

Uno spazio particolare della formazione: il "fuori del setting"

Severino Rusconi, Milano

Per affrontare in modo corretto il complesso ed attuale problema della formazione, bisogna innanzi tutto porsi in un atteggiamento di osservazione e raccogliere il maggior numero possibile di dati.

Il fenomeno più appariscente è la tumultuosa ed incontrollata proliferazione di organizzazioni che, ai più vari titoli, offrono la formazione di operatori nel campo della cura psichica. Questa offerta, esplosa fino ad allarmare le Autorità, è la conseguenza di due fattori principali: una pressione sociale massiccia che determina una richiesta abnorme e la mancanza di una regolamentazione delle strutture deputate alla saturazione della richiesta, dovuta ad una carenza di previsioni.

Circa il primo fattore penso sia meglio lasciare alla competenza di altri (sociologi) il compito di studiare e di interpretare il fenomeno. Spetta a loro cercare di capire in che modo possano aver influito la rapida trasformazione sociale, il cambiamento di modelli di vita, la crisi dei valori e quindi delle Istituzioni; sta a loro dirci che cosa possa significare e da che cosa tragga origine questo bisogno così diffuso di « psico-

logizzazione » che ha portato a privilegiare il sapere psicologico al punto da soppiantare il ruolo onnipotente che in passato era stato attribuito al sapere medico.

Ai fini del nostro obiettivo l'interpretazione di questi fenomeni sociali è meno utile rispetto all'evidenziazione di particolari aspetti finora trascurati.

Forse merita di essere ricordato il fatto che anche dal Movimento Studentesco del '68 venne avanzata la richiesta di formazione. Essa era intesa come uno dei mezzi di emancipazione dall'autoritarismo della detenzione del sapere, considerato a sua volta una forma del potere repressivo. Anche a questo proposito mi interessa sottolineare come questa richiesta sia scaturita dall'impatto, in quegli anni, della rivolta giovanile con le istituzioni scolastiche e psichiatriche e come sia possibile osservare la persistenza di queste istanze antiautoritaristiche in parecchie delle équipes di operatori che agiscono nel territorio.

Continuando l'osservazione di questo primo fattore bisogna ricordare come già negli anni sessanta si fosse manifestato l'aumento della richiesta di psicoterapia, con la conseguente attrazione a riempire lo spazio professionale che si veniva creando, pur restando allora il fenomeno circoscritto alle grandi città. Erano sorte varie iniziative, ma senza gli eccessi che oggi allarmano tutti.

Era già presente l'entusiasmo acritico per l'interventismo sullo « psichico », ed era riconoscibile l'idealizzazione di un ruolo fino a non molto tempo prima misconosciuto e disprezzato. Vi era già la proiezione onnipotente e si assisteva all'espandersi a macchia d'olio della psicologizzazione, ma ciò che ha fatto veramente esplodere la situazione, allarmando l'opinione pubblica, interessando la magistratura, mobilitando i politici, è stata l'entrata in vigore della Riforma Sanitaria. La sua attuazione ha acuito problemi già esistenti ma soprattutto ha agito da attivatrice di interventi di vario tipo che, dai più qualificati ai più dubbi, hanno in comune la caratteristica di essere una risposta affrettata ed univoca ad una richiesta ormai pressante.

Il disegno di legge per l'ordinamento della professione di psicologo, gli incarichi di psicoterapia dell'Università, la Sezione di psicoterapia della Società di Psichiatria, il Progetto per l'albo degli psicoterapeuti, sembrano rientrare tutti in questa direzione, insieme con la nascita di molte strutture private. La mobilitazione adesso è massiccia. Le attività sono molteplici, gli interventi numerosi, vi sono molte controversie intorno alla definizione e alla valutazione del ruolo dello psicoterapeuta e alla sua preparazione professionale.

Le discussioni sono accese, sostenute da punti di vista diversi, da quelli che difendono interessi personali e privilegi acquisiti, a quelli che propugnano un eclettismo onnicomprensivo, comunque tutti sempre nel senso di risposta a una richiesta ma senza una visione globale del fenomeno.

Accanto alle più tradizionali figure, maggiormente rappresentate da specialisti psichiatri e psicologi che richiedevano training psicoterapeutici, per un'attività professionale prevalentemente privata, e che negli ultimi anni avevano creato problemi di selezione alle società di psicoanalisi, si è aggiunta, con l'entrata in vigore della Riforma Sanitaria, una massa cospicua di richieste da parte di operatori nelle pubbliche istituzioni.

Come è facile verificare, la grande massa dei richiedenti una formazione è oggi rappresentata da operatori o aspiranti operatori socio-sanitari delle U.S.S.L. e da insegnanti. Questi operatori del settore pubblico chiedono a professionisti privati la supervisione per casi in trattamento nelle pubbliche istituzioni.

Inoltre il trasferimento alle Regioni delle funzioni socio-sanitarie ha messo all'improvviso gli amministratori locali di fronte all'obbligo di dover organizzare e garantire su tutto il territorio nazionale dei servizi per il funzionamento dei quali sarebbe necessaria una preparazione che la maggior parte degli operatori non possiede.

L'uscita nel territorio, con la relativa ideologia di fondo di superamento della divisione degli ambiti di

lavoro, di intervento globale, di interdisciplinarietà, ha messo gli operatori di fronte a compiti esorbitanti, scatenando dopo qualche momento iniziale di euforia, ansietà e malessere. Ha costretto gli operatori socio-sanitari del territorio a improvvisarsi in « esperti della relazione ».

