

Il processo formativo “postgraduate” in psicologia clinica: riflettere l’esperienza

di Vittorio Cigoli*, Davide Margola*, Marialuisa Gennari*, Monica Accordini*

Il contesto istituzionale

L’Alta Scuola di Psicologia “Agostino Gemelli” è stata istituita nell’anno accademico 2000-2001. Essa è l’erede di una prestigiosa tradizione di formazione d’eccellenza in psicologia. Va infatti ricordato che nel corso degli anni ‘50 del secolo scorso Padre Gemelli, fondatore dell’Università Cattolica (1921) e del famoso “Laboratorio di Psicologia e Biologia” (1924) in cui si sono formati gran parte dei più noti psicologi italiani del Novecento¹, ha attivato le prime Scuole di Specializzazione in Psicologia. Tra di esse figura anche quella in psicologia clinica.

L’Alta Scuola di Psicologia ha rinnovato l’impegno nei confronti di una formazione d’eccellenza in ambito psicologico tenendo fede a due principi fondamentali: il rapporto reciproco tra modelli teorici e pratiche operative e l’apertura in senso sociale e comunitario della psicologia.

Attualmente l’Alta Scuola organizza vari *Master Postgraduate*, alcuni dei quali in varie edizioni e così con una storia documentata di formazione. Organizza anche Seminari Internazionali, *Summer School* e scambi internazionali su progetti di ricerca (cfr. <http://asag.unicatt.it>). Infine organizza seminari internazionali di confronto sui modelli di formazione in psicologia clinica in merito ai sistemi di accreditamento, ai contenuti e alle tecniche di formazione e alle modalità di verifica dei risultati².

Il presente contributo ha come fondamento il processo formativo postgraduate con particolare riferimento alla *clinica della relazione di coppia*³. Si tratta di una riflessione sui presupposti epistemologici che guidano il percorso formativo, così come sull’esperienza condotta. L’aspetto empirico, come si vedrà, è rappresentato dalla verifica di processo attuata dai partecipanti del Master, tutti psicologi clinici e nella quasi totalità psicoterapeuti.

L’astrazione modellistica versus la costruzione del progetto

Occorre partire dalla considerazione che in ambito accademico è decisamente prevalente l’approccio formativo di tipo stereotipato rispetto a quello di tipo euristico.

Ciò significa che dominano modelli di tipo meccanicistico-burocratico. “Meccanicistico” nel senso che il prodotto finale della formazione è definito in modo astratto. Si tratta di conoscenze e competenze che, secondo gli esecutori, *devono* essere acquisite. All’interno del modello è vivo il confronto e il conflitto per la spartizione di insegnamenti disciplinari e crediti formativi (il *potere sociale*). “Burocratico” nel senso che il potere decisionale e di controllo (compresa l’efficacia) è nella mani di apparati normativo-amministrativi e assai poco in quelle del corpus docente e della sua responsabilità nei confronti degli studenti in formazione.

* Università Cattolica di Milano, Facoltà di Psicologia

¹ Il gruppo di ricerca era noto internazionalmente come “Scuola di Milano”. Cfr. Esposito, Fenaroli & Vanetti (2009).

² Cfr. “*Developing Clinical Psychology and Training. An International Perspective: Europe and North America*”. Durante il seminario sono stati messi a confronto i sistemi di accreditamento e formazione clinica nordamericani (Ph.D., Psy.D., Master Degree) e quelli europei con particolare riferimento alla Gran Bretagna e all’Italia (<http://www.vittoriocigoli.com>).

³ È in corso la terza edizione del Master.

Com'è noto, il modello stereotipato si presta alla gestione dei "grandi numeri" ed ha il vantaggio di offrire il sentimento del potere manipolativo a governi, ministeri e apparati amministrativi. Ne sono esempi i ricorrenti mutamenti strutturali e normativi della formazione universitaria che, di fatto, nulla incidono sulla *relazione formativa*.

