra, soffermarsi a lungo davanti a “*Concetto Spaziale*” (No. 59 T 148) di

* Professore ordinario, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma “Sapienza

** Professore associato, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma “Sapienza

¹ “When I begin with a new client, I always Like to know them better. I invite them to the Kanaal, our complex in Antwerp, and to our castle, and then we’ll have lunch. I ask them a lot of questions about what they like and don’t like, how they live, how many children they have. When clients ask me to design their home, it’s important that they feel completely at home when it’s finished. Through art and objects, I want to make their portrait in their home. I want our clients to discover themselves. Normally, we become great friends with our clients. They need to love art, or they need to want to love art or be introduced to art. The artwork is very important in my interiors.” (Vervoordt, 2008) .

Lucio Fontana, ammirare una testa “egiziana” (*Isabel - l’Egyptienne*) di Alberto Giacometti, o assistere al dittico video “*Bodies of Light*” di Bill Viola.

Cambiamo ora scenario e pensiamo a una persona che si accorge dei seguenti sintomi: tosse forte e secca, dolori acuti al torace, febbre accompagnata da brividi, difficoltà nella respirazione, espettorazione color ruggine per la presenza di sangue o pus. In questi casi è “obbligatorio” rivolgersi a un medico, che con ogni probabilità farà diagnosi di polmonite; diagnosi che verrà formulata dopo aver eseguito l’esame obiettivo del paziente e dopo aver avuto l’esito degli esami di laboratorio, prontamente richiesti.

Si tratta di due situazioni molto diverse tra loro: una persona si rivolge a un noto designer d’interni per la riorganizzazione della propria casa; una persona che soffre di sintomi preoccupanti, si rivolge a un medico per avere diagnosi, prognosi e terapia adeguate alla propria situazione clinica. Ci si potrebbe chiedere quale sia la relazione tra le due situazioni, che chiameremo “*strategia del problema*” e “*strategia della malattia*”. Ci si può anche chiedere quale delle due situazioni assomigli di più all’intervento clinico in psicologia. Ricordiamo che, per molti psicologi, il riferimento al “modello medico”, inteso quale relazione con la domanda “obbligata” del paziente, sembra il più ovvio e desiderato. Proponiamo, di contro, un intervento psicologico clinico più vicino alla “strategia del problema” che alla “strategia della malattia”.

Vediamone i motivi.

Le due strategie

Esaminiamo innanzitutto su cosa si fonda la “strategia della malattia”. Non si tratta, come spesso si pensa a proposito del medico, di una cura della sofferenza. Il medico non si occupa della sofferenza, bensì di forme patogene e di quadri nosografici che può curare grazie al fatto che la descrizione della malattia è il prodotto di quella ricerca scientifica che organizza anche diagnosi e terapia. La polmonite non è un “pezzo di realtà” (Salvatore, 2006) ma un “modello”, derivante da definizioni scientificamente fondate, che costruisce l’oggetto disciplinare dell’intervento medico.

Pensare che un disturbo sessuale o un disturbo da attacchi di panico sia comparabile con la polmonite e affrontabile con la “strategia della malattia” è un grave errore nel quale, purtroppo, si incorre sovente entro la prassi psicologico clinica.

Ricordiamo quanto dice Sergio Salvatore (2006) in proposito: la psicologia tende ad utilizzare le categorie psicologiche in maniera reificata; tende cioè a trattare “i concetti psicologici non come costrutti che costruiscono in termini modellistici gli oggetti disciplinari, ma come pezzi/stati/qualità del mondo” (p. 122). Un secondo aspetto riguarda la definizione degli oggetti della psicologia: secondo Salvatore, entro la psicologia si utilizzano le categorie psicologiche in modo reificato; la psicologia è portata a selezionare come oggetti di interesse disciplinare (sia in termini teorici che di pratica professionale) fenomeni assunti direttamente dalla realtà. “Questa tendenza è, in ultima istanza, il derivato di una impostazione epistemologica di matrice neopositivista, che concepisce le categorie del linguaggio scientifico come il precipitato di un processo controllato di organizzazione sistematica dei dati dell’esperienza” (p. 123). Più specificamente, la psicologia (nel suo proporsi quale professione atta ad affrontare definite problematiche) rischia di incorrere negli stessi gravi problemi che la psichiatria incontra nei confronti della medicina: la definizione di polmonite si fonda su radici eziologiche specifiche (infiammazione dell’apparato respiratorio o di una sua parte, i polmoni, causata da uno specifico agente batterico, virale o di altra natura) e deve essere considerata entro la patogenesi, vale a dire la risposta dell’organismo di quel particolare paziente all’azione infiammatoria dell’agente patogeno. La psichiatria non è fondata su basi eziopatogenetiche e non lo è, di certo,

nemmeno la psicologia quando pretende di appoggiarsi alla psichiatria nella definizione dei problemi che intende affrontare e risolvere con la propria azione professionale.

Se non si coglie la differenza tra il *racconto* di un attacco di panico e la *diagnosi* di polmonite è difficile dare uno statuto scientifico all'intervento psicologico clinico.

Abbiamo detto che la polmonite si presenta con alcuni "sintomi" (tosse, rialzo febbrile, difficoltà di respirazione ecc.) ma anche che la diagnosi di polmonite si fonda non solo sui sintomi, quanto anche sui "segni" e sulle "prove" che dimostrano l'infezione batterica o virale in atto. In altri termini, i sintomi sono il pretesto per la domanda del paziente al medico, una sorta di campanello d'allarme che consente poi l'intervento medico nelle sue componenti di diagnosi, prognosi e terapia.

Guardiamo ora a come si presenta, nel DSM IV, l'Attacco di Panico; quell'attacco di panico che, ricorrente e inaspettato, seguito dalla paura di avere un altro attacco, consente la "diagnosi" di Disturbo di Panico.

Ebbene, un Attacco di Panico è così definito:

Un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente e hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o a grandi scosse
4. Dispnea o sensazione di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazione di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento
9. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
10. Paura di perdere il controllo o di impazzire
11. Paura di morire
12. Parestesie (sensazione di torpore o di formicolio)
13. Brividi o vampate di calore

Guardiamo ora al Disturbo di Panico (D. di P.).

Gli individui con D. di P. spesso temono che gli attacchi siano il segnale di una malattia non diagnosticata, pericolosa per la vita. Altri temono che gli attacchi siano il segnale che stanno "impazzendo" o perdendo il controllo. In sintesi, hanno paura di morire. Qui il problema si fa interessante: si può aver paura di morire all'interno e in conseguenza dell'attacco di panico; si può avere l'attacco di panico perché si ha paura di morire. In quest'ultimo caso, la paura di morire ha spesso un suo fondamento nella realtà clinica della persona. C'è spesso confusione a questo proposito.

Al lettore non sfuggirà la "somiglianza" tra i sintomi della polmonite e quelli dell'Attacco di Panico. Questi ultimi, a ben vedere, sembrano anche più dettagliati nella loro descrizione. La differenza, peraltro, sta nell'individuazione della causa dei sintomi: per la polmonite i sintomi sono ben comprensibili in base alla forma infiammatoria del parenchima polmonare, conseguente all'azione del batterio o del virus; nel caso dell'Attacco di Panico, la causa rimane individualmente sconosciuta: si tratta di una serie di "vissuti", descritti proponendo una confusione tra dimensioni specificamente soggettive (ad esempio: paura di ...; sensazione di ...) e una pretesa oggettività (ad esempio: dolore, tremori, dispnea, nausea, sudorazione, brividi) cui si allude grazie all'uso ambiguo del linguaggio. Una motivazione dell'Attacco di Panico, a nostro modo di vedere, si può comprendere solo all'interno della relazione tra chi parla del disturbo e la persona a cui quest'ultimo si rivolge. La polmonite è una malattia che va curata dal medico dopo una diagnosi corretta; l'attacco di panico è un

“pretesto” per poter comunicare con qualcuno, chiedere aiuto; parlare, fondamentale, della propria angoscia di morte a una persona disposta ad ascoltarti. Con la diagnosi di polmonite, il medico sa come intervenire e da quando dispone degli antibiotici la polmonite non è più una malattia ad esito infausto *quoad vitam*. Con la “diagnosi” di Disturbo di Panico si ottiene solo la possibilità di confrontare i problemi delle persone che si rivolgono a uno specifico psichiatra, psicoterapista o psicologo clinico con quelli di altri colleghi. Confrontabilità, peraltro, pagata con la perdita dello spessore simbolico e emozionale della relazione di domanda.

Ma torniamo alle nostre due strategie.

Nella strategia della malattia il problema è:

- a - oggettivabile in quanto biologico
- b - conoscibile tramite specifiche procedure e specifici modelli
- c - generato soggettivamente da un malessere sintomatico
- d - definito scientificamente tramite costrutti precisi e condivisi (infezione del parenchima polmonare) che ne tracciano i confini diagnostici, prognostici e terapeutici
- e - trattabile tramite una terapia eziopatogenetica
- f - i cui esiti sono verificabili soggettivamente, ma soprattutto tramite segni e prove
- g - per chi “sta male” c’è l’obbligo alla cura, realizzata da un professionista competente e legittimato all’atto medico

Nella “strategia del problema”, restando nel nostro esempio concernente Vervoort, c’è una persona che desidera affidarsi ad un esperto, competente nella riorganizzazione dell’interno abitativo, per cambiare la disposizione degli spazi e degli arredi della propria casa. Il problema non è obiettivabile, nasce entro la soggettività di persone o gruppi sociali e non è per nulla istituito che ci si debba rivolgere a un esperto per la sua soluzione. Una persona che sente il bisogno di ristrutturare la propria casa può rivolgersi a un architetto d’interni, andare da Ikea o lasciare tutto come sta. Una madre che teme d’essere troppo autoritaria con il figlio adolescente può parlare con uno psicologo clinico, confidarsi con un’amica o pregare il santo patrono perché la illumini nel suo comportamento. Una persona con sintomi di panico può rivolgersi a un medico per un sedativo, parlarne con uno psicologo o fare un viaggio di vacanza per dimenticare i propri affanni. I problemi per i quali ci si può rivolgere allo psicologo clinico, non hanno alcuna codificazione atta a rendere obbligatorio o comunque consigliato il ricorso a tale professionista. Come nel caso dell’architetto d’interni. Sta al consulente proporsi con competenza e prestigio tali da motivare le persone o i gruppi sociali a chiedere una prestazione competente. Axel Vervoort può essere un esempio eloquente di questa affermazione di prestigio e competenza.

E’ la domanda che ha il potere di *istituire la relazione* tra chi pone la domanda e consulente. La domanda è fondata sulla conoscenza, da parte di chi ha uno specifico problema, di una competenza atta a realizzare ciò che si desidera, nella consapevolezza di non poter dare da soli una soluzione al problema stesso. Quindi, nella strategia del problema c’è rispondenza biunivoca tra aspettativa (del cliente) e capacità (del consulente).