Il problema è diventato ancora più complesso con la coincidenza della riforma scolastica, che psicologizzando l'insegnamento ha fatto esplodere ancora di più la richiesta di acquisire capacità di interventi psicologici. Come ho già osservato, la reazione ansiosa ha creato da un lato una richiesta di formazione cui è seguita un'offerta che molto spesso, per la fretta di risposta, si è affidata all'improvvisazione che spesso è degenerata in una sorta di abusivismo. Anche qui, come è possibile evidenziare esaminando i verbali degli ex-C.S.Z., la Legge ha contribuito all'espandersi del fenomeno. Per le nuove funzioni gli amministratori sono stati costretti a bandire concorsi per l'assunzione in ruolo in tempi molto ristretti, pena il decadimento della copertura finanziaria o addirittura il depennamento dall'organico. In questo ambito hanno assunto il significato di titolo qualificante o privilegiante certificazioni le più varie, attestazioni di lavoro variamente definito psicologico, dichiarazioni di training dalle più fantasiose diciture, ma prive tutte di qualsiasi valore ufficiale. Tutto ciò ha contribuito ad avallare una richiesta per certi aspetti ambigua in quanto spesso più finalizzata a garantire il posto di lavoro piuttosto che l'acquisizione reale di professionalità.

Pur sapendo di non essere in grado di quantificare i dati di questa richiesta, ma tanto per dare un'idea anche sommaria dell'entità numerica, vorrei ricordare che mediamente, in una delle unità in cui è suddiviso il territorio nazionale, gli operatori socio-sanitari sono circa il doppio dei medici di base operanti nella stessa unità.

Comunque, per completare la raccolta di tutti gli elementi obiettivamente, non si può trascurare un altro elemento di pressione che viene esercitato da parte degli stessi amministratori i quali, quando si trovano

nella condizione di dover autorizzare e finanziare le richieste sindacali di partecipazione a corsi di formazione professionale, intesi in una grande maggioranza di casi come formazione di tipo psicologico-relazionale, si trovano nella condizione di doversi avvalere della consulenza di esperti della formazione.

Questo grande numero di operatori nelle pubbliche amministrazioni si è venuto ad aggiungere al sempre crescente numero di operatori privati, contribuendo a ingigantire il problema della formazione che ha colto di sorpresa e impreparati i responsabili del settore. Lo stesso disegno di Legge per la regolamentazione del ruolo dello psicologo, pur nella sua articolata formulazione e nella sua invocata necessità, è una risposta parziale. È, a mio parere, una risposta burocratica, riservata a una sola categoria di operatori, a un solo settore di intervento. Sembra non tener conto della vastità dei disagi circolanti, come se la regolamentazione degli psicologi fosse la risposta esauriente a questi. Si dibatte su quale sia la migliore risposta prima di avere visualizzato tutte le richieste. Si è data una risposta prima di essersi chiesti che cosa veramente venga chiesto e da chi.

Per cercare di rispondere al primo quesito posto, che cosa venga chiesto, sono necessario diverse premesse.

La preparazione professionale di tipo tradizionale era basata su un modello univoco e aveva come obiettivo l'acquisizione di capacità tecniche sia teoriche che pratiche. Essa comporta, da parte dell'aspirante alla preparazione, esclusivamente l'adesione alle regole della trasmissione del sapere. In questo apprendimento, il rapporto con il prossimo e la conoscenza delle leggi che lo regolano è alquanto secondaria e comunque finalizzata in senso utilitaristico, per facilitare l'applicazione della tecnica stessa.

Il cambiamento delle richieste sociali ha evidenziato l'insufficienza di questo tipo di formazione fino a determinare un vero malessere in quanti sono impegnati in attività lavorative che non possono prescindere dal rapporto con gli altri, quali sono appunto in

particolare gli educatori e gli operatori sanitari e sociali. Per queste categorie, come i fatti stanno dimostrando, la conoscenza teorica e il rapporto manipolatorio non bastano più, anzi hanno generato quella diffusa sensazione di fallimento dell'operatore che è, se non l'unica, certo la principale causa di richiesta di formazione.

Se sottoponiamo poi a osservazione e a decodificazione le dizioni di certe offerte di formazione, quali sono quelle che ormai quotidianamente giungono sui tavoli degli operatori del settore, e che, non dimentichiamolo, sono una risposta a qualcosa che viene comunque richiesto, è possibile osservare che il termine di formazione rimanda sempre a un addestramento alla psicoterapia non meglio definita. Anche quando vengono diligentemente precisati gli scopi o delimitato il campo d'azione è sempre possibile riconoscere l'ambiguità del messaggio in quanto non viene mai esplicitato il modello teorico di riferimento.

In effetti, pur essendoci molta confusione attorno al termine formazione, che sta a indicare spesso cose molto diverse tra loro, quando viene usato nell'ambito medico-psicologico e sociale ha sempre un implicito riferimento alla promozione di una generica capacità psicoterapeutica. È una promessa di soddisfare un desiderio di sapere qualcosa che riguarda la conoscenza dell'uomo e l'intervento su questi con la parola. Evoca l'illusione di una preparazione che rinvia al modello psicoanalitico. Ecco che allora la richiesta di formazione viene a esprimere la fantasia che l'acquisizione di una capacità psicoterapeutica (conoscere e curare l'uomo) consenta di uscire da un disagio professionale (sensazione di fallimento) di partecipare a qualche cosa di molto importante e risolutivo (onnipotenza) e l'illusione di poter carpire il Grande Segreto e di acquistare il diritto di partecipare al banchetto degli dei, anche se si è entrati dalla porta di servizio.

A questo punto dell'osservazione è già possibile cominciare a enunciare che nella richiesta di formazione entrano elementi collettivi e personali.

Tra quelli legati alle esigenze del collettivo, che vuole operatori preparati, che vuole che si dia il sostegno psicologico, che ci si faccia carico dei problemi relazionali, familiari, lavorativi, vanno considerati anche l'influenza della ideologia assistenziale, dell'idealizzazione dell'eliminazione della sofferenza, della presenza di istanze antiautoritaristiche e non ultimi quelli legati all'ideologia del gruppo che tra le varie possibili direttive emana quella del « tutti analizzati ». Ciò che spinge a richiedere la formazione alla psicoterapia è quindi una complessità di situazioni che sono la somma di un insieme di conflitti che confluiscono in una determina persona operante in condizioni che favoriscono l'insorgere degli stessi. Come è possibile osservare con l'analisi delle motivazioni in questo tipo di richiesta, vi è sempre una domanda di aiuto personale, di presa in carico, di auto-centratura, al di sotto della richiesta manifesta cioè entrano in gioco sempre elementi personali inconsci. Ma anche volendo trascurare questi ultimi, ciò che viene chiesto è comunque di essere aiutati a « gestire » le implicazioni inconscie che il ruolo professionale comporta, obiettivo che si pensa possa essere ottenuto con il diventare psicoterapeuti.