In che cosa consiste allora l'approccio di tipo euristico? Quali sono le sue caratteristiche emergenti? Sicuramente quella di favorire un apprendimento che coniughi conoscenza e scoperta. Quest'ultima richiede la presenza di *ipotesi formative* e di prove a sostegno dell'efficacia di tale ipotesi. L'ipotesi vive di un pensiero emozionato, cioè desiderante e tensionale. Essa così considera i vincoli esistenti (le norme burocratico-amministrative), ma li trascende in un *progetto*.

Progettare è infatti "gettare in avanti", raffigurarsi un percorso formativo che ha, a mente e a cuore, *l'altro* (lo studente, lo specializzando), la relazione con lui e con la società presente e futura. Ciò comporta, in particolare, il tener conto sia dei bisogni di sicurezza dei formandi (la conoscenza da acquisire), sia quelli di apertura alla scoperta (la ricerca esplorativa da compiere).

In sintesi; mentre il modello stereotipato considera lo studente o lo specializzando l'oggetto del processo formativo e applica una metodologia meccanicistico-burocratica, il modello euristico si fonda sull'idea di una "scienza con coscienza e desiderio" che implica una particolare centratura sulla responsabilità relazionale del corpus docente e dei formandi.

L'intervento sui legami versus la visione individualistica

È in particolare nella formazione clinica che il dilemma individuo-legami è quanto mai visibile. Il tragitto culturale dell'Occidente ha offuscato il valore dei legami a favore dei diritti individuali e del valore di sé. Ciò ha anche comportato il predominio di una visione secondo cui la clinica riguarda il rapporto uno ad uno (paziente-esperto) allontanandolo dai sistemi fondamentali di riferimento della persona, siano essi familiari, lavorativi e comunitari.

La chiusura diadica è diventata un "tratto caratteriale" del lavoro clinico. Così aprire la mente al rischio dell'investimento sui legami e del riconoscimento delle reti significative della persona comporta sempre una *pars destruens*, un dolore per la perdita del riferimento sicuro. La visione individualistica (paziente-esperto) si coniuga in genere con la preferenza verso i "modelli ortopedici" d'intervento clinico. Tali modelli, che riguardano tutti i paradigmi clinici (cognitivo, psicoanalitico, sistemico), sono quelli che fanno credere ai formandi che si sa cosa si debba fare nelle varie situazioni cliniche. Essi saturano così i bisogni di sicurezza, ma accecano l'apertura alla relazione con l'altro come soggetto di esperienza, conoscenza, trasformazione.

Va detto che l'"altro" è una categoria che comprende la singola persona, la coppia, la famiglia, il gruppo di riferimento culturale e il gruppo di lavoro.

Il gruppo di apprendimento come anima del progetto

L'investimento sui legami e sul senso di cui essi sono portatori comporta che l'iter formativo assegni al *gruppo di apprendimento* il posto centrale. Ciò vale sia per l'aspetto delle competenze da acquisire, sia per la riflessione sulle pratiche. Le competenze da acquisire nel lavoro clinico non sono solo trasmesse, ma dialogate tra gruppo docente e gruppo discente. Ciò che va "animato" è la riflessione clinica e l'apertura di ipotesi di lavoro da parte dei formandi.

La riflessione sulle pratiche, da parte sua, vincola l'esperienza condotta dai singoli al confronto cognitivo, emotivo-affettivo ed etico all'interno del gruppo. In tal modo la responsabilità personale dell'incontro clinico trova nel gruppo di apprendimento sia un luogo di elaborazione, sia un luogo di ampliamento dell'esperienza.

Il rapporto modello-tecnico-contesto

Il lavoro clinico si esplica in vari contesti e non solamente all'interno del setting psicoterapeutico. Di frequente il clinico si trova di fronte ad un'assenza di domanda esplicita da parte del cliente, oppure si trova ad operare entro un gruppo di lavoro. Ciò vale in particolare per le attività ospedaliere e per quelle nei servizi pubblici. Le tecniche e gli strumenti che utilizza (il primo strumento è, come è noto, la stessa persona del clinico) non sono però asettici, ma si rifanno ad alcuni principi e concetti ispiratori del lavoro clinico. Di qui la necessità, da parte del clinico, di riconoscersi all'interno di un orientamento teorico-concettuale, di conoscerne le tecniche, ma anche di sentirsi coinvolto nel processo di verifica degli interventi. È questo un aspetto etico del lavoro clinico.