Nella strategia del problema, quindi, la problematica per cui ci si rivolge allo psicologo è:

- a - soggettiva
- b - insorge all’interno della relazione (familiare, lavorativa o sociale più in generale)
- c - viene riprodotta, simbolicamente, nella relazione di domanda allo psicologo
- d - viene trattata tramite la relazione
- e - l’esito dell’intervento è “metodologico” e comporta una riorganizzazione della simbolizzazione emozionale entro le relazioni
- f - non c’è alcun obbligo ad affrontare la problematica rivolgendosi a uno psicologo. La domanda allo psicologo dipende solo dal prestigio e dalla competenza dello stesso

psicologo, come dalla conoscenza sociale della possibile relazione tra problema e competenza.

Una proposta di definizione dell'intervento psicologico clinico

L'intervento psicologico clinico ha come obiettivo l'istituire un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione, altrimenti agite entro la relazione sociale in tutte le sue declinazioni: organizzative, familiari, istituzionali, sociali in senso lato.

In questa definizione, la prassi psicologico clinica viene sintetizzata entro la funzione di promozione, facilitazione di un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione: obiettivo dello psicologo clinico, nella sua relazione professionale, è quello di operare al fine di una sostituzione delle emozioni agite con le emozioni pensate. Sia all'interno della relazione di intervento che, per quanto concerne chi pone la domanda d'intervento, anche entro il contesto di vita relazionale e di esperienza sociale.

Stiamo parlando dell'obiettivo dell'intervento, ma anche della metodologia che consente il perseguimento di tale obiettivo.

Pensare emozioni: con questa definizione, è utile sottolinearlo, non si definisce un "problema" comprensibile e capace di motivare una domanda nei confronti dello psicologo clinico. Quando, per caratterizzare l'intervento psicologico, si parte da una definizione del processo, pensare emozioni appunto, si incontrano enormi difficoltà. Si deve, infatti, superare non solo la diffidenza per una professione nuova e poco conosciuta, ma anche lo scetticismo nei confronti di "problemi", come quello dell'*agito emozionale non pensato* che non sembrano rappresentare, di fatto, problematiche vissute come difficoltà motivanti il ricorso allo psicologo: nel caso dell'individuo come anche della relazione sociale. L'*agito emozionale* non sembra rappresentare, in sé, un problema per le singole persone o per le strutture sociali; può divenire un problema solo entro specifiche situazioni relazionali. Raramente la domanda rivolta allo psicologo clinico si fonda sulla consapevolezza di una problematica fondata sull'*agito emozionale non pensato*.

Lo psicologo, quindi, può faticosamente analizzare la componente emozionale agita entro le differenti problematiche con le quali ci si rivolge a lui: *difficoltà* esistenziali, relazionali, produttive, educative, di potere, di efficienza; *insoddisfazione* circa la propria esistenza, le proprie relazioni affettive, la propria vita sessuale, la realizzazione dei propri progetti, delle aspirazioni, dei sogni. C'è, d'altro canto, anche il problema del come lo psicologo possa qualificare la propria competenza, al fine di indirizzare una possibile utenza alla professione psicologico clinica. La reificazione dei problemi, della quale parla Salvatore, ha quindi una giustificazione nella fretta di fondare uno spazio di lavoro per lo psicologo. Quando si parla, per lo psicologo clinico, di competenza a trattare i "problemi sessuali" o i "disturbi sessuali", gli Attacchi di Panico o i D. di P., i problemi nella relazione di coppia, i disturbi depressivi ... si persegue, appunto, una strada fondata sulla reificazione di un aspetto della realtà universalmente conosciuto, attribuendo nel contempo allo psicologo una qualche competenza nella soluzione del problema stesso. Questa rincorsa alla definizione di un'area problematica entro la quale perseguire la propria immagine competente, d'altro canto, contribuisce non poco alla confusione di immagine dello psicologo clinico e alla sua scarsa credibilità.

Facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione: è questa la competenza che fonda la funzione professionale dello psicologo clinico; è su questa strada, a nostro modo di vedere, che va perseguita la definizione della professione.

La relazione a fondamento del pensare emozioni

La psicologia clinica, nell'accezione che abbiamo assegnato al termine, è una prassi che ha la relazione quale obiettivo, strumento e oggetto di verifica. E' questo il focus che definisce la teoria della tecnica da noi chiamata "analisi della domanda". La prassi psicologico clinica si declina entro la relazione tra chi pone una domanda d'intervento e propone un problema che motiva alla domanda stessa, e lo psicologo interpellato. L'analisi della domanda implica tre elementi fondanti:

a – il problema posto allo psicologo origina entro una dinamica che abbiamo chiamato "fallimento della collusione"²; tale dinamica si situa entro le relazioni contestuali di chi pone la domanda

b – il problema relazionale viene "riprodotto" entro la relazione simbolica tra chi pone la domanda e lo psicologo

c – l'analisi di tale riproduzione simbolica, consente di elaborare un pensiero sulle emozioni vissute nel "qui e ora" della relazione di domanda e, anche, sulle emozioni caratterizzanti il "là e allora" della relazione contestuale. Ciò consente un riassetto emozionale nei confronti degli eventi che sono esitati nel "fallimento della collusione" e quindi nella problematica che motiva la domanda

In questa ipotesi, che il lettore troverà approfonditamente trattata altrove³, il lavoro dello psicologo clinico può essere riassunto entro la seguente definizione: "Facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione tra chi pone la domanda e psicologo". Questa facilitazione concerne un pensiero sulle emozioni vissute, entro la relazione clinica, dallo psicologo e da chi pone la domanda.

Il lavoro clinico ha come oggetto la competenza a "pensare emozioni": trasformare le emozioni, vissute entro la relazione clinica, in un pensiero capace di orientare l'azione e di porre l'azione stessa al posto dell'agito che non prevede un contenimento delle emozioni, trasformandole in reazioni immediate, senza la mediazione del pensiero. Sappiamo che le emozioni relazionali, se pensate, si organizzano in fantasie emozionate e pensabili; se agite, perdono ogni pensabilità e innescano circuiti problematici per la re – azione evocata nell'altro.

L'obiettivo del lavoro psicologico clinico (facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione di domanda) può sembrare da un lato riduttivo, dall'altro ripetitivo. Non è così, se si pensa alle necessarie *specificazioni* che questa definizione comporta.

Specificazioni che concernono la relazione, non il problema individuale di chi pone la domanda.

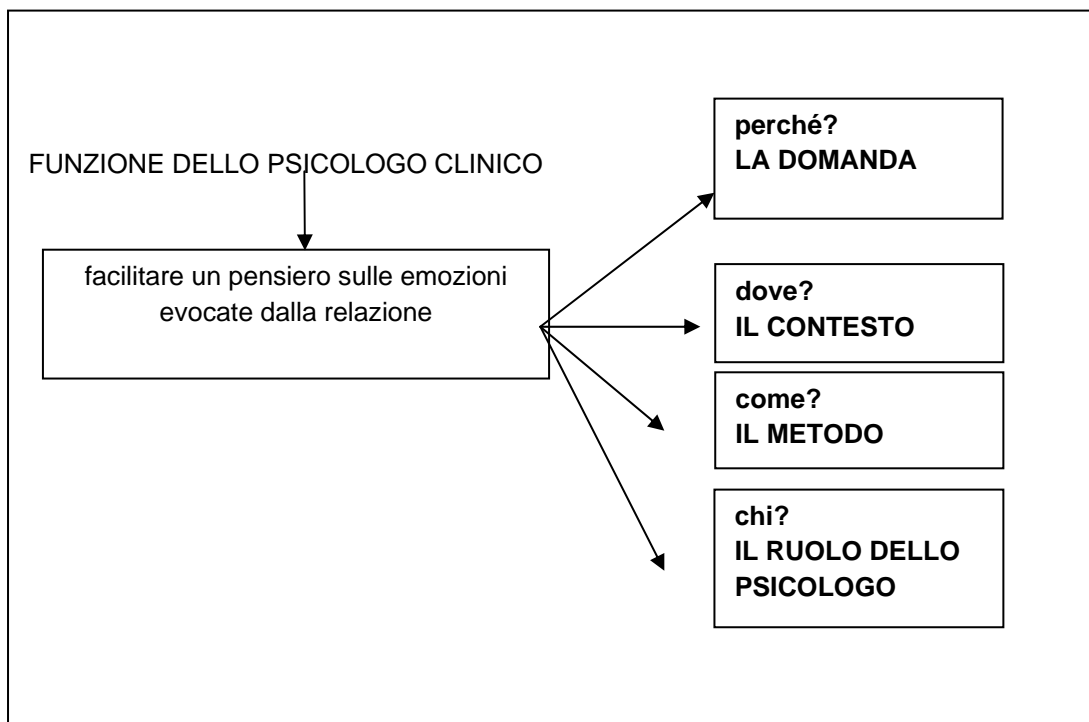
Si tratta, se si guarda attentamente a quest'ultima affermazione, di una questione di non poco conto. Ricordiamo che ci sono due vie percorribili, nella definizione della professione psicologico clinica: l'una prevede una domanda "data", fondata su problemi che si pensa siano direttamente correlati con la competenza degli psicologi; nell'altra, la professione è

² Si tratta del *fallimento di una specifica dinamica collusiva*, che richiede un riassetto del processo collusivo. Ad esempio, la relazione tra una madre e il figlio si fonda, nel corso dell'infanzia del figlio, sul rigido controllo da parte della madre. Con l'adolescenza, il figlio non accetta più di essere controllato dalla madre e, quindi, fallisce la dinamica relazionale collusiva fondata sul controllo. Occorrerà che la relazione tra madre e figlio si riorganizzi entro un nuovo processo collusivo, fondato ad esempio sullo scambio tra i due. La madre, nel veder fallire la collusione fondata sul controllo, può vivere momenti di disorientamento e di ansia e può chiedere l'aiuto di uno psicologo. In sintesi, ogni relazione è fondata, necessariamente, su un processo collusivo se la si considera entro l'ottica delle simbolizzazioni affettive; il fallimento della collusione prevede, tramite un lavoro di analisi, il riassetto della relazione su un diverso processo collusivo.