A questo punto non si può trascurare il fatto che oggi-giorno è molto difficile districarsi tra le numerose attività che si definiscono psicoterapeutiche. Qual-siasi scambio fra due o più persone viene etichettato come psicoterapia. Si va da applicazioni nelle quali la verbalizzazione è indispensabile all'azione terapeutica, a quelle nelle quali può prendere la forma non verbale con l'utilizzazione anche di azioni corporali. La realtà in questo campo sorpassa spesso la fantasia. Non esiste una teoria generale della psicoterapia alla quale ci si possa riferire, esistono solo tecniche psicoterapeutiche e metodi psicoterapeutici di cui quello psicoanalitico è il capostipite e l'ispiratore. Mancando una definizione, come fa osservare Schneider, « la soluzione generalmente preferita è il derivare la psicoterapia a partire da un metodo che realmente lo sia, come la psicoanalisi freudiana o la psicologia analitica di Jung, e di estendere le basi teoriche di questo

metodo particolare ad un insieme ideale, che in realtà non esiste, e che diventa la " psicoterapia " ». Schneider ha tentato di uscire dalla caotica frammentazione per ricercare nella moltitudine dei metodi e attività i fondamenti teorici comuni a questo metodo di trattamento psichico, al di fuori del fatto banale che comporta l'azione di un uomo su di un altro uomo mediante la parola o il corpo. D'altra parte il fatto di dare a un metodo di azione psicologica di un uomo su un altro uomo il nome di psicoterapia non significa che esso entri ipso facto « nel quadro generale della psicoterapia e soprattutto che possa avviare un'azione terapeutica ».

Senza addentrarmi nella definizione e nelle tesi che la sostengono, mi limiterò a stralciare dalle formulazioni di questo Autore ciò che mi sembra necessario per il nostro scopo di esame del problema della formazione, e poter cominciare a studiare come e da chi possa essere data la risposta a queste esigenze.

Nel campo della psicologia, considerata come studio delle esperienze soggettive vissute, i fenomeni sono di due ordini: quelli che accadono all'interno del soggetto e sono vissuti come pensieri, riflessioni, sentimenti, idee osservabili solo da chi li vive, e quelli intersoggettivi che comportano l'implicazione diretta dell'osservatore nel processo osservato. Lo strumento di misura è sempre l'osservatore che prende parte alla relazione. Strumento falsato dalle sue reazioni psichiche personali. Inoltre questi fenomeni si svolgono anche e soprattutto nell'inconscio e ogni pratica, ogni teoria, ogni ricerca, ogni applicazione sulla psicoterapia dovrebbe tener conto di questa dimensione, per non cadere in una delle facili deviazioni, come quando ci si sottrae al controllo e alla ricerca e si ricorre alla fantasmizzazione ideologica.

Se aggiungiamo a ciò la formulazione che la struttura fondamentale dello psichismo è conflittuale e che la psicoterapia tratta l'uomo malato svelando i conflitti intrapsichici non risolti, e ancora la tesi che per comprendere perché i conflitti intrapsichici non trovano soluzione è indispensabile ricorrere alla nozione di

inconscio, non si vede come si possa preparare un operatore prescindendo dalla conoscenza dell'inconscio. Non si vede come possa un operatore svolgere i compiti di osservazione senza imparare a osservare se stesso ne come possa intervenire nei compiti istituzionali conoscitivi, curativi e preventivi ignorando i conflitti inconsci sottostanti.

Se dovessimo trarre delle conclusioni sulla scorta delle osservazioni fin qui fatte ne verrebbe fuori l'utopia del « tutti analisti » come unica via d'uscita dal velleitarismo terapeutico e dalla caotica frammentazione dei metodi. La ricerca si limiterebbe alla ricerca del metodo migliore e alla regolamentazione dei requisiti.

Il modello identificatorio sarebbe sempre quello psicoanalitico, come è già riscontrabile sia nelle forme edulcorate che nelle copie e nelle sottospecie psicoterapeutiche.

A questo punto si rende necessario, per completare la raccolta di dati relativi alla formazione, un breve excursus storico. Non si può parlare di formazione senza parlare dell'opera di Balint, iniziatore che per primo ha studiato il problema. Prima delle ricerche di Balint non si pensava fosse possibile realizzare una formazione al di fuori dei training delle società psicoanalitiche. Nel dopoguerra Enid e Michael Balint si occuparono, nell'ambito del Family Discussion Bureau di Londra, della formazione di operatori nei consultori matrimoniali. Fu allora che, dopo la constatazione dell'insuccesso ottenuto con corsi tradizionali, tentarono di mettere a punto un metodo di formazione basato sul rapporto che si stabiliva tra questi operatori e i loro clienti e si ispirarono al sistema cosiddetto ungherese di formazione degli psicoanalisti. Il sistema applicato dalla scuola degli psicoanalisti ungheresi per la formazione degli aspiranti analisti, a differenza del sistema cosiddetto berlinese, e analogamente a quello junghiano, esige che il controllo dei primi casi venga effettuato dall'analista personale. « Nel sistema ungherese l'interrelazione del transfert del paziente e del controtransfert dell'analista si trova fin dall'inizio al centro dell'attenzione e

li è mantenuto. Ciò che viene studiato è l'interazione fra questi due transferts, ossia il modo in cui entrambi si influenzano e modificano l'un l'altro. (...) L'esame dei fenomeni di transfert conduce inevitabilmente a un esame dei patterns di reazione che sono abituali al candidato, in altre parole, all'esame dei suoi conflitti e difficoltà personali, dei suoi problemi irrisolti e sovente inconsci. Ne consegue che tale tipo di controllo include sempre alcuni elementi di analisi personale, avendo per scopo di fare del candidato una persona che ha preso coscienza dei suoi problemi, almeno dei suoi patterns automatici e delle angosce che li motivano, anche se possono rimanere momentaneamente irrisolti ».