Il fatto di abbisognare di un orientamento clinico non significa confondere tra loro *credenze* e *verità*. Credere in qualcosa (modi del funzionamento mentale, qualità e patologia dei rapporti interpersonali, generazionali, sociali) è necessario, ma l'attribuzione al proprio orientamento della verità impedisce il dialogo costruttivo e la possibilità di apprendere dall'altro (altri orientamenti e tecniche) e dalla sua esperienza.

Il modello euristico all'opera

Come i principi e gli orientamenti esposti entrano nel vivo dell'iter formativo del Master Postgraduate in Clinica della relazione di coppia?

Partiamo dalla *costruzione del progetto*. Vengono abbandonati i criteri relativi alla distribuzione di crediti formativi secondo le aree disciplinari e i rispettivi contenuti. L'architettura del Master è gestita dallo staff (direttore, coordinatore, tutor d'aula, supervisore dell'esperienza clinica, responsabile amministrativo) e prevede la presenza di tre macroaree⁴.

La prima è l'incontro dei partecipanti con gli *esperti*. Si tratta di clinici provenienti dall'Italia, ma anche dall'Europa e dal Nord America che da anni incontrano coppie in vari contesti (psicoterapia, gruppi di *enrichment*, gruppi di supporto, coppie con un membro malato grave, mediazione familiare...) e che hanno prodotto un *sapere situato*. A ciascun esperto è richiesto di gestire una-due giornate di lavoro a partire dall'esperienza clinica effettuata nel corso degli anni. Viene sempre richiesto agli esperti di portare casi, sia in cartaceo, sia in video, da discutere con i partecipanti.

Il Master non privilegia in particolare un paradigma clinico d'incontro con la coppia (psicoanalitico, cognitivo-comportamentale, gestaltico, sistemico...); privilegia invece il confronto tra modelli e tecniche di lavoro e una *riflessione* sugli aspetti relazionali di cui ciascun modello-orientamento è portatore. L'ipotesi formativa (la tensione-desiderio) è infatti quella che ciascun partecipante all'interno della struttura organizzativa del Master possa "trovare la sua strada" avvalendosi del confronto tra modelli d'intervento clinico sulla base del principio ispiratore: quello *relazionale*. Il "principio relazionale" trascende insomma i modelli e gli orientamenti clinici e si manifesta sia nell'attenzione rivolta alle modalità d'incontro tra il clinico e la coppia, sia alle modalità di scambio che caratterizzano le coppie. Di qui l'interesse nei confronti di una *teoria della tecnica* ad impronta relazionale.

È così richiesto ai partecipanti di cogliere i collegamenti tra la pratica clinica e i suoi principi ispiratori. A tale lavoro riflessivo si dedicano in particolare i tutor d'aula. Si tratta di psicoterapeuti e clinici esperti nella gestione dei gruppi di apprendimento. Essi costituiscono la struttura portante (l'"anima") del Master poiché curano i rapporti tra saperi, competenze, pratiche e stimolano lo scambio tra i partecipanti. I materiali di studio e di approfondimento consigliati vengono messi in rete a disposizione dei partecipanti. È possibile anche attivare forum di discussione.

⁴ È alle macroaree che vengono attribuiti i 60 crediti previsti (1500 ore di cui 600-700 a carico del Master). Si tratta (a) dell'incontro con gli esperti, (b) della supervisione diretta e indiretta, con esperienza di tirocinio-stage, (c) della preparazione del paper finale con presentazione di un caso clinico.

La seconda macroarea è *l'attività clinica* con le coppie che viene supervisionata in gruppo. I materiali, di varia tipologia, vengono portati direttamente dai partecipanti. In parecchi casi, poi, essi possono partecipare "in diretta" all'incontro con le coppie in setting diversi assieme ad un clinico esperto. Questa modalità di supervisione si avvale della collaborazione sistematica tra Master e Scuole di Psicoterapia riconosciute dal Ministero che da anni utilizzano come strumento formativo sia la co-conduzione, sia la supervisione attraverso materiale videoregistrato.