³ Si veda: Carli & Paniccchia 2003; Carli & Paniccchia, 2005.

fondata sulla costruzione di una prassi orientata dall'analisi della domanda dell'utenza. Nel primo caso lo psicologo accetta la domanda "così come gli viene rivolta", e si adopera per la soluzione del problema che gli viene proposto. Un obiettivo di tale tipo si può perseguire solo con tecniche volte al cambiamento del comportamento o alla modificazione delle costruzioni cognitive che orientano l'azione. In questa ottica professionale, lo psicologo definirà la propria competenza in coerenza con la problematica "data", che gli viene presentata: lo psicologo "sessuologo" si occuperà di disturbi sessuali, lo psicologo esperto in disturbi alimentari si occuperà di anoressia e bulimia, lo psicologo esperto nei disturbi borderline si occuperà di tale patologia. La specificazione professionale psicologica, quindi, sarà connessa con la problematica presentata allo psicologo. Più in generale, questa specificazione psicologica dipenderà dalla tecnica psicoterapeutica adottata: comportamentale o cognitiva, nei molteplici orientamenti di scuola. Con l'analisi della domanda, abbiamo proposto un indirizzo professionale che intende coniugare i problemi posti dall'utenza con un riferimento alla teoria della tecnica psicoanalitica: l'analisi della domanda è un intervento fondato sulla teoria psicoanalitica, ma non è volta ad applicare tale "tecnica" al fine di realizzare un'esperienza psicoanalitica, nella sua accezione classica (fare una psicoanalisi, essere in analisi, andare dallo psicoanalista); ci si propone, di contro, di individuare il senso simbolico emozionale del problema che viene posto allo psicologo, con la domanda.

Ma torniamo alle specificazioni della nostra definizione di prassi psicologico clinica. Le possiamo così riassumere:



In questa definizione, la funzione psicologico clinica appare sostanzialmente unificata, mentre ciò che differenzia i diversi interventi è la domanda analizzata, il contesto entro cui s'interviene, il metodo che si utilizza e il ruolo che lo psicologo riveste nell'intervento.

Perché?

Non è possibile progettare e realizzare un intervento volto a facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione, senza analizzare la domanda che regge e organizza l'intervento stesso. E' all'interno dell'analisi della domanda che lo sviluppo del pensiero sulle emozioni acquista senso e rilevanza mutativa. Vediamo qualche esempio al proposito.

Un CSM toscano accetta di partecipare a un progetto di ricerca – intervento della nostra Cattedra di Psicologia Clinica; intervento volto a promuovere la competenza organizzativa entro i servizi territoriali che si occupano di Salute Mentale. I motivi di questa “accettazione” sono molteplici e di difficile definizione: c'è interesse a un progetto commissionato all'Università dal Ministero (ex Salute) che fa sperare in un'attenzione ministeriale per i servizi di salute mentale in Italia; nel servizio opera una psicologa che si è formata, anni prima, entro la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica che uno di noi dirigeva; le relazioni tra operatori, entro il servizio, sono difficili, anche se tutte volte al perseguimento degli obiettivi che caratterizzano il servizio stesso. La domanda si precisa e si organizza con il passare degli incontri tra operatori e consulenti; in un role playing, giocato da sei operatori, si rappresenta collusivamente la relazione tra infermieri e ospiti di una Casa Famiglia, in occasione di un allagamento dell'appartamento occupato da un paziente grave, avvenuto per la rottura delle tubazioni dell'acqua. Il role playing aiuta a cogliere problemi di relazione tra operatori e gerarchia, tra operatori e pazienti; emerge la rilevanza della competenza a trattare i problemi relazionali nel servizio. Nello sviluppo del “gioco”, si propone, chiaramente, a tutti la difficoltà di comprensione delle emozioni agite dagli ospiti della Casa famiglia e la tendenza degli operatori a “risolvere problemi concreti”, più che a istituire rapporti capaci di pensare le emozioni caratterizzanti la relazione tra ospiti e operatori. Si può affermare che, grazie al role playing, si verifica un cambiamento nel senso degli incontri tra servizio e consulenti: la problematica che fonda la domanda si configura in modo consapevole a tutti i partecipanti, il perché degli incontri con i consulenti si fa chiaro. Ciò significa che la domanda va costruita nel corso di un intervento. Ma è la stessa costruzione della domanda che richiede un pensiero sulle emozioni vissute entro la relazione tra componenti del servizio e consulenti. Il personale del CSM, in sintesi, coglie grazie al role playing il perché della partecipazione a un intervento ove l'obiettivo esplicito è quello di incrementare la competenza organizzativa dei partecipanti; competenza a sviluppare relazioni entro il servizio, atte al raggiungimento di quegli obiettivi istituzionali che la sola competenza professionale non sarebbe in grado di garantire. La difficoltà incontrata dagli operatori nell'accettazione dell'intervento di consulenza organizzativa, riproduce gli stessi problemi che gli operatori incontrano nel loro lavoro con gli ospiti dei vari servizi (CSM, SPDC, Casa Famiglia, Centro diurno, Comunità Terapeutica): difficoltà insite nella comprensione della rilevanza che le emozioni rivestono nel rapporto di lavoro. L'accettazione doveristica degli incontri con il consulente, ridotta a un agito delle emozioni ambivalenti verso il lavoro proposto, è la stessa accettazione doveristica che gli operatori vivono nel lavoro con i degenti dei vari servizi. La comprensione di questa dimensione adempitiva, emersa nel corso del role playing, ha consentito di comprendere il senso del lavoro con il consulente e, allo stesso tempo, i problemi che caratterizzano il lavoro con i degenti.

Altre volte la domanda segue linee di attuazione differenti. Si pensi, ad esempio, all'affermata dirigente aziendale che si sente inadeguata a trattare i problemi inaggravanti della figlia adolescente. In questo caso è la madre che si rivolge allo psicologo clinico, vale a dire la persona interessata allo sviluppo di un pensiero sulle proprie emozioni: per avere consigli, indirizzi, orientamenti circa il modo di “trattare” la figlia e i problemi di comportamento che ella manifesta; vediamoli con le parole della madre, questi problemi: chiusura eccessiva, timore di accostare ragazzi maschi, disorientamento a scuola, rimproveri alla madre per essersi separata dal padre, pretesa di trovare nella madre una compagna che sostituisca ogni rapporto con le amiche inesistenti e con le compagne di scuola accuratamente evitate; atteggiamenti che fanno pensare alla depressione, alla

malinconia imperante, alla tristezza esistenziale. La persona che si rivolge allo psicologo clinico chiede “consigli”, vale a dire si aspetta che lei e lo psicologo possano parlare dei problemi della figlia e possano, quasi fossero una coppia di genitori, individuare strategie per dare una mano alla giovane in difficoltà. Il perché sembra derivare da un fallimento della collusione fusionale tra madre e figlia, e l'unica strada che lo psicologo può percorrere è quella di aiutare la persona con la quale ha una relazione (la madre preoccupata) a sviluppare un “pensiero sulle sue emozioni”: le emozioni che la portano ad aspettarsi un consiglio dallo psicologo e le emozioni che caratterizzano la sua relazione con la figlia. Gli esempi potrebbero continuare a lungo. L'importante è sottolineare come lo sviluppo di un pensiero sulle emozioni, evocate dalla relazione, sia l'unica strada percorribile dallo psicologo clinico, nell'ottica che stiamo presentando. I motivi che organizzano emozionalmente la relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo clinico, sono all'origine delle emozioni che possono essere prioritariamente “pensate”.

Dove?

Lo sviluppo di un pensiero sulle emozioni è strettamente connesso al contesto entro il quale lo psicologo interviene. Ciò significa che l'intervento psicologico clinico è fortemente orientato a promuovere una competenza entro gli specifici contesti entro i quali opera chi pone la domanda. Non è possibile sviluppare un intervento psicologico se non conoscendo le caratteristiche culturali del contesto organizzativo e istituzionale entro le quali s'interviene. E' sulla base di quest'affermazione che distinguiamo tra “caso clinico” e “evento critico”.

Un esempio: nell'ambito delle organizzazioni di salute mentale, si chiede sovente una supervisione dei casi clinici “difficili”: tale lavoro di supervisione si fonda sull'analisi delle dinamiche psicodinamiche che caratterizzano il “caso” del quale si intende discutere, evidenziando le strategie d'intervento più adeguate al caso stesso; si ignorano di contro le dinamiche di funzionamento del servizio, evocate dal caso ma che non si esauriscono nel trattamento del caso. Per “evento critico” s'intende la situazione relazionale che si crea a partire da un caso clinico, ma considerando il coinvolgimento emozionale delle varie componenti organizzative che partecipano alla dinamica clinica motivata dal caso. Quando si analizza un evento critico, dunque, non ci si limita all'analisi del “caso”, nelle sue componenti psicopatologiche intrapsichiche, cognitive o relazionali; l'analisi coinvolge l'intera dinamica relazionale che vede coinvolti operatori, degenti, familiari, processi gerarchici o conflitti caratterizzanti l'intero contesto.

Qualche esempio.

In un incontro tra operatori di un CSM, si parla a lungo di una paziente “grave” e del filo da torcere che questa paziente dà, di continuo, al servizio. Se ne parla entro un incontro con noi consulenti, nell'ambito dell'intervento di promozione della competenza organizzativa, al quale abbiamo più sopra accennato. Accenniamo brevemente ai problemi della paziente, così come vengono riportati dai differenti operatori: la paziente vive con la madre; entrambe si sono avventurate, in tempi differenti, nel matrimonio ma entrambe sembrano aver fatto scappare il coniuge dopo un breve periodo di convivenza. La paziente in questione *decide*, periodicamente, di farsi ricoverare nell'SPDC del servizio; dopo un breve ricovero, sistematicamente *si fa* prescrivere l'affidamento a una comunità terapeutica, dove peraltro *pretende* giornate libere, da trascorrere con la madre (giornate che le due passano nei giardinetti limitrofi alla comunità); in una sorta di ciclo ripetitivo, la paziente *si fa* poi dimettere, per seguire trattamenti psicoterapeutici nel CSM. Qui *pretende* la prescrizione di “farmaci” ad hoc, da lei decisi: ultimo della serie il “Kinder sorpresa”, del quale è ghiotta. Gli operatori sono disorientati di fronte al comportamento della paziente e mostrano anche una spiccata aggressività nei confronti della volubilità di una persona di cui non capiscono gli obiettivi. Guardiamo, assieme agli operatori, agli “agiti” di questa donna: scoprendo come

ciò che li caratterizza sia la sua abilità nell'anticipare ogni decisione sanitaria, "costringendo" i differenti servizi a mettere in atto quelle azioni che abitualmente i servizi stessi impongono ai pazienti. La donna, in sintesi, sembra esercitare un potere "personale" e "capriccioso" sui servizi, evitando così di subire passivamente il potere sanitario. Sino a costringere il proprio psichiatra ad una mimesi della prescrizione farmacologica che, di fatto, diventa la prescrizione di un prodotto dolciario del quale è golosa. Si può così capire l'irritazione aggressiva degli operatori nei suoi confronti: la donna sembra riuscire, sistematicamente, a "rovesciare" il tradizionale rapporto di potere tra operatore sanitario e paziente grazie ad un uso appropriato della sua "follia", e può così provocare un fallimento di quella usuale collusione tra medico e paziente, fondata sulla dipendenza passiva del paziente; fallimento della collusione che si manifesta con emozioni di rifiuto "non pensato" degli operatori, sia nei confronti della paziente di cui si parla in modo compulsivo, come nei confronti degli psicologi clinici consulenti. Rifiuto della paziente, ma anche rifiuto di un lavoro di riflessione sul funzionamento organizzativo, inutile a loro dire con pazienti gravi che destrutturano ogni previsione e ogni pianificazione del lavoro. E' il pensiero sulle emozioni evocate dalla paziente che aiuta a cogliere il senso delle emozioni provate, dal gruppo degli operatori, nel lavoro di promozione della competenza organizzativa. Qui il "pensare emozioni" si fonda sulla competenza a contestualizzare le relazioni, evidenziando come il rapporto descritto con la paziente "grave", di fatto, comporta un rovesciamento delle modalità usuali di esercizio del potere tra operatore sanitario e paziente. Interessante notare che il pensiero sulle emozioni evocate dalla paziente, ma anche la contemporanea analisi della cultura sanitaria tradizionale che la paziente cerca di rovesciare a suo "vantaggio", evocano sollievo e ironia negli operatori che partecipano all'intervento psicologico con il consulente. Un lavoro di supervisione avrebbe focalizzato l'attenzione degli operatori sulla patologia della paziente; il lavoro sul caso critico ha consentito un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione tra paziente e servizio/contesto nel suo complesso.