L'accento dunque era posto sulla relazione e in particolare, e questa era la novità, sul coinvolgimento dell'operatore. Si faceva sperimentare un'angolazione di osservazione diversa, anziché centrata sul solo paziente o sul suo problema, lo era anche sull'osservatore.

Dopo le prime esperienze, Balint impostò la ricerca prevalentemente sui medici generici, riprendendo così un'esperienza da lui già fatta negli anni trenta, quando aveva riunito un gruppo di medici per mostrare loro il ruolo della psicologia in medicina interna.

Le considerazioni di partenza sono state il fatto che la tecnica psicoanalitica pur essendo la più preparata « non è applicabile all'infuori della situazione analitica propriamente detta, cioè all'infuori di una situazione artificiale creata da noi ». Le differenze tra il rapporto analitico e quello medico-malato sono notevoli anche dal punto di vista relazionale. Nella situazione analitica ci sono solo due persone, è di rigore un setting con le sue caratteristiche ripetitive di ambiente, di orario ecc., l'analista non si reca mai dal suo paziente, non lo tocca mai, cerca di convogliare tutte le emozioni attraverso il linguaggio. Nella situazione medica vi è disponibilità rispetto ai bisogni, irregolarità di incontri, partecipazione familiare. Al medico sono consentiti i più intimi contatti corporei, può occuparsi degli organi e del loro funzionamento. Questa stessa funzione lo tiene a distanza dall'ambito psico-

logico. Però la situazione del medico, pur così immersa nella realtà concreta del corpo, è pervasa di elementi fantasmatici. Per poter far fronte ai problemi che gli si propongono nel contatto con il malato, il medico ha bisogno di una vera e propria tecnica psicoterapica. Questa tecnica dovrà avere come caratteristica di essere notevolmente diversa da quella psicoanalitica, pur utilizzando le scoperte psicoanalitiche.

Ritornando quindi agli obiettivi della ricerca di Balint, dopo le prime osservazioni ed esperienze, si trattava di mettere a punto un metodo che consentisse la realizzazione di tre compiti diversi sebbene collegati: «...studiare le implicazioni psicologiche nella pratica medica, preparare i medici a questo fine e, terzo, creare un metodo di formazione idoneo ».

Obiettivo peraltro che non doveva distogliere i medici dalla loro pratica, cioè non farne degli psicoterapisti di second'ordine, non indurii ad abbandonare il loro compito principale ma ottenere quel cambiamento di personalità, limitato anche se notevole, che diventa necessario per instaurare il loro nuovo atteggiamento, il modo nuovo di porsi di fronte alla malattia. Il frutto della sua ricerca è appunto quel metodo di addestramento in gruppo, sotto la guida di uno psicoanalista, e che comunemente è noto con il nome appunto del suo iniziatore.

Contemporaneamente a Balint, e comunque ispirate da lui, esperienze analoghe ebbero luogo in diversi paesi, conoscendo una rapida diffusione e interessando una sempre più vasta categoria di medici. Si è poi estesa ad altre categorie di operatori sanitari e sociali.

Il movimento culturale che ne è scaturito presenta le caratteristiche di tutte le innovazioni. Mentre l'interesse è pressoché universale, le applicazioni pratiche e le attività derivate sono tumultuose e non uniformi. La sua rapida diffusione espone a certe utilizzazioni che rischiano addirittura di comprometterlo e di travisarne il significato. Comunque mi pare possibile affermare che di fronte al fiorire di pratiche di formazione più o meno in linea con la propo-

sta di Balint, egli può rappresentare non tanto l'iniziatore e l'ispiratore ma soprattutto un modello di riferimento. Esiste una letteratura ormai vasta sui metodi di conduzione di questo gruppo di discussione, sugli scopi, sugli inconvenienti di questo tipo di preparazione per certe personalità, sulla selezione, sui problemi riguardanti i conduttori e così via. Mi limito alla enunciazione dei punti fondamentali. È un piccolo gruppo di ricerca e formazione, a numero limitato di partecipanti; la discussione si svolge sempre su casi concreti portati ed esposti dai medici che sono membri del gruppo. Il leader è sempre uno psicoanalista. Il gruppo si riunisce periodicamente per lungo tempo predeterminato. Vi si evita qualsiasi intervento terapeutico e l'interpretazione della dinamica di gruppo è raramente usata. Queste regole, universalmente note, sono esse stesse il frutto di una lunga esperienza. Anche in Italia, sull'esempio straniero, si avviarono esperienze di animazione di gruppi del tipo ora descritto. Le prime applicazioni furono, agli inizi degli anni sessanta, nell'ambito delle attività del Gruppo Milanese per lo sviluppo della psicoterapia, che a sua volta rappresentava la prima iniziativa italiana di risposta a un'emergente richiesta di formazione. L'inizio fu con gruppi di discussione di tipo Balint con psichiatri, successivamente si passò a gruppi con medici non specialisti, via via ad altre categorie. A parte altre iniziative sporadiche e a carattere personale, è solo con gli anni settanta avanzati che a livello di scuola di specializzazione dell'Università e della Società di psicosomatica si incominciò a introdurre il lavoro di formazione psicologica e ci si interessò di formazione alla psicoterapia. Non ho sottomano i dati precisi, ma mi pare appunto che gli incarichi di psicoterapia, la Sezione di Psicoterapia Medica della Società di Psichiatria venissero istituiti in quel periodo, mentre nei programmi accademici e nelle pubblicazioni si incominciava ad affrontare la formazione, anche se l'interesse e le ricerche andavano prevalentemente nella direzione della regolamentazione e definizione del ruolo dello psicologo e dello

psicoterapeuta, che è considerato il problema principale, e scarso rilievo viene dato agli interventi cosiddetti « fuori del setting ».