L'ipotesi formativa è quella che "mettere le mani in pasta" aiuti i partecipanti non solo a far proprie determinate competenze, ma anche a *situare*. Lavorare in un setting psicoterapeutico non è affatto la stessa cosa che incontrare coppie in un servizio pubblico, o in gruppi centrati su un problema.

Inoltre la discussione-riflessione avviene *tra* i partecipanti in presenza del supervisore. L'attenzione viene focalizzata sui problemi di conduzione dell'incontro e sui sentimenti cruciali del clinico e non sulla dinamica di gruppo⁵. Viene favorita *l'identificazione costruttiva* tra i partecipanti e l'apertura verso ipotesi alternative di conduzione e di senso relazionale.

È infine compito del gruppo di supervisione focalizzare l'attenzione sul processo formativo medesimo (autoriconoscimento) e far propria la logica della *verifica* degli interventi clinici⁶. A tale scopo vengono fornite tracce di riflessione sia intermedie che finali. Di questo forniremo un esempio nella parte successiva del contributo.

La terza macroarea è la preparazione e la *discussione del "paper" finale* (tesi). Si tratta sempre di casi clinici di incontro con le coppie nei diversi contesti. I paper possono essere preparati anche da più partecipanti (due-tre) e a questo essi sono incoraggiati. Viene fornita una "griglia" per la stesura del paper e i partecipanti si devono preparare a dibattere non solo con i docenti della commissione, ma anche con i colleghi presenti. Si tratta infatti di una *cerimonia di chiusura* che privilegia il sentimento di appartenenza ad un'esperienza formativa e non il mero conseguimento di un titolo.

La valutazione del modello euristico

Veniamo, a questo punto, alla valutazione effettuata dai partecipanti al "Master in Clinica della relazione di coppia" alla sua prima edizione nel biennio 2005-2007. La valutazione del modello formativo è di *processo*, nel senso che lo strumento di verifica è stato sottoposto ai partecipanti a un anno dall'inizio del percorso formativo e a conclusione del percorso medesimo. Si tratta di una serie di domande-stimolo di cui diamo un sintetico resoconto approfondendo le tematiche trasversali nonché i punti critici emergenti. Lo faremo procedendo per aree e per parole chiave.

- *L'esperienza in aula: la relazione con i docenti*. Come si diceva, l'obiettivo formativo delle giornate d'aula è che i docenti possano condividere, oltre a specifici contenuti, anche parte della loro esperienza professionale relativamente all'intervento con la coppia (modello di lavoro, tecniche, elementi specifici del setting...) attraverso casi e vignette cliniche. L'aula ha potuto così sperimentare un processo d'identificazione ora con i docenti-professionisti, ora con la coppia presa come "caso clinico".

Per quanto attiene all'identificazione con il docente il gruppo dei partecipanti evidenzia, come elementi salienti, la capacità di pensare e progettare il lavoro clinico nei suoi elementi chiave, la generosità dei "testimoni" e la chiarezza con cui sono stati discussi i diversi strumenti del lavoro clinico. Sul versante dell'identificazione con la coppia emerge come significativo il bisogno di accoglienza dei partner, la necessità del dialogo e del confronto

⁵ I gruppi di apprendimento sono tali proprio perché si occupano di "problemi condivisi" e non della dinamica grupale.

⁶ L'attenzione alla verifica degli interventi clinici con la coppia avviene attraverso la messa a punto di strumenti utilizzabili sia nel pre-post dell'incontro, sia durante l'incontro medesimo. Cfr. in proposito Cigoli (2003); Cigoli et al. (2003, 2005); Margola, Cigoli & Aschieri (2006).

con l'altro, il coinvolgimento personale nel lavoro, il sentire di avere una guida lungo il percorso di cura.

L'elemento cruciale più volte evidenziato risulta essere proprio il clima di una formazione basata sull'esperienza. Ciò che accomuna docenti e partecipanti è la messa a fuoco degli obiettivi conoscitivi e della "sensibilità clinica".