Un giovane studente, alla fine del primo anno d'università, arriva dallo psicologo clinico su pressante invito della madre, preoccupata per l'insuccesso nei suoi studi di ingegneria, abituata com'era al suo primeggiare nella classe durante il liceo. Il giovane si reca dallo psicologo ma, dice, solo per accontentare sua madre. A suo parere le cose non vanno poi tanto male. Qui il contesto è dato dal triangolo creatosi tra studente, madre e psicologo. Il giovane accontenta passivamente la madre, alla quale non sa opporsi. Ma rifiuta e vanifica ogni possibile lavoro con lo psicologo, che vede soltanto come un'inutile appendice delle preoccupazioni della madre. Lui, di contro non è preoccupato e non intende sviluppare una domanda d'aiuto. Il contesto della domanda di consulenza psicologica s'organizza secondo le usuali modalità relazionali del giovane: un rapporto di passività con la figura femminile e un rapporto di sfida nei confronti della figura maschile. Il liceo, con la sua frequenza quotidiana, con il controllo sistematico della presenza degli studenti (l'appello) e della preparazione (interrogazioni e compiti in classe) rappresentava per il giovane la confortevole e assidua funzione materna; mentre l'università, con la sua libertà senza controlli, con la folla di frequentanti, con le regole impicanti autonomia e iniziativa, rappresenta una sorta di richiamo alla funzione paterna, con la quale il giovane è chiamato a identificarsi. Il contesto "triangolare", quindi, ben rappresenta le emozioni che il giovane agisce nel rapporto forzato e passivo con lo psicologo. Proprio entro questa dinamica lo psicologo potrà lavorare, tenendo conto che, in una sua "parte", il giovane chiede di capire perché ha accettato di andare dallo psicologo, pur presentandosi con un atteggiamento di sfida comunicato tramite la passività disinteressata.

Tener conto del contesto e analizzarne la dinamica relazionale, significa comprendere in base a quali simbolizzazioni emozionali della relazione si verifica il fallimento della collusione; significa quindi capire quali dinamiche emozionali vengano riprodotte nella relazione tra chi pone la domanda d'intervento e lo psicologo.

Come?

L'interpretazione è lo strumento metodologico caratterizzante l'operare psicologico clinico. Ma interpretare significa promuovere un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione e vissute, da chi pone la domanda, a partire dalla stessa relazione di domanda e dalla dinamica vissuta entro il contesto. L'interpretazione, d'altro canto, non coincide minimamente con lo spiegare. Quando s'interpreta, necessariamente si comunicano emozioni, in quanto l'interpretazione avviene entro una relazione.

Pensiamo agli operatori irritati dalla paziente "manipolatrice" che "riesce a far fare loro quello che vuole". Lo psicologo consulente potrebbe dire a questi operatori: "ci siete cascati!". Ciò potrebbe far capire loro in quale processo emozionale siano implicati con la paziente, ma al contempo evidenzerebbe la pochezza della loro competenza a capire. Più che di ironia, qui si tratta di un intervento sarcastico, in qualche modo irridente gli operatori stessi. E, con il sarcasmo, si evoca inevitabilmente una difesa volta a negare ciò che viene proposto. Si potrebbe, di contro, cogliere il senso rassicurante, per la paziente, dell'anticipare le decisioni dei differenti servizi di salute mentale nei suoi confronti. E cogliere anche l'affetto degli operatori per la paziente, quell'affetto che fonda il loro assecondarne le richieste. Cogliere, infine, il legame profondo della paziente nei confronti del servizio nel suo complesso, dal quale non riesce a staccarsi ed entro il quale pianifica, a ben vedere, tutta la sua vita. Così facendo, lo psicologo che propone l'interpretazione comunica la sua simpatia per il gruppo degli operatori, per il loro darsi da fare con pazienti difficili e complessi, per la loro dedizione nel lavoro e per il loro interesse nel capire qualcosa, assieme allo psicologo, di quanto succede loro emozionalmente. Strachey diceva che l'interpretazione mutativa è in grado di sostituire un super Io⁴ punitivo e severo, nel mondo interno del paziente, con un super Io aiutante e benevolo. Questa sostituzione non è meccanica e dipende dall'atteggiamento dello psicologo clinico nei confronti delle persone e dei gruppi con i quali lavora. E' questo un tema di grande rilievo. Pensiamo che all'ironia come all'atteggiamento più importante in questa strategia interpretativa. Essere ironici significa, per lo psicologo consulente, non prendersi troppo sul serio; significa proporre un senso a quanto succede nella sua relazione con chi pone la domanda, ma anche saper accettare un rifiuto di quanto propone, e essere capace di aspettare tempi migliori per l'accettazione di un senso che in quel momento non può esser riconosciuto. Ogni psicologo costruisce un suo stile personale nel proporre un pensiero sulle emozioni che caratterizzano la sua relazione di intervento. L'importante, peraltro, è la consapevolezza che l'interpretazione ha senso solo se si pone quale aiuto a pensare, nelle relazioni contestuali di chi pone la domanda. Ciò comporta l'accettazione e la conoscenza del contesto entro il quale chi pone la domanda lavora o vive; comporta anche l'elaborazione delle emozioni che il lavoro consulenziale evoca, quindi una continua attribuzione di senso alle proprie emozioni, nel rapporto di consulenza o di intervento.

Anche le esercitazioni, quali strumenti per riflettere sulla dinamica collusiva evocata dall'agire esercitativo, aiutano a questo. Purché non si prendano le esercitazioni come comportamenti da correggere o da ricondurre a modelli auspicati. Si veda ad esempio il dilemma del prigioniero, troppo spesso utilizzato dagli psicologi per condannare il comportamento competitivo e osannare quello collaborativo.

⁴ Strachey utilizza categorie della seconda topica freudiana, ove la concezione strutturale della mente prevede una suddivisione tra Io, super Io e Es. Noi utilizziamo, nella nostra proposta teorica, i costrutti della prima topica e facciamo riferimento al modo d'essere inconscio della mente nelle caratteristiche capaci di farne "la vera realtà psichica". Se, d'altro canto, si guarda alla tripartizione della seconda topica come a *funzioni* mentali e non a caratteristiche strutturali, si può ridurre drasticamente la differenza tra prima e seconda topica nella proposta teorica di Freud.

Ricordiamo a questo proposito l'andamento di un'esercitazione denominata "TAT in Acquario", svolta con alcuni operatori di un CSM al termine di una complessa e interessante serie di incontri volti a sviluppare un pensiero sul loro lavoro. Ricordiamo brevemente come avviene l'esercitazione. Si chiede agli operatori, una ventina circa, di suddividersi in due gruppi. A ciascun gruppo viene consegnata una fotografia (diversa per i due gruppi) e viene chiesto agli operatori di trarre spunto dalla figura consegnata, per raccontare una storia. Ogni operatore scrive la sua storia, con la raccomandazione di rendere interessante il racconto sotto il profilo emozionale e di esprimere, così, la propria competenza nell'esplorare le emozioni dei personaggi e nel drammatizzare le relazioni tra loro. Questa raccomandazione ad elaborare una storia "emozionalmente impegnata" serve a implicare profondamente, ciascun operatore, nel racconto del quale si fa autore. Successivamente uno dei due gruppi, posto al centro della stanza, viene invitato a stilare una storia di gruppo, a partire dalla stessa figura utilizzata per le storie individuali. L'altro gruppo osserva la dinamica delle relazioni che caratterizzano l'elaborazione della storia di gruppo, con l'obiettivo di rilevare quali processi relazionali facilitino il perseguimento dell'obiettivo e quali lo ostacolino.

Torniamo ai nostri operatori del CSM: il primo gruppo, per elaborare la storia di gruppo, si sofferma a lungo sulle storie individuali e quasi al termine del tempo concesso si impegna per stilare una storia di gruppo che, a detta del gruppo come degli osservatori, impoverisce emozionalmente la ricchezza delle singole storie. Il secondo gruppo, una volta confrontato con lo stesso compito di elaborare una storia di gruppo, ancora "spende" la quasi totalità del tempo concesso per apprezzare le storie individuali e solo al termine decide che la storia di gruppo debba coincidere con la più "bella" delle storie singole, quella che più sembra rappresentare il gruppo stesso. Pensiamo all'obiettivo "tradizionalmente didascalico" con cui viene usata questa esercitazione: verificare la difficoltà di un abbandono delle posizioni personali, narcisisticamente sollecitate dalla composizione del proprio racconto, per arrivare a una condivisione produttiva di gruppo (la storia di gruppo), condivisa dall'intero gruppo d'appartenenza. Ebbene, se letta in quest'ottica, l'esercitazione sembra sottolineare la forza del narcisismo dei singoli operatori nel primo come nel secondo gruppo, e la difficoltà a realizzare un prodotto comune e condiviso. Ma l'assistere alla lettura delle storie individuali non comunica per nulla tale dinamica di individualismo narcisista; all'opposto, sembra che la partecipazione di tutti alla lettura dei diversi racconti individuali sia molto intensa. Perché? Una risposta si può trovare nella valenza collusiva, quindi "grupuale" delle singole storie: ogni operatore ha simbolizzato, nella propria storia, un aspetto della dinamica collusiva caratterizzante il gruppo e l'insieme del seminario. Non si tratta, quindi, di storie "individuali" ma di tante storie di gruppo, ispirate dalla partecipazione intensa e condivisa, di tutti, alle varie fasi del seminario. Cogliere, nel caso del seminario del quale stiamo parlando, la valenza collusiva delle storie individuali e la dinamica simbolica delle storie stesse, capaci di riassumere le vicende dell'intero seminario e del rapporto tra operatori e consulenti, è importante: l'esercitazione ha rappresentato il momento culminante di un processo di pensiero emozionato sulle vicende del servizio; l'interpretazione del senso collusivo delle storie ha colto, nel profondo, la dinamica produttiva del seminario.