Da questo movimento culturale le società psicoanalitiche, almeno ufficialmente, sono rimaste estranee per molto tempo. Dovrei riferirmi alla sola A.I.P.A. ma, almeno per quanto ne sono a conoscenza, anche la S.P.I. si è trovata in ritardo nello studio di quest'area. È prevalso l'atteggiamento di chiusura e disinteresse per la « cosa estranea ».

Adesso la nomina di Commissioni per la psicoterapia sembra essere più un tentativo di recuperare il tempo perduto e lo spazio che, lasciato libero, è stato tumultuosamente riempito dall'abusivismo e dall'improvvisazione.

Ritornando al nostro tema principale, cerchiamo di vedere dove vada collocata l'opera di Balint nella formazione. Balint rappresenta, con le sue esperienze nel campo medico, non solo l'iniziatore — la cosa potrebbe avere un interesse solo storico — ma soprattutto un tentativo di risposta diverso e realistico a esigenze emergenti.

Per meglio capire questo spazio d'intervento proviamo a immaginare due punti opposti e distanti tra loro. Se collochiamo in uno di questi due estremi l'azione psicoterapeutica, con le proprie modalità di osservazione e le proprie tecniche d'intervento (cura dei conflitti inconsci, presa in carico della psiche dell'uomo) e nell'altro l'azione organicistica, anche questa con le proprie specificità di diagnosi e di cura (cura dell'organo malato, presa in carico della parte malata dell'uomo, della malattia) possiamo vedere come tra questi due estremi vi sia un enorme spazio d'azione distinto da quello dei due estremi con caratteristiche proprie sia d'osservazione che d'intervento, e oggi come oggi scarsamente occupato.

Superare la frammentazione della medicina (azione medica a compartimenti stagni), dare il giusto peso alle componenti psicologiche nel determinismo della sofferenza, cogliere i possibili significati nascosti dal sintomo offerto, potenziare la prevenzione, sono alcune delle caratteristiche di questo spazio che non

deve identificarsi con la cura, anche se molto spesso si confonde con questa.

Esso è molto trascurato e chi si appresta, magari sotto la pressione dei pazienti stessi, a entrarvi per tentare di allargare il campo d'indagine, cercare la diagnosi globale anziché limitarsi all'organo malato, lo fa avendo in mente il modello che conosce, che è quello mediato dalle scienze esatte: ricerca dell'obiettività con l'osservazione razionale, verifica con esperienza riprodotta per la conferma della validità scientifica, il che presuppone un atteggiamento nel rapporto con il malato ben diverso da quello di coinvolgimento controllato che si verifica nel rapporto del primo tipo. La formazione verrebbe così a rappresentare un mezzo per uscire da quella situazione di alternativa obbligata per la quale gli aspetti psicologici nel paziente o vengono ignorati o si debbono curare. Le emozioni o vengono escluse dai dati d'osservazione o rinviate allo specialista. I conflitti psichici sono considerati di scarso interesse oppure sono considerati mali da estirpare, secondo una concezione moralistica e univoca del sintomo psichico, inteso come la cosa cattiva dalla quale bisogna comunque difendersi, o negandola o curandola.

Questa stessa rappresentazione dello spazio intermedio può benissimo servire anche a rappresentare lo spazio d'azione dell'operatore socio-sanitario che abbiamo precedentemente preso in esame, e di cui tra l'altro il medico fa parte. Anche per gli operatori del territorio che costituiscono, non dimentichiamolo, la grande maggioranza di coloro che chiedono in questo momento aiuto, vale la suddivisione tra spazio dell'applicazione tecnica, spazio psicoterapeutico e spazio intermedio, con la difficoltà supplementare di non poter ricorrere a quella modalità di fuga difensiva qual è il « clivage » che il medico applica ogniqualvolta il carico di tensioni gli diventa intollerabile. Il fenomeno che sostiene questo meccanismo difensivo è il taglio netto che a un certo punto della propria prestazione professionale il medico opera tra l'oggetto corporeo e il resto della persona del suo malato. L'aumento della tensione del medico è la conse-

guenza del fatto che il malato tende a scaricare su chi si occupa di lui il proprio carico d'angoscia. Nelle istituzioni pubbliche, dove vige l'obbligo di disponibilità, dove facilmente dominano le ideologie dei grandi movimenti alternativi, gli operatori si trovano in particolare difficoltà, senza quella protezione che può derivare da un ruolo ben definito o da una tecnica pratica ben precisa, esposti come sono al contatto con un pubblico esigente che scarica su di loro tensioni, angosce, conflitti, proiezioni. Gli operatori reagiscono a questa situazione con lo spontaneismo e con l'aspirazione al training psicoterapeutico.

Anche per questi operatori vale la considerazione che tra queste due modalità vi possa essere un modo d'approccio diverso con l'utente, una capacità d'osservazione più ampia, uno spazio d'intervento che non sia esclusivamente quello psicoterapeutico o imitazione di esso. Uno spazio nel quale gli operatori possano svolgere i compiti che il loro ruolo comporta senza invadere settori altrui, nel rispetto delle reci-proche competenze, con un sentimento di pariteticità. Questo spazio d'intervento, specie a livello di pubblica istituzione, è enorme e, in analogia con quanto descritto a proposito degli spazi di intervento del medico, è scarsamente utilizzato. Prevalentemente sono problemi relazionali quelli che costituiscono questo ambito e gli operatori da un lato non sono preparati ad affrontarli e dall'altro hanno come modello di riferimento esclusivamente quello psicoterapeutico, che viene così investito di un potere altamente fantasmatico, e che tra l'altro è un modello di pratica privata. Domina nell'operatore, sempre in analogia con il medico, la concezione interventista in senso curativo. Il rapporto con l'utente è sempre guardato da un'ottica psicoterapeutica che resta il fine ultimo dell'intervento; peggio ancora, si considera tutto ciò che non riguarda il fatto curativo come svalutato, meno importante, e da ciò deriva in buona parte l'aspirazione a diventare curante, anche se di seconda categoria.