Dal processo di verifica risulta come nel corso del Master sia progressivamente cresciuta la possibilità tra il gruppo e i docenti di un dialogo aperto e criticamente orientato sia all'acquisizione di competenze necessarie al lavoro clinico, sia alla necessità di affinare modalità di comprensione e condivisione della sofferenza di cui le coppie sono portatrici.

L'impianto predisposto ha inoltre consentito al gruppo di sistematizzare e approfondire alcune prospettive teoriche relativamente alla clinica di coppia attraverso il confronto di modelli teorici ed operativi diversi tra loro. Prospettiva psicodinamica, sistemico-relazionale e cognitiva hanno proficuamente dialogato insieme come dimostrano le riflessioni dei corsisti che, seppur formati al lavoro psicoterapico in scuole diverse, hanno potuto e saputo apprezzare in alcuni docenti proprio la differente impostazione teorico-metodologica.

In questa prospettiva di apprendimento risulta invece distante l'apporto della partecipazione ad alcuni convegni scientifici. Si è infatti trattato di un modello formativo di fruizione più passiva e che ha messo in evidenza la difficoltà di apprendimento in un contesto dove la relazione docente-partecipante al Master rimane più formale e più centrata sui contenuti.

Indubbiamente l'impianto proposto comporta la necessità di un forte raccordo fra i diversi docenti relativamente agli obiettivi formativi nei confronti del gruppo, così come la costituzione del sentimento di appartenenza e di compartecipazione ad un unico progetto. La disponibilità dei docenti a condividere la storia del gruppo in formazione si evidenzia bene nelle valutazioni espresse dai partecipanti al Master. Tale aspetto è da connettersi anche alla storia di confronto professionale tra il gruppo di progettazione e coordinamento del Master e il gruppo dei docenti; si tratta infatti di una storia di legami precedenti, in alcuni casi "storici", che aiuta a costruire un filo rosso che lega e connette i diversi moduli d'aula⁷.

L'uso del "gruppo in formazione" rimane un aspetto cruciale in quanto risponde ad obiettivi di confronto, chiarificazione e facilitazione reciproca *tra* i partecipanti. In particolare, il lavoro di gruppo consente di costruire un patrimonio comune e una competenza relazionale necessaria al lavoro in setting multipli, necessità sempre più sentita nel lavoro clinico in generale e in quello di coppia in particolare.

- *L'esperienza di supervisione.* La supervisione ha permesso innanzitutto una riflessione e una condivisione di una teoria della tecnica relazionale che consente di mettere a fuoco, di caso in caso, l'uso della metodologia, delle tecniche e degli strumenti più opportuni per riuscire a lavorare sulla relazione di coppia attraverso la relazione clinico-terapeutica. Qui di seguito segnaliamo alcune dimensioni significative evidenziate dai partecipanti.

La complessità. Il gruppo in supervisione riconosce l'utilità di una riflessione sulle diverse fasi e i tempi della vita di coppia, così come sui diversi contesti culturali e familiari che caratterizzano il legame di coppia. Tale complessità si arricchisce peraltro della presa in considerazione dei differenti contesti istituzionali che hanno orientato e reso possibile l'incontro con la coppia e i suoi bisogni.

I legami. Cogliere le caratteristiche della relazione di coppia così come quelle della relazione di cura è la sfida principale. Gli ingredienti e le caratteristiche di entrambi e la loro lettura è per il gruppo di supervisione una degli aspetti più significativi dell'esperienza formativa. Così, a proposito della coppia è stato cruciale coglierne il "core", identificarne il "patto", risalire alle origini del legame e individuare gli eventi che essa ha incontrato. A proposito del terapeuta viene sottolineata la responsabilità della conduzione e della guida all'interno di uno spazio-tempo comune: mettere a fuoco i criteri di lettura e le variabili (il setting), individuare le piste percorribili, definire gli obiettivi e costruire un progetto di lavoro plausibile, soggetto a mutamenti e a verifiche nel tempo.

⁷ Come detto il Master è organizzato in collaborazione con Scuole di Psicoterapia che da anni si occupano di clinica di coppia, anche se non in modo specifico. Gli inviti ai docenti sono programmati secondo gli obiettivi del Master e la competenza riconosciuta ai docenti medesimi.