Chi?

Si apre, infine, il problema del ruolo dello psicologo, entro l'intervento clinico. Il ruolo di chi propone un pensiero sulle emozioni vissute entro la relazione, comprende temi quali la credibilità dello psicologo, la simbolizzazione emozionale con cui lo psicologo viene vissuto da chi pone la domanda e partecipa alla relazione ove si promuove un pensiero sulle emozioni. Le emozioni entro le quali sviluppare un pensiero sono, innanzitutto, quelle che caratterizzano la relazione d'intervento: le emozioni evocate dalla figura dello psicologo, dalla sua funzione, dal suo proporsi e dal suo modo di procedere entro la relazione stessa.

La figura dello psicologo, la sua rappresentazione emozionale si configurano quali primi stimoli emozionali, entro i quali sviluppare un pensiero. Nel passato abbiamo fatto riferimento a questa dinamica emozionale denominandola transfert istituzionale: si tratta di quel processo di simbolizzazione affettiva dello psicologo e della relazione d'intervento, alla quale contribuiscono sia la riproduzione simbolica delle relazioni di contesto come anche la modalità con cui si è istituita la relazione tra psicologo e chi pone la domanda. In altri termini, al transfert istituzionale contribuiscono le simbolizzazioni contestuali di chi pone la domanda come anche dello psicologo.

Si pensi ad esempio, e siamo alla situazione più semplice anche se spesso problematica per lo psicologo, alla relazione psicoterapeutica che uno psicologo istituisce con il suo primo e/o con il suo unico paziente. In tale situazione si può istituire una relazione ove, nell'atteggiamento dello psicologo e nel suo proporsi entro la relazione stessa, può prevalere la preoccupazione di "perdere il paziente". Si tratta di un assetto relazionale problematico, che spesso può esitare nell'evento temuto proprio per la pressione caratterizzante la profezia che si autoavvera.

Si pensi alla diffusa situazione di sottooccupazione degli psicologi, entro le più varie organizzazioni del lavoro: ad esempio le comunità per malati psichici gravi, ove si chiede allo psicologo di assistere i malati nella loro quotidianità fatta di pulizia personale, di custodia preventiva di fughe dalla comunità, di assistenza durante il turno di notte; la funzione di AEC (assistente educativo culturale), spesso ricoperta da psicologi ai quali viene affidato l'accompagnamento di alunni o allievi portatori di handicap. Si tratta di funzioni che, se svolte da uno psicologo, possono avere uno sviluppo professionale interessante; ma anche di funzioni che spesso gli psicologi ricoprono passivamente, con il rammarico o la rabbia di non veder formalmente riconosciuta la propria professionalità.

Il problema del ruolo che lo psicologo riveste entro l'intervento, ha un rilievo importante se si pensa alla situazione professionale psicologica, precaria e caratterizzata nel nostro paese da diffusa disoccupazione o sotto-occupazione. Disoccupazione e sotto-occupazione di psicologi approssimativamente formati alla professione, e questa è una responsabilità rilevante delle facoltà universitarie di psicologia. Un giovane psicologo, nel raccontare delle sue prime esperienze professionali, parlava di due grandi difficoltà emozionali che obnubilavano la sua mente nel corso del lavoro: la tendenza a imitare e la rabbia. Queste due emozioni erano strettamente connesse l'una all'altra: la sua incompetenza lo portava a imitare quanto aveva visto fare da alcuni insegnanti nel corso delle lezioni e delle esperienze pratiche seguite nel corso di laurea; ad esempio l'applicazione di alcune esercitazioni, il proferire frasi ascoltate da qualche docente e che avevano esercitato un qualche fascino, la riproposizione di specifiche situazioni d'intervento. Ma queste ripetizioni, incapaci di ricostruire quanto egli aveva vissuto nel corso della formazione, lo riempivano di rabbia impotente e di disistima verso se stesso, capace solo di queste inutili imitazioni. La formazione ricevuta va trasformata in una competenza fondata sul proprio stile personale, sull'iniziativa che necessariamente consegue alla comprensione delle dinamiche che si istituiscono nella relazione professionale, sul ruolo psicologico che la competenza consente, piano piano, di acquisire. Il ruolo professionale è determinato dalla competenza acquisita, certamente, ma anche dal contesto entro il quale si lavora e dal periodo storico – culturale entro cui si sviluppa la propria professionalità. E' importante, per lo psicologo, aver chiara quale è la funzione della psicologia assegnata dal contesto, entro il periodo storico in cui opera: non esiste una competenza professionale *astorica*, per lo psicologo. La competenza va iscritta entro la cultura del momento, nelle sue componenti economiche, sociologiche, politiche prevalenti. Non si tratta di una storicità la cui lettura si possa acquisire solo con la storia della psicologia; storia della psicologia che, con la ricostruzione minuziosa di esperienze obsolete, può a volte allontanare dalla consapevolezza storica del contesto in cui si opera. Si tratta piuttosto di una consapevolezza culturale che può essere approfondita

solo con l'ampliamento delle conoscenze psicologiche, con il loro radicamento entro una più ampia analisi delle componenti economiche e politiche, ma anche artistiche, sociali, capaci di comprendere le vicende e le problematiche dei gruppi sociali entro i quali si lavora e ai quali s'appartiene. E' in questo ambito che si ravvisano i limiti più forti e condizionanti della formazione psicologica nel nostro paese.

PARTE SECONDA – LE TAPPE DEL PROCESSO FORMATIVO ALLA FUNZIONE CLINICA IN PSICOLOGIA

Introduzione

Si è detto dell'obiettivo caratterizzante l'intervento psicologico clinico e l'intervento psicoterapeutico: facilitare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo.

Ci si può chiedere come sviluppare la competenza psicologica atta a realizzare l'obiettivo ora sintetizzato, nella sua complessa articolazione professionale. Si tratta dell'obiettivo formativo che caratterizza la Scuola di specializzazione in Psicoterapia psicoanalitica - Intervento psicologico clinico e Analisi della domanda, di SPS⁵.

Possiamo così sintetizzare i punti programmatici del processo formativo:

1 – Conoscere le proprie emozioni entro la relazione clinica

2 – Conoscere le emozioni dell'"altro emozionato" in rapporto alle proprie emozioni, entro la relazione clinica

3 – Interpretare, vale a dire proporre un pensiero emozionato sulle emozioni della relazione clinica

4 – Elaborare la frustrazione che il lavoro clinico comporta

Vediamo di approfondire questi punti, a nostro avviso rilevanti per lo sviluppo della competenza clinica, nell'accezione proposta in questo lavoro.

Conoscere le proprie emozioni entro la relazione clinica

La formazione clinica parte dalle emozioni degli allievi: è importante che gli allievi apprendano a conoscerle, per estendere poi la conoscenza a quanto succede nella relazione clinica. La relazione è il luogo ove la conoscenza emozionale di sé e dell'altro acquistano una inscindibile funzione integrata. Non si tratta, quindi, di acquisire una conoscenza delle proprie emozioni "in generale" o, se si vuole, entro la relazione che organizza la propria "formazione personale": ad esempio nell'ambito dell'esperienza psicoanalitica personale o didattica che sia.

Nella Scuola SPS abbiamo a lungo discusso sull'opportunità di *prescrivere* agli allievi un'esperienza psicoanalitica personale, quale pre-requisito per accedere alla formazione clinica della Scuola. Giungendo alla conclusione sull'inopportunità di tale richiesta. Ciò per ragioni che qui proveremo a sintetizzare:

⁵ La scuola è stata fondata nel 2004 dallo Studio di Psicosociologia di Roma; il Direttore della scuola è Renzo Carli; il Comitato scientifico - didattico è composto, assieme al Direttore, da Paola Cavalieri, Anna Di Ninni, Rosa Maria Paniccia e Pietro Stampa.

a - l'esperienza psicoanalitica obbligatoria è una palese ingiunzione paradossale; è impossibile sperimentare un'esperienza psicoanalitica con uno scopo diverso da quello di partecipare emozionalmente alla relazione analitica, in funzione di propri problemi riconosciuti e di una decisione autonoma. Quando si accetta di fare analisi "per essere ammessi a una scuola di formazione" si perverte l'esperienza psicoanalitica, la si fa diventare qualcosa d'altro. Non è, questo, un buon inizio per la propria formazione.

b – l'esperienza di un trattamento psicoanalitico personale può essere utile solo se motivato da qualche problematica personale, appunto, che porta alla costruzione di una domanda.

Questa utilità, d'altro canto, non garantisce in alcun modo la competenza clinica di chi voglia esercitare la psicoanalisi in tutte le sue forme d'intervento. Il trattamento personale, infatti, aiuta all'elaborazione delle proprie dinamiche emozionali in relazione al problema che ha motivato all'analisi, e tutto questo all'interno della relazione psicoanalitica stessa. Non forma all'assunzione del ruolo professionale di psicologo, né alla competenza a intervenire entro le differenti realtà sociali e organizzative. Per quanto concerne il ruolo professionale, è facile che l'identificazione con il proprio analista risolva il problema, spesso entro la dinamica del binomio imitazione – rabbia al quale abbiamo fatto cenno più sopra. Per quanto concerne la valenza sociale dell'intervento psicologico, da parte dello psicoanalista che affida alla sua analisi personale la competenza ad intervenire, il perseguimento del conformismo è l'esito più frequente.

c – la formazione è un'esperienza clinica. All'interno del processo formativo si sperimentano relazioni capaci di evidenziare le emozioni dei singoli e del processo collusivo che fonda la formazione stessa. Il processo formativo⁶, nelle sue differenti articolazioni, è più vicino alla realtà sociale e culturale dell'intervento, di quanto non lo sia la relazione psicoanalitica duale. In questo senso la conoscenza delle proprie emozioni è perseguibile entro il processo formativo, se la formazione viene strutturata in modo da consentire questo approfondimento emozionale. La formazione, è utile sottolinearlo, si inverte tramite molteplici relazioni; ne ricordiamo alcune: la relazione tra docenti e allievi, la più scontata evidentemente; ma anche la relazione tra allievi (nelle più diverse articolazioni, ad esempio tra allievi uomini e allieve donne, tra allievi di differenti età, cultura o motivazione alla frequenza della scuola, tra singoli allievi e gruppo di formazione); quella tra scuola quale istituzione e allievi; quella tra scuola e contesto culturale entro cui la scuola opera; la relazione tra allievi, scuola e strutture di tirocinio⁷. Nell'ambito di queste molteplici relazioni è possibile l'approfondimento di una conoscenza "emozionata" delle proprie emozioni, da parte degli allievi.