Anche per questo settore di operatori il problema non si risolve con le posizioni estremistiche. Non si

possono trasformare tutti gli operatori in psicoterapeuti, ne si possono negare le nuove esigenze emergenti. Neppure serve il veto a interessarsi degli aspetti psicologici, né la normativa di regole restrittive perché le leggi che regolano la relazione umana sono tali che qualsiasi intervento che avviene in una situazione sbilanciata, cioè dove si trovi un essere umano che si trova in una posizione di autorità rispetto a un altro che soffre e ha bisogno o che sia comunque in rapporto subordinato, genera fenomeni psichici indipendentemente dalla volontà dei soggetti implicati nella relazione stessa.

Quando il rapporto umano implica una situazione impari, una particolare situazione di autorità qual è quella dell'operatore rispetto all'utente, questa stessa situazione determina un tipo di rapporto che inconsciamente viene modellato sul tipo di rapporto dipendente genitore-bambino, anziché su quello di un modo adulto di reciprocità psicologico-affettiva tra pari.

È pertanto indispensabile che chi riveste una figura d'autorità divenga consapevole delle implicazioni che questo ruolo comporta e possa acquisire, attraverso la propria formazione, una migliore comprensione della relazione umana in cui è coinvolto.

Il problema che la realtà impone oggi è quello di mettere gli operatori nella condizione di poter acquisire quella capacità d'approccio che li può portare a una comprensione globale dell'utente senza per altro doversi trasformare in psicoterapeuta. Comporta dunque la necessità di abbandonare l'identificazione in un modello onnipotente, frutto di proiezioni invidiose, al fine di acquisire una capacità di intervento circoscritto ben delimitato che svolge una sua ben precisa funzione, senza bisogno di invadere competenze altrui e senza per questo sentirsi svalutati, questo significa coprire lo spazio d'azione intermedio, detto anche il lavoro « fuori del setting ».

Si tratta di individuare e mettere a disposizione degli operatori uno strumento tecnico operativo che consenta la formazione a un approccio psicodinamico che, pur di matrice analitica, non coincide con la forma-

zione psicoterapeutica in senso stretto; che consenta al tempo stesso all'operatore di continuare a usare le proprie tecniche pur utilizzando la consapevolezza delle implicazioni personali nella relazione umana, che soprattutto gli insegni a vedere le realtà relazionali prima di prendere qualsiasi decisione, a capire prima di agire.

Un intervento formativo in questo spazio verrebbe a essere una risposta più completa in quanto non limitata al soddisfacimento del desiderio onnipotente, più realistica, in quanto fuori dell'utopia, e anche economicamente più conveniente.

L'esperienza, ormai più che ventennale, da me fatta nel campo della formazione, che va dalle iniziali esperienze di lavoro di gruppo con medici nell'ambito del Gruppo Milanese per lo Sviluppo della Psicoterapia, alle attuali estensioni e applicazioni con altre categorie di operatori, integrate dall'attività didattica nell'A.I.P.A. e ultimamente dalla partecipazione alla gestione di una U.S.S.L, mi hanno portato alla convinzione che lo strumento più idoneo per realizzare un tipo di formazione come quello sopradescritto sia il gruppo di discussione.

Il gruppo va inteso come lo strumento che allo stato attuale delle conoscenze consente di realizzare un tirocinio che possa aiutare l'operatore, senza uscire dalla sua competenza professionale specifica, a diventare più sensibile rispetto a ciò che avviene consciamente e inconsciamente nella mente sua e del suo interlocutore quando sono insieme, e per farlo nella condizione di realizzare una consapevolezza maggiore dell'interazione in atto.

Comunque, al di là della questione dello strumento preferenziale per la preparazione e il sostegno degli operatori nello spazio di cui abbiamo parlato, e ritornando alla osservazione iniziale sulla regolamentazione dell'attività psicoterapeutica, rimane il fatto che essa rappresenta una risposta parziale a una situazione complessa. Inoltre essa non assolve al dovere di dare sostegno a chi si trova a dover affrontare compiti esorbitanti voluti dalla Legge Sanitaria stessa, e non prende in considerazione il disagio di chi non

coprirà un ruolo psicoterapeutico. A tutto ciò si aggiungano i rischi notevoli, specie nel l'accentuare certi meccanismi proiettivi, che provocano la scissione tra diversi operatori, tra diverse figure professionali. Un intervento corretto in questo spazio tra l'altro potrebbe ridimensionare la stessa richiesta di psicoterapia, molto spesso idealizzata e proposta in sostituzione di altri interventi tecnici più pratici.

Da queste osservazioni e dalla definizione dei diversi spazi di intervento con le relative opportunità di considerarli separatamente, scaturisce l'ovvia conclusione che anche la formazione degli operatori vada tenuta separata da quella degli psicoterapeuti.

Per gli psicoterapeuti bisogna distinguere quelli che si rifanno a una teoria esplicativa che abbia riferimento all'implicazione del sistema inconscio (modello analitico e sue derivazioni) e quelli che ne prescindono (comportamentalisti, transazionalisti ecc.). Per i primi la formazione non può che utilizzare i modelli analitici, occorre l'analisi personale e la loro preparazione non può essere garantita e valutata che da chi abbia competenza didattica specifica; per i secondi la preparazione e la valutazione può essere fatta con i tradizionali metodi accademici.

Per gli operatori non è richiesta l'analisi personale, e la loro formazione attraverso il gruppo di derivazione dal modello Balint deve essere affidata a un analista preparato ad hoc. Essa deve inoltre prescindere da criteri di valutazione, e di conseguenza da attestazioni, in quanto non deve avere il significato di specializzazione aggiuntiva, di acquisizione tecnica specifica. Essa infatti risponde solo al desiderio maturo di fare meglio il proprio mestiere e ha come scopo di raggiungere un mutato atteggiamento nello svolgimento della normale attività professionale.