- *La spendibilità professionale*. Quale potenziale professionalizzante è insito nel progetto formativo? A questo livello le risposte dei partecipanti si orientano o più sull'acquisizione di tecniche e di strumenti spendibili nella pratica clinica, oppure più sul processo di costruzione della domanda di cura in termini di contesto, di relazioni e di committenza (Carli & Paniccchia, 2003).

Nel primo caso i partecipanti focalizzano di più l'attenzione sull'aspetto specialistico dell'intervento clinico di coppia. D'altra parte di frequente la committenza è "mediata" (pensiamo ai Tribunali, ai servizi di diagnosi e cura, ai colleghi che vedono individualmente uno dei due partner) e la domanda di cura è tutt'altro che univoca. A tale proposito basti qui ricordare come possa accadere che non ci sia accordo nella coppia sul "perché" si è arrivati all'attenzione del clinico e come non di rado uno dei due membri gioca il ruolo di chi vi è stato letteralmente trascinato.

Se questo però è il livello cosciente-esplicito dell'esperienza e della sua spendibilità, ce n'è un altro che possiamo definire emotivo-implicito. Si tratta di alcuni "sentimenti" ricorrenti nelle valutazioni fatte dai partecipanti. Ci riferiamo in particolare all'emergere dei sentimenti di rischio, di responsabilità e di verifica, su cui vogliamo soffermarci in una sorta di glossario dell'esperienza formativa.

Il sentimento del rischio. Nel corso dell'esperienza i partecipanti guardano sempre più criticamente alla varietà dei problemi presenti nella relazione clinica e mettono alla prova la "domanda di cura" della coppia e i motivi che la sostengono.

Ciò comporta il superamento di un'immagine "stabile e fissa" di professionista, che al problema risponde in modo automatico sulla scia di una qualche procedura o tecnica di lavoro. In ultima analisi si tratta della possibilità, da parte del clinico, di correre il rischio dell'avventura dell'incontro con l'altro (la coppia, il contesto) e di riconoscere come il lavoro clinico si caratterizza proprio per la motivazione a scegliere e a rischiare, vale a dire ad aprirsi anche all'imprevisto, all'inatteso e a cercare nuove vie di cura possibili.

Il sentimento di responsabilità. Il tema è legato a quello precedente, potremmo dire che lo sostanzia. La responsabilità rimanda all'assunzione di ciò che è stato compiuto e al riconoscimento del limite insieme a quello della competenza. Nell'incontrare una coppia e il suo mondo la responsabilità del clinico è infatti totale e non è solo responsabilità deontologica, né mera competenza tecnica. Peraltro alla responsabilità totale del clinico corrisponde la responsabilità totale della coppia⁸. Ciò a dire che il risultato dell'incontro clinico è un'"impresa congiunta" connessa alla relazione tra il clinico e la coppia. Anche in questo caso ci troviamo di fronte, attraverso la verifica di processo, ad un sentimento diffuso e più chiaro nel gruppo dei partecipanti a proposito di "responsabilità congiunta".

Il sentimento della verifica. Si tratta di un tema delicato che specie per i clinici che provengono da un orientamento psicoanalitico e sistemico è "messo all'angolo". Fare una verifica del percorso effettuato insieme alla coppia (o al gruppo di coppie) è però un altro modo per avvalorare l'assunzione di rischio e il sentimento di responsabilità. Ciò che infatti occorre è *avere in mente* fin da subito, cioè fin dal primo incontro con la coppia, la necessità di un tempo di verifica-riflessione di ciò che è stato compiuto. Gli strumenti utili allo scopo sono quanto mai vari: da domande chiave attorno a cui attivare il confronto fino ad arrivare a strumenti qualitativi e self-report. La spendibilità professionale passa dunque anche attraverso lo sviluppo di tale sentimento.

Conclusioni

Nel presente contributo, dopo aver messo a fuoco il contesto istituzionale, quello universitario e la presenza di due modelli di formazione, uno "modellistico-burocratico" e

⁸ Come ha detto un partecipante "nessuno può chiamarsi fuori" da ciò che è compiuto.

l'altro "progettuale-euristico", abbiamo posto attenzione alla realizzazione del "Master Postgraduate in Clinica della relazione di coppia".