La nostra scuola dedica, nel corso del primo anno, specifiche attività formative volte a questo obiettivo di conoscenza emozionale - emozionata, da parte degli allievi: in particolare pensiamo all'esperienza di *monitoraggio del processo di apprendimento* e di *monitoraggio del tirocinio*, ai quali viene dedicata sin dal primo anno, e per i quattro anni del corso, una congrua parte dell'attività didattica. Si tratta di un lavoro in piccolo gruppo ove l'analisi del processo relazionale e delle emozioni che ne accompagnano la partecipazione, da parte dei singoli allievi e del gruppo d'apprendimento, è l'obiettivo principale del lavoro di confronto e di esplorazione delle dinamiche collusive.

Conoscere le emozioni dell'altro emozionato, in rapporto alle proprie emozioni, entro la relazione clinica

⁶ Si veda: Carli, Grasso & Paniccia, 2007.

⁷ Si vedano al proposito i contributi di Renzo Carli e degli allievi del 2° anno della nostra Scuola di Psicoterapia psicoanalitica SPS, sul tema "Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale" comparsi sul n. 1/2009 della Rivista di Psicologia Clinica (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

E' questo un punto importante del processo formativo all'utilizzazione della relazione psicoanalitica entro l'intervento. L'accesso alle proprie emozioni può seguire una strada diretta, intuitiva per certi versi, connessa a categorie primitive della vita emozionale quali amico-nemico, dentro-fuori, alto-basso, davanti-dietro, ove peraltro le emozioni fanno riferimento a tematiche motivazionali quali l'appartenenza, l'acquisizione di un potere entro il gruppo di appartenenza, la motivazione a produrre secondo parametri di eccellenza. Più complessa è la conoscenza delle emozioni dell'"altro", entro la relazione clinica: qui serve una complessificazione dell'assetto categoriale, capace di organizzare quanto si può intuitivamente cogliere dell'altro, nella relazione con noi. Non si conosce "l'altro" come entità a se stante e indipendente da noi; si conosce, di contro, l'altro emozionato nella sua relazione con noi. Qui l'esperienza di tirocinio acquista una rilevanza fondamentale nell'ottica formativa della nostra scuola. La riflessione approfondita sul tirocinio consente di verificare come gli allievi si mettono in relazione con l'"altro", al di fuori della scuola: l'altro quale struttura entro cui si svolge il tirocinio, quale supervisore della propria esperienza, quale paziente con il quale svolgere colloqui di accoglienza, analisi della domanda o di terapia; l'altro quale familiare di un paziente ricoverato, ad esempio, in un SPDC; l'altro psichiatra, infermiere, educatore o assistente sociale con cui collaborare nella gestione di un caso o da seguire nel suo lavoro per apprendere. Ancora una volta l'attenzione, ai fini dell'apprendimento, non è rivolta al "caso clinico" ma all'"evento critico" nel suo insieme; evento critico che può acquisire un senso formativo, solo se si è in grado di approfondire la conoscenza delle emozioni che caratterizzano le diverse relazioni dell'allievo, nell'esperienza del tirocinio come nel suo apprendere entro la scuola. E' importante che la conoscenza emozionale dell'"altro" non sia fondata su schemi conoscitivi precostituiti (ad esempio le classificazioni psicopatologiche nelle loro varie formalizzazioni) o su dimensioni stereotipalmente strutturate. La conoscenza delle emozioni dell'altro sta a mezzo tra conoscenza delle proprie dinamiche emozionali e ciò che si può comunicare perché l'altro possa conoscere qualcosa di sé. Si tratta di una conoscenza che è in bilico tra le difese volte a non riconoscere qualcosa di se stessi, e l'inutilità di definizioni stereotipali delle quali l'altro non saprà che farsene. Conoscere le emozioni, significa comunicare. Non si dà conoscenza emozionale che non sia anche comunicazione, a sé o all'altro, della conoscenza stessa. Quando una conoscenza emozionale non è anche comunicazione, si trasforma ineluttabilmente in agito reattivo e non porta a nulla sul piano psicologico clinico.

La conoscenza emozionale dell'altro va sperimentata, non studiata. E' tramite l'esperienza di relazioni emozionali che si può iniziare una lenta e faticosa costruzione di categorie di conoscenza delle emozioni altrui. Si tratta di categorie idiosincratice, che solo con il tempo possono essere ridiscusse e confrontate con le categorie di altri colleghi, nel gruppo d'apprendimento come nell'ambito del tirocinio. In questo senso è per noi importante che la conoscenza si trasformi in resoconto⁸. Se si conosce l'altro tramite categorie psicopatologiche, si fa diagnosi; quella diagnosi della quale poi non si sa che farsene, vista la limitatezza di senso che la diagnosi riveste in psicologia clinica. Se si conosce l'altro tramite categorie emozionate, tratte dalla conoscenza delle proprie emozioni e della relazione, allora questa conoscenza è resocontabile. A sé, all'altro e alla comunità scientifica alla quale s'appartiene. Noi conosciamo le emozioni dell'altro tramite le nostre

⁸ Si vedano in proposito i contributi delle "Giornate sulla resocontazione come metodo d'intervento in psicologia clinica" (maggio 2008) con i contributi di Paniccia, Freda, Carli, Venuleo, Giovagnoli, Glejises, Cordella, Margherita, pubblicati sul n. 2/2008 della Rivista di psicologia clinica; con i contributi di Gentiloni, Padiglione e Paniccia, Giovagnoli pubblicati sul n. 3/2008 della stessa rivista (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>). Si vedano anche: Carli, 2007. Dopo le prime giornate sulla resocontazione, sono stati tenuti altri due convegni sullo stesso tema, il primo a Roma il 31 gennaio 2009 con la partecipazione dell'archeologa prof.ssa Andreina Ricci e l'introduzione di R. Carli, il secondo a Napoli con la partecipazione del filosofo prof. Giuseppe Cantillo e l'introduzione di Maria Francesca Freda. A Roma e a Napoli si sono costituiti due gruppi di lavoro sul resoconto che fanno ricerca sul tema.

emozioni: quelle nostre emozioni che vengono evocate e sollecitate nella relazione con l'altro emozionato. E' quindi preliminare a una conoscenza delle emozioni altrui, la conoscenza delle proprie emozioni entro la relazione clinica. Quest'ultima specificazione è molto importante: possiamo conoscere le nostre emozioni entro le relazioni familiari, o entro la relazione analitica personale, spesso una ripetizione delle dinamiche familiari all'interno del processo transferale. Le cose stanno diversamente quando si tratta di conoscere le emozioni dell'*altro del quale ci si fa carico clinicamente*. L'assunzione di responsabilità cliniche, cambia notevolmente il processo di relazione e di conoscenza dell'allievo in formazione come anche dello psicologo esperto. Nella relazione clinica "l'altro parla di te", alla ricerca di una conoscenza di se stesso. Questo "parlare di te" pone il clinico entro un coinvolgimento emozionale intenso e specifico della professione: una professione, quella psicologico clinica, ove la competenza sta appunto nell'elaborazione e nella restituzione, utile all'altro, delle emozioni conosciute tramite il proprio coinvolgimento emozionale. Un coinvolgimento che mette continuamente in gioco l'identità personale e professionale dello psicologo, la sua sicurezza e la sua immagine, il confronto con la realtà e la competenza a pensare le proprie emozioni sollecitate dalle emozioni dell'altro entro la relazione. Le difese nei confronti di questo processo sono spesso massicce e drastiche: l'incasellamento dell'altro entro categorie psicopatologiche, ad esempio, può aiutare a sopportare la pressione emozionale alla quale si può essere sottoposti ("capisco perché il mio interlocutore mi sollecita forti emozioni di rabbia, si tratta di un caso di personalità paranoide": ecco ancora il caso clinico che si sostituisce all'evento critico); l'agito emozionale può divenire incontrollabile, e lo psicologo può sgridare, rimproverare l'interlocutore, può prenderlo in giro, può denigrarlo o può interporre tra sé e l'altro una sorta di scudo anafettivo che rasenta il cinismo. Altre difese possono concernere una risposta emozionale riferita a se stessi, che può andare dal deprimersi al proporre a se stessi e all'altro un sé grandioso e onnipotente. Queste difese, spesso giustificate sulla base di una non completa elaborazione delle proprie emozioni entro il processo analitico, non mettono al riparo dalla problematica della quale stiamo parlando nemmeno gli psicologi più profondamente e attentamente analizzati. Questo perché le difese non derivano dalla incompleta analisi di sé, ma da un deficit formativo nel processo di conoscenza delle emozioni dell'altro *entro la relazione clinica*. Nella formazione psicoanalitica classica si provvede a questo tramite la supervisione dei primi casi clinici che l'allievo in training analitico prende in cura. Esperienza utile, senza dubbio. Riteniamo, peraltro, che la supervisione non debba concernere "solo" il caso clinico, ma quell'insieme di dinamiche emozionali che abbiamo proposto di chiamare evento critico. Limitare la supervisione al caso clinico, sovente non consente di cogliere quelle situazioni cliniche che non hanno a che fare con la situazione "duale" della cura psicoanalitica, ma l'insieme delle relazioni che caratterizzano l'intervento psicologico clinico. Quell'insieme di rapporti che si incontrano nel lavoro di intervento presso le organizzazioni sanitarie, scolastiche o di altra natura, come anche entro la pretesa situazione "duale" della cura psicoanalitica stessa. Questo è il motivo per cui preferiamo parlare di monitoraggio di eventi critici, piuttosto che di supervisione di casi clinici.

La nostra scuola dedica alla conoscenza delle emozioni dell'altro, entro la relazione clinica, il secondo anno⁹ di formazione, nel programma quadriennale. Ancora con il monitoraggio dell'apprendimento e con il monitoraggio del tirocinio. Ma anche con i differenti apporti di specifici insegnamenti condotti con l'ottica delle lezioni emozionate¹⁰.

⁹ Si tratta di suddivisioni schematiche, fondate su una sorta di propedeuticità delle varie fasi della formazione. Nel progredire del processo formativo, d'altro canto, i differenti e progressivi obiettivi formativi vengono integrati con quelli successivi. Se al primo anno la formazione è centrata sulla conoscenza delle proprie emozioni entro la relazione clinica, al secondo anno l'attenzione alle emozioni dell'altro nella relazione clinica comporta, come s'è detto, la conoscenza delle proprie emozioni.