Ritengo ora opportuno precisare i limiti di questa proposta, che a sua volta non pretende di essere la soluzione totale, ma solo uno dei mezzi di intervento nel campo della formazione e che trova i propri limiti di applicazione nella sua stessa caratteristica condizione di base: la disponibilità al coinvolgimento controllato nel rapporto. Infatti l'addestramento al rapporto inter-

personale è il risultato della somma di esperienze intellettuali (informazione) + esperienza emotiva (formazione).

Potremmo anche dire che è il frutto della combinazione di sapere e sperimentazione diretta, il risultato di teoria e pratica. L'informazione si acquisisce con quelli che sono i tradizionali metodi di trasmissione di cultura (pubblicazioni, insegnamento ecc.). Nel campo della psicologia medica si possono ottenere con questa formula tutte le nozioni possibili sulla relazione umana, si può venire a conoscenza del fatto che in essa esistono dei coinvolgimenti emotivo-affettivi, però la partecipazione affettiva personale è scarsa. Gli aspetti relazionali e interindividuali possono essere affrontati solo teoricamente e con esempi esterni all'allievo. Si può ottenere solamente una comprensione razionale dei processi psichici, non si ottiene quella modifica dell'atteggiamento personale che è la condizione per partecipare al nuovo approccio.

Nell'insegnamento pratico-formativo l'allievo non può che collaborare e partecipare attivamente all'insegnamento stesso. L'apprendimento della relazione psicologica, che è sempre di tipo affettivo, viene così sperimentato nel momento stesso in cui si produce, e osservato dallo stesso soggetto che lo prova.

Tale insegnamento non può essere destinato che a coloro che desiderano parteciparvi attivamente e che abbiano una solida motivazione. Ecco perché una tale forma d'insegnamento non può diventare obbligatoria. Essa deve farsi sulla base di una partecipazione volontaria reale. Queste condizioni tecniche preliminari e irrinunciabili riducono notevolmente il campo d'impiego.

Anche se a questo proposito esistono e sono ormai codificati strumenti di intervento per le fasi che precedono la formazione vera e propria (sensibilizzazione ecc.) e che fanno parte di quelle regole che, se non vengono osservate, specie nelle fasi preparatorie, portano, come spesso è accaduto, al fallimento della formazione.

Ma forse il limite maggiore a poter far fruire di questo aiuto tutti coloro che lo richiedono è dato, almeno allo stato attuale delle cose, dalla mancanza di formatori e dal più difficile problema della formazione dei formatori.

Anche nell'ambito del movimento Balint, negli incontri periodici dei leaders, dal confronto delle cui esperienze è sorta la codificazione delle norme, è stato dedicato scarso spazio alla regolamentazione per la formazione dei formatori. Una sola riunione a Londra nel 1975 è stata dedicata all'argomento senza arrivare a una conclusione, se non quella di sottolineare l'importanza del problema. Ci si limitò a una serie di osservazioni quali quelle che i problemi della didattica, in analogia a quanto è avvenuto nella storia della psicoanalisi, sono tipici della seconda generazione, quando si abbandona la fase pionieristica, in cui domina la ricerca, e si comincia ad avere un'organizzazione strutturata e in espansione. A questo punto compaiono le frammentazioni, si creano i gruppi locali, si stabiliscono modelli parziali, magari legati alla sopravvalutazione narcisistica di piccole differenze e la tendenza generale è di reagire con imposizioni superegoiche. Non è qui il caso di affrontare il pur fondamentale problema, mi pare sufficiente segnalarlo per la completezza della rilevazione delle varie componenti, e in quanto alcuni di questi fenomeni incominciano già a manifestarsi nell'ambito della formazione degli psicoterapeuti.

Lo scopo di questo mio scritto voleva essere quello di fornire elementi per una più ampia visualizzazione del problema formazione e che fino ad ora è stato trascurato mentre adesso rischia di essere affrontato in modo parziale.

La conclusione che penso di trarre a questo punto è che il problema ci riguarda in quanto analisti molto più da vicino di quanto non si sia creduto fino ad ora. E la prima operazione che dobbiamo fare è di diventare consapevoli della nostra responsabilità nella insorgenza di certe proiezioni. Solo allora sarà possibile, uscendo dalle chiusure esoteriche, andare a portare il nostro contributo per ridurre il disagio diffuso.

Quanto fin qui esposto potrebbe rappresentare la lunga premessa per introdurre alcune considerazioni su un aspetto più particolarmente junghiano; quanto meno a questo punto vorrei porre i quesiti di quale contributo abbia dato la psicologia analitica nell'ambito preso in esame e di quale posizione essa occupi nello spazio della formazione.

Anche per la risposta è necessario rifarsi alla descrizione fatta a proposito degli spazi di intervento e considerare separatamente i due settori: quello della formazione degli psicoterapeuti e quello della formazione degli operatori.

La preparazione alla psicoterapia coincide con la storia della Psicologia Analitica, con l'evoluzione del pensiero di Jung. Lascio ad altri il compito di individuare e sostenere la legittimità da parte della Psicologia Analitica di garantire la formazione alla psicoterapia e di delimitare i fondamenti teorici comuni con altre scuole e quelli specifici del nostro metodo di trattamento dei disturbi psichici. Vorrei limitarmi alla considerazione che, se teniamo presente la natura del rapporto analitico e il suo modello teorico basato su io-archetipo-sé e il processo di individuazione, vediamo che non possono esistere forme diverse di formazione a una psicoterapia che si voglia junghiana al di fuori del training specifico.

La psiche come sistema autoregolantesi, la relazione costruttiva tra coscienza e inconscio, l'inconscio collettivo come strato che fornisce i regolatori della psiche, il simbolo come trasformatore d'energia, e la combinazione di tutti questi fattori nel processo d'individuazione con il fine dell'integrazione della personalità, che porta a un orientamento diverso verso la vita e a un differente centro di gravità; il Sé, sono i concetti su cui si fonda il trattamento della Psicologia Analitica e sulla cui base si è sviluppata la sua specifica tecnica, che non si presta a imitazioni o a forme attenuate di applicazione fuori del preciso riferimento teorico.