Ciò ha permesso di considerare sia i principi del modello euristico, sia la sua applicazione concreta attraverso la valutazione dell'iter formativo da parte dei corsisti. È stata utilizzata allo scopo una "griglia" predisposta dallo staff responsabile in due diversi momenti (intermedio e finale) del percorso formativo.

Aldilà dei risultati relativi alle diverse "voci" (esperienza d'aula con i docenti ed esperienza di supervisione) ciò che emerge come particolarmente significativo è la *spendibilità professionale*. Del resto non va dimenticato che proprio questo deve essere l'obiettivo di un Master.

Ora tale responsabilità è "visibile" attraverso due lenti: una *esplicita* che si orienta lungo due piste e l'altra, *implicita*, che riguarda l'emergere e il rafforzarsi di alcuni sentimenti che circolano nel gruppo in formazione.

Le due piste "esplicite" riguardano l'attenzione riservata da alcuni partecipanti più all'aspetto che possiamo definire "specialistico" nell'incontro con la coppia mentre altri pongono più attenzione alla costruzione della domanda di cura in termini di reti e di contesto.

D'altra parte è la lente "implicita" che permette di considerare come nell'iter formativo (della durata di circa due anni) emergano e si impongano sentimenti condivisi dai partecipanti.

Si tratta dei sentimenti di assunzione di rischio, di attribuzione di responsabilità a sé e all'altro (la coppia), di apertura verso la verifica di ciò che è stato compiuto nell'incontro tra clinico e coppia.

Se dunque, in generale, la valutazione del processo formativo si focalizza sulle competenze e le conoscenze acquisite dai partecipanti, qui la spendibilità professionale viene "misurata" attraverso i sentimenti sopra delineati. Non si tratta affatto di forme controtransferali o di indicazioni o controindicazioni nei confronti del lavoro clinico con la coppia, ma piuttosto dell'essenza stessa dell'impegno clinico.

Vogliamo chiudere questo contributo con alcune *immagini* che i partecipanti hanno prodotto per dire dell'esperienza formativa. Ne scegliamo solo alcune che ci pare possano in qualche modo rappresentare anche tutte le altre.

Un primo disegno rappresenta un puzzle in costruzione, incompleto, con alcuni tasselli ancora sparpagliati, a dire del lavoro e dell'impegno richiesto, di ciò che si è faticosamente delineato ma che, inevitabilmente, non è mai definitivamente compiuto.

C'è poi la visita in una galleria di quadri a dire della bellezza, del fascino e della curiosità che il tema della clinica della relazione di coppia sollecita. È un tema che appartiene a tutti ma che, proprio per questo, apre a "visite guidate", a percorsi possibili e ad altri non ancora percorribili.

Infine un'orchestra, come tentativo di trasformare in un'unica melodia differenti suoni e diversi spartiti, pur sapendo che l'esecuzione, per quanto mirabile e coinvolgente, può essere interpretata e ascoltata solo soggettivamente.

Bibliografia

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

Cigoli, V. (2003). *La coppia tra scenari di origine e nuova nascita*. In M. Andolfi & V. Cigoli (Eds). *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione* (pp. 125-146). Milano: FrancoAngeli.

Cigoli, V., Gennari, M., Gozzoli, C., & Margola, D. (2003). Curare la relazione di coppia. L'incontro tra pratica clinica e ricerca empirica. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 17, 5-30.

Cigoli, V., Gennari, M., Gozzoli, C., & Margola, D. (2005). L'incontro clinico con la coppia. Tra studio di risultanze e analisi del percorso di cura. *Interazioni*, 23, 53–72.

Esposito, L.I., Fenaroli, V., & Vanetti, S. (2009) (Eds). *Padre Agostino Gemelli e il Laboratorio di Psicologia. Le testimonianze dei protagonisti*. Milano: Vita e Pensiero.

Margola, D., Cigoli, V., & Aschieri, F. (2006). Valutare la psicoterapia di coppia. Tradizioni di ricerca a confronto. *Ricerca in Psicoterapia*, 9, 21–56.