¹⁰ Si veda al proposito il lavoro di Carli, Grasso & Paniccia, 2007.

Interpretare

Si apre un tema di grande interesse: come realizzare la comunicazione di un pensiero emozionante sulle emozioni vissute nella relazione clinica. Al fine di facilitare, nell'altro, un pensiero sulle proprie emozioni.

Guardiamo alla definizione che Laplanche e Pontalis¹¹ danno del termine Interpretazione:

"A – Esplicitazione, mediante l'indagine analitica, del senso latente nei discorsi e nella condotta di un soggetto. L'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo ed è rivolta in ultima analisi al desiderio che viene formulato in ogni produzione dell'inconscio.

B – Nella cura, comunicazione fatta al soggetto e tendente a farlo accedere a questo senso latente, secondo regole imposte dalla direzione e dall'evoluzione della cura." (pp. 238-239 del 1° vol.)

La parola centrale della definizione è "esplicitazione", dal latino *explicitus*, forma parallela di *explicitus* che vale svolto, spiegato. Esplicitare vale spiegare, dichiarare in modo aperto, senza lasciar dubbio, in modo da non dare adito a interpretazione di ciò che viene spiegato. Curioso che il termine esplicitare, usato per definire l'interpretazione, sembri parlare di un'interpretazione come spiegazione, talmente chiara da non lasciar alcuno spazio all'interpretazione, da parte di chi riceve la spiegazione stessa. Si spiega il senso latente dei "discorsi" e della "condotta" di un individuo, possibile grazie all'indagine psicoanalitica. Quindi, interpretazione come spiegazione del senso latente di un discorso come di un comportamento: l'interpretazione mette in luce il desiderio che l'inconscio necessariamente formula. Interpretare, secondo i due autori citati, significa arrivare al desiderio inconscio che il conflitto difensivo può mascherare. Interpretare, in altri termini, significa far emergere il desiderio inconscio: nell'interpretazione si sa già a priori che cosa si va cercando, per esplicitarla, spiegarla. Comunicando questa spiegazione al paziente, nell'ambito di precise regole della cura, si consente al paziente stesso di accedere al senso latente insito nei suoi discorsi o nel suo comportamento.

Pensiamo che sviluppare un pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione sia ben diverso dallo spiegare il desiderio latente. In quest'ultimo caso c'è un preciso e predefinito obiettivo dell'interpretazione; nel caso del pensare emozioni, di contro, si tratta di trasformare un vissuto emozionale in parole capaci di dare senso alle emozioni stesse. La relazione clinica, come più volte s'è detto, prende origine dalla domanda; domanda che, a sua volta, fa riferimento a un problema vissuto da chi pone la domanda nel suo contesto abituale. Il problema si trasforma in emozioni vissute entro la relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo. Sta allo psicologo proporre un pensiero sulle emozioni della relazione, che dia senso alle emozioni stesse. Il processo del dare senso alle emozioni, se ripetuto entro la relazione clinica, aiuta a dare senso al problema che ha motivato la domanda. La sequenza di interventi dello psicologo, volti a dare senso alle emozioni vissute personalmente e da chi pone la domanda entro la relazione, consente l'emergere del senso del problema che ha portato la persona o l'organizzazione a chiedere l'intervento clinico.

La difficoltà dell'interpretare sta nella discrepanza epistemica tra vissuto emozionale e interpretazione intesa come pensare emozioni. Il pensiero si manifesta tramite il linguaggio categoriale, mentre le emozioni non hanno a che fare con il linguaggio. La relazione tra emozioni e pensiero sulle emozioni è simile a quella esistente tra vissuto di un sogno e racconto del sogno allo psicologo. Il sogno "raccontato" subisce una trasformazione simbolica profonda: si passa dal vissuto emozionale a un discorso sul vissuto, volto a trasformare un vissuto idiosincratico in un messaggio comunicativo: il sogno vissuto è un

¹¹ Laplanche & Pontalis, 1967.

evento “privato” del sognatore, mentre un sogno raccontato è un evento “pubblico” in quanto istituisce una relazione tra sognatore e destinatario del racconto. Il linguaggio è sempre uno strumento approssimativo, nella trasformazione di un’emozione in un discorso. Il linguaggio, inoltre, se viene dallo psicologo e concerne le emozioni vissute entro la relazione, riflette le categorie di analisi delle emozioni che sono proprie dello psicologo stesso. E’ solo con la trasformazione della comunicazione dello psicologo in un conferimento di senso delle stesse emozioni, da parte di chi pone la domanda, che si può avviare quella catena di conferimento di senso, che porterà a dare senso al problema che ha motivato la domanda. Quest’ultimo lavoro lo può fare soltanto chi ha porto la domanda allo psicologo; con l’aiuto dello psicologo, ma senza che lo psicologo assuma la funzione sostitutiva del pensare emozioni da parte di chi pone la domanda. Proviamo a chiarire il tema con un esempio, tratto dal resoconto di una nostra allieva della Scuola SPS che concerne il suo tirocinio entro un Comunità Terapeutica per pazienti mentali gravi. Il resoconto concerne il suo incontro con un paziente che chiameremo Antonio. Incontro che evoca emozioni che la tirocinante non riesce a pensare, quindi a interpretare. Ecco il brano del resoconto:

Il primo intento di ciò che provo a fare al tirocinio può essere espresso da questo episodio che riguarda Antonio, un utente della comunità e me. Ci trovavamo nello spazio adibito ai fumatori, attorno ad un tavolo insieme ad altri utenti ma con nessun altro operatore; sottolineo questo perché mi sembra un’informazione da interrogare ulteriormente e su cui al momento sto ancora pensando: non appena arriverà un’operatrice, Antonio ripiomberà immediatamente nel suo sguardo basso e assorto; se invitato a parlare tornerà a farlo per monosillabi e risposte laconiche. Il discorso di Antonio si colloca subito dopo quello di un altro utente, Corrado, spesso intento con me a fare sfoggio delle sue esperienze di estremo limite: mi raccontava infatti delle enormi quantità di cocaina sniffata, canne, alcool a partire dalla preadolescenza e delle numerose situazioni in cui si è sentito molto male a conseguenza di questi comportamenti. Antonio interrompe Ivan ed esordisce con: “E allora io!? Lo sai che per una settimana ho fatto parte di una banda della camorra?” Da qui inizia il suo racconto di ciò che ha visto fare e a cosa si è sottoposto: mi racconta il rito della sua iniziazione, mi parla della gente minacciosa che faceva parte di quella banda, di quanto si “distruggevano” con alcool e droga, di tutte le cose che si sentiva costretto a fare, fra cui mi racconta di simboli religiosi distorti come la croce, simbolo della banda, e di quella che gli hanno ordinato di incidersi lui stesso sul suo corpo; così si alza in piedi e mi dice che vuole farmi vedere la croce che ancora gli è rimasta, si scopre il braccio puntualizzando che, per incidersela nella pelle, ha usato delle piccole forbici. Vedo una brutta cicatrice, anche male rimarginata; vedo il dolore. Ciò che era partito come un tentativo di primeggiare ai miei occhi, si è addensato anche di altro; infatti tutto questo me lo racconta con un ghigno, a mio avviso volto a vedere quanto e se mi sarei spaventata; sentivo come se mi stesse provocando, con lo scopo di vedere come reagivo di fronte a queste intense e anche spaventose vicende; il suo dialogo sembrava essere diventato una sorta di sfida, forse a chi si sarebbe spaventato di più. Sentivo, inoltre, che la mia reazione era diventata particolarmente importante e allo stesso tempo percepivo in me un certo tremore, come un desiderio di non voler sapere, di non voler vedere, di voler fuggire da quel vissuto. Mi sono chiesta se quelle emozioni riguardavano solo me; *chiedo quindi ad Antonio perché proprio in quel momento gli fosse venuto in mente di raccontarmi questa esperienza*; Antonio si scusa, chiedendomi se ha parlato troppo al punto di avermi annoiata; gli rispondo che non ero annoiata ma che ero interessata a capire insieme a lui come mai gli fosse venuta in mente quell’esperienza di appartenenza alla camorra; forse questo ci avrebbe potuto aiutare a capire come si sentiva in quel momento. Dopo averci pensato un po’, mi dice che crede gli sia venuta in mente perché ha paura; aggiunge che il giorno dopo sarebbe tornato per due giorni a casa e quello che era stato il suo migliore amico (colui che lo aveva fatto entrare nella banda), insieme al resto della banda, gli avevano promesso che lo avrebbero ucciso, proprio perché lui era uscito dalla stessa. A questo punto ho provato una grossa pena per lui, mi veniva da assicurarlo, ma come potevo farlo? E a cosa sarebbe servito? Così ho preferito rimanere in silenzio, mentre cercavo di pensare a come utilmente proseguire nel dialogo; come ho accennato sopra, in quel momento arriva l’operatrice che con la sua presenza interrompe il discorso. Antonio, che per tutto il dialogo mi ha intensamente guardata negli occhi, arrivata l’operatrice si ricurva esageratamente con la schiena e la testa, come al suo solito, al punto da riuscire appena a vedere uno sguardo di nuovo schermato, a mio avviso da un’altra realtà parallela. In tal modo mi salvava dalla difficoltà di continuare a sostenere emozioni tanto intense, e dall’utilizzarle per sviluppare un pensiero che fosse in qualche modo utile per Antonio.

La tirocinante collude con il tentativo di Antonio di spaventarla e non riesce a pensare le emozioni che l'ospite della comunità vuole suscitare. Il problema di Antonio è quello di competere con Corrado nell'“interessare” la tirocinante - donna con l'esibizione di un coraggio maschile, identificato con una autodistruttività che sfida la morte. Le “spaventose vicende” implicano a tal punto la tirocinante, da non trovare parole per dare senso alle emozioni che caratterizzano la sua relazione con Antonio e con Corrado. Una relazione che non vede la presenza di operatori atti a inibire l'esibizionismo dei due, fondato sulla sfida alla morte. La tirocinante si sente evidentemente “attratta” dalla relazione e, con il suo interrogare Antonio sui motivi che lo avevano spinto proprio allora a raccontare la sua storia, sembra voler avere una conferma al suo timore/desiderio di sentirsi impaurita/sedotta dal racconto. Il sarcasmo di Antonio è evidente, nell'esprimere il timore di aver *annoiata* un'ascoltatrice che era in gravi difficoltà per le incontrollabili emozioni evocate dal racconto. La tirocinante sa che dovrebbe aiutare Antonio a pensare le emozioni che intercorrono tra loro nella relazione, ma non riesce nell'intento in quanto non sa cogliere il senso delle proprie emozioni, non sa pensarle per il coinvolgimento collusivo che sta sperimentando. Il mancato conferimento di senso alle emozioni che i due vivono nella relazione, motiva Antonio a rinchiudersi in se stesso all'arrivo dell'operatrice. Antonio aveva provato a stabilire una relazione seduttiva con la tirocinante, manifestando la fantasia di poter interessare l'interlocutrice, ma solo tramite l'esibizione di distruttività e al contempo la sua alleanza con persone pericolose e crudeli; si era all'epoca della diffusione del libro “Gomorra” di Roberto Saviano, all'epoca della minaccia di morte, da parte della camorra, nei confronti dell'autore; Gomorra, d'altro canto, era una delle città della pianura attorno al Mar Morto che, nel racconto biblico, venne distrutta da Dio assieme a Sodoma per la corruzione, l'empietà, il decadimento morale dei suoi abitanti. Antonio sembra impaurito tanto quanto la tirocinante; la sua è paura del suo mondo interno, delle sue emozioni di impotenza che lo portano a fantasticare alleanze e appartenenze a gruppi delinquenziali potentissimi e crudeli; appartenenze che debbono essere sancite con il sangue del marchio indelebile. Antonio vuole sedurre la tirocinante, ma quello è il suo modo di chiedere aiuto, di proporre il proprio problema: una chiusura che lo allontani dalla fantasia di spaventare, per esorcizzare la propria paura. La chiusura in se stesso può essere attenuata con il tentativo di spaventare una donna, ma a patto che la donna non si spaventi e lo aiuti a pensare le proprie emozioni. La tirocinante, immersa nella dinamica collusiva con Antonio, si spaventa e non sa trovare le parole per dare un senso alla relazione.

L'interpretazione, quindi, ha quale obiettivo la comunicazione di un pensiero sulle emozioni che intercorrono tra chi pone la domanda e lo psicologo; perché le emozioni acquistino un senso, coerente con il problema che motiva la domanda e che organizza emozionalmente la relazione tra utente e psicologo. Con il pensiero che dà senso alle emozioni entro la relazione, si riesce a dare senso anche al problema che viene rappresentato simbolicamente entro la relazione di domanda.

Interpretare significa, per lo psicologo, accedere alle proprie emozioni entro la relazione per cogliere il senso della relazione stessa; significa, poi, avere la competenza categoriale a trasformare le emozioni pensate in un discorso capace di facilitare nell'interlocutore un pensiero sulle proprie emozioni. Per questo parliamo di pensiero emozionato: senza la connotazione emozionata del pensiero e della comunicazione, è impossibile una trasmissione di senso che aiuti l'altro a pensare le emozioni vissute entro la relazione con lo psicologo clinico. Dare spiegazioni, in sintesi, si pone all'opposto dell'interpretare. E' importante cogliere come l'interpretazione concerna l'evento critico della relazione tra chi pone la domanda e lo psicologo; mentre la spiegazione concerne il caso clinico, la problematica dell'altro quale emerge dal desiderio inconscio che va esplicitato. Ancora una volta si può cogliere la differenza tra *evento critico* e *caso clinico*; tra il dare senso alla *relazione* e il fare *diagnosi*.

Nella nostra scuola, il terzo anno viene dedicato all'intervento interpretativo e alle modalità con cui si può aiutare l'interlocutore, sia nel caso di un singolo individuo come in quello di un'organizzazione e delle sue diverse componenti, a dare senso alle emozioni che caratterizzano la relazione di domanda. Questa differenziazione per argomenti riferiti ai diversi anni della formazione può apparire, come abbiamo detto, schematica: è di fatto impossibile differenziare la conoscenza delle proprie emozioni, quella delle emozioni dell'altro nella relazione e la conoscenza di come intervenire entro la relazione con l'obiettivo del conferimento di senso al problema che motiva la domanda. Ma le tre aree della competenza clinica hanno al loro interno una propedeuticità che l'esperienza di tirocinio aiuta a approfondire. E' interessante notare, a questo proposito, che la tirocinante dell'esempio sopra riportato sia al secondo anno della sua formazione.

Elaborare la frustrazione del lavoro clinico

I motivi che portano a considerare il lavoro psicologico clinico come frustrante sono molteplici.

Consideriamo innanzitutto il fatto che nell'intervento psicologico è difficile "vedere" il prodotto, l'esito del proprio lavoro. Consideriamo un cuoco che crea e prepara un piatto di pesce; pensiamo a un chirurgo che interviene per asportare un tumore cerebrale; pensiamo a un meccanico che ripara il guasto di una automobile; pensiamo all'economista che elabora una strategia monetaria del governo, per fronteggiare una crisi finanziaria nel paese a cui appartiene; pensiamo al falegname che costruisce un mobile, un infisso, il pavimento di un terrazzo; pensiamo a un architetto che pensa e realizza la ristrutturazione di un appartamento. Potremmo continuare a lungo: in tutti questi casi, come in molti altri, è elevata la visibilità del prodotto della propria competenza, del proprio lavoro. Nel caso di una psicoterapia a orientamento psicoanalitico o di un intervento entro un'organizzazione sanitaria l'ostensibilità del prodotto del proprio lavoro è molto meno evidente; passa molto tempo prima che qualche risultato sia visibile, e spesso si lavora senza che un "prodotto" sia effettivamente apprezzabile dallo psicologo. Sappiamo che il lavoro psicologico clinico ha una connotazione metodologica, volta a costituire una competenza a pensare emozioni e questo non consente visibilità di quanto si persegue. La tolleranza dell'ambiguità sembra una componente importante della competenza psicologica.

Un secondo elemento di frustrazione del lavoro psicologico clinico è dato dall'aleatorietà della relazione tra psicologo e utente. Se l'obiettivo dell'intervento psicologico è quello di facilitare un pensiero sulle emozioni vissute nella relazione clinica, quanti potranno essere interessati a un'esperienza che tende a questo? Lo sanno bene i giovani psicologi clinici, che sperimentano spesso la fatica nel trovare un committente per il loro lavoro, passando a volte anni nell'attesa che qualcuno si decida a chiedere loro una prestazione professionale. Nell'ambito psicologico non c'è solo disoccupazione giovanile, cosa che caratterizza molti altri ambiti del lavoro; c'è la frustrazione che deriva dall'impotenza a proporre un senso alla propria competenza e dall'impotenza che consegue allo svuotamento della relazione tra problemi vissuti da persone e sistemi sociali e competenza psicologico clinica.

Un terzo elemento di frustrazione è dato dalla scarsa definizione delle linee guida di una formazione alla psicologia clinica: sembra che tale formazione non debba finire mai. Sembra che ci siano sempre nuove cose da imparare, da approfondire, da elaborare e non solo nell'ambito psicologico ma anche in quelli economico, sociologico, storico, culturale in senso più ampio. Lo psicologo clinico non può limitarsi a una preparazione tecnica ma si propone sempre più spesso come uomo di cultura, con una preparazione che nessun studio universitario e nessuna lettura può dare o garantire.

Un quarto elemento di frustrazione è dato dalla sistematica reversibilità dei progressi che la relazione clinica sembra faticosamente raggiungere. Si interviene entro una struttura organizzativa ove si persegue tra mille ostacoli un lento cambiamento culturale, ma il rinnovo del vertice direzionale dell'organizzazione modifica profondamente l'assetto culturale raggiunto. Si lavora psicoterapeuticamente con una persona che faticosamente sembra aver colto alcuni aspetti del proprio adattamento, quando un evento critico esterno alla persona (la morte di una persona cara, una crisi sul lavoro, le difficoltà sorte nell'ambito amicale) ripropone nuove difficoltà nella relazione con lo psicoterapista.

Potremmo continuare, ricordando come le interruzioni della relazione con lo psicologo clinico, prese unilateralmente e senza ragioni comprensibili da chi a lui si è rivolto tempo prima, possano confrontare lo psicologo con profonde frustrazioni, con crisi dell'autostima e dell'identità professionale.

Insomma, quella dello psicologo clinico è una professione difficile; richiede sicurezza e tolleranza della frustrazione, come anche è facilitata da luoghi e rapporti d'appartenenza che compensino, almeno in parte, il senso di solitudine abbandonica che lo psicologo clinico può sperimentare.

E' molto importante lavorare su questo e elaborare strumenti di comprensione dell'esperienza frustrante che costella la vita professionale. Specie per i giovani che si formano alla psicologia clinica e alla psicoterapia, l'esempio di colleghi adulti affermati nel lavoro può sollecitare l'illusione di una professione foriera di potere sociale, di gratificazioni e di dipendenza acritica dell'utente nei confronti del professionista prestigioso. Non è così. Molti resoconti professionali, quali s'incontrano sui libri o sui lavori scientifici nell'ambito, sono rivolti al successo e poco propensi a presentare gli insuccessi professionali. In psicoterapia, ad esempio, la interruzione della terapia da parte dei pazienti è raramente oggetto di resoconto e di riflessione teorica e di formazione professionale.

Il tirocinio è l'esperienza formativa più importante anche nell'ottica di esplorare le componenti frustranti della professione: preparare i giovani psicologi clinici a cogliere il senso formativo della frustrazione, a riflettere sul senso delle emozioni che le difficoltà professionali evocano, ad accettare i problemi e i fallimenti come occasioni d'apprendimento e non come cose spiacevoli da eliminare dalla propria mente e dal ricordo, ecco fasi importanti della formazione alla psicologia clinica.

Conclusioni

Abbiamo proposto, in questo lavoro, la differenza tra evento critico e caso clinico, quale dimensione rilevante del processo formativo. Abbiamo proposto, anche, l'articolazione delle finalità che si perseguono con la psicologia clinica e che abbiamo definito come: facilitazione al pensiero sulle emozioni evocate dalla relazione di domanda. Abbiamo anche ricordato la rilevanza del pensare emozioni quale modo per dare senso all'emozionalità della relazione, per costruire così un senso al problema che ha motivato la domanda allo psicologo clinico. Problema che va affrontato considerando la domanda che viene posta allo psicologo, il contesto entro cui il problema sorge e entro il quale viene elaborata e analizzata la domanda, considerando la metodologia che fonda il pensare emozioni e il ruolo che lo psicologo riveste in questa funzione. Sono questi i temi del processo formativo: temi che comportano differenti fasi di sviluppo della competenza: dalla conoscenza delle proprie emozioni entro la relazione clinica, sino alla competenza a interpretare e a facilitare nell'utente il conferimento di senso al problema portato nella relazione tramite la domanda.

Bibliografia

Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 187-206. Consultato il 10 ottobre 2009 su: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Carli.htm

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170. Consultato il 10 ottobre 2009 su: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_08/copertina.htm

Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: PUF. Trad. it. (1973). *Enciclopedia della psicanalisi*. Bari: Laterza.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultato l'11 settembre 2009 su: http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm.

Vervoordt, A. (2008). Designers Tell All. *Architectural Digest*, 1, 1-2.