Forse va ricordato a questo proposito il fatto che proprio Jung ha introdotto nella prassi della didattica l'obbligo dell'analisi personale. D'altra parte, circa

l'indispensabilità di un'esperienza di analisi personale per chi voglia intraprendere un training psicoterapeutico, vi è uniformità di vedute, e questa procedura è ormai prevista anche nei progetti di legge per la regolamentazione del ruolo dello psicoterapeuta.

Ma è nella parte che riguarda la formazione degli operatori o addestramento al lavoro « fuori del set-ting » che colpiscono le analogie sia metodologiche che teoriche tra alcuni aspetti della concezione junghiana e gruppi di discussione.

L'atteggiamento critico di Jung nei confronti del gruppo riguardava l'uso di questo come terapia e specie come terapia sostitutiva. Per la concezione teorica junghiana la terapia è per sua stessa natura fondamentalmente individuale; cionondimeno Jung utilizzò il gruppo nel corso della sua vita, specie per scopi didattici, enfatizzando in questo caso proprio il « clima emotivo » degli allievi. Jung considerava il rapporto di gruppo con una certa diffidenza. Riconosceva come esso rappresentasse una necessità nei primi stadi di sviluppo ma metteva in guardia contro l'identificazione con la *norma* del gruppo e sottolineava la necessità di differenziarsi dal gruppo per poter procedere nel processo d'individuazione. Anche se egli usava il termine « gruppo » intendendolo in modo diverso e non riferendosi al piccolo gruppo di lavoro. Comunque quello che ormai è accertato è che la dialettica tra l'individuo e il collettivo rappresenta uno dei fattori più importanti per lo sviluppo psichico. Questa concezione è usata dai terapeuti di gruppo per valutare i fenomeni dinamici. Il gruppo diventa l'Ombra collettiva dell'individuo e rappresenta così « l'altra faccia » dell'individualità. L'individuazione assume significato e diventa possibile in rapporto al suo opposto. Il rapporto con il gruppo è di tipo dialettico: il gruppo rappresenta quell'aspetto d'Ombra con cui l'individuo deve confrontarsi e che deve integrare per poter procedere nella via dell'individuazione. D'altra parte l'individuo arricchisce a sua volta il gruppo, costella nuovi aspetti del Collettivo e fa-

vorisce in tal modo lo sviluppo psichico del Collettivo. Attraverso il continuo dialogo tra lo e Collettivo, il processo d'individuazione avanza e l'evoluzione del Collettivo procede, alimentata dall'energia potenziale degli archetipi. Un rapporto dialettico di questo tipo tra individuo e gruppo richiede un lo ben strutturato per sopportare l'angoscia e le tensioni del rapporto dialettico e l'abbassamento del livello di coscienza che la situazione di gruppo comporta.

I membri del gruppo formano una matrice archetipica che consente la formazione di un Sé di gruppo. Questo rende possibile l'impiego di metodi di analisi e quindi di una funzione di trasformazione; anche se ancora controversa è l'azione delle immagini archetipiche, personificate nei membri del gruppo, sulla coscienza del singolo.

Comunque, nel gruppo terapeutico è possibile fare, con l'interpretazione, esplicito riferimento a questa matrice archetipica, proprio come lo si fa in analisi individuale; le configurazioni archetipiche diverse offrono così una possibilità di scambi fruttuosi tra gruppo e analista e tra i membri del gruppo.

Nel gruppo di discussione, a differenza di quello terapeutico, l'eterocentratura ha come effetto quello di attenuare gli scambi a questi due livelli, in quanto blocca la regressione e protegge l'lo, anche se la proiezione di parti del Sé e la costellazione di contenuti archetipici è sempre presente; ma si aggiunge, e questo è il fatto caratteristico, un terzo livello di costellazioni, quello tra il presentatore e il suo caso e l'interazione tra di loro, che apparentemente è l'oggetto unico di osservazione.

Ogni gruppo ha un'idea-guida, un compito centrale, cioè l'attività di gruppo. La causa comune è per lo più inconsica. L'eterocentratura può arrivare a rappresentare un contenuto comune, ad agire da « simbolo unificante »>. I singoli così possono uscire dalla sensazione d'isolamento e fare un'esperienza di Comunità e avviare il proprio processo. Il singolo in questo caso si richiama sempre al Sé del gruppo. Egli può

arrivare a se stesso attraverso la partecipazione alla vita del gruppo e al suo scopo, che in questo tipo di gruppo è il lavoro sul caso, cioè sul rapporto tra presentatore e suo cliente. Con il Sé di gruppo è anche connessa la legittimità dinamica del gruppo, che in quanto strutturato intorno a un'autorità viene a rappresentare proprio l'immagine archetipica presentificata dell'unità e totalità di una pluralità, in questo caso la pluralità dei membri del gruppo.

Molto spesso nel gruppo di discussione il caso presentato altro non è che l'« agito » della situazione dinamica del gruppo in quella determinata fase. Il sentimento del gruppo allora può essere utilizzato, secondo l'applicazione del principio dell'usare se stessi per capire l'altro, per la comprensione del « caso » che viene così ad assumere il significato di simbolo, di rappresentazione simbolica delle imago transpersonali inconscie: l'aspetto individuale coincide con quello di gruppo, il Sé individuale coincide con il Sé di gruppo.

È a questo punto che la concezione junghiana dell'analisi come metodo per individuare le entità primarie che avviano il processo dialettico, viene a coincidere con la tecnica, a mio giudizio da considerare preferenziale, per la conduzione di un gruppo di discussione per la formazione di operatori, perché consente di bloccare la regressione, rinforzare l'Io e, pur non usando l'interpretazione, educare « l'uomo sociale » e avviare un processo di trasformazione pur nel rispetto assoluto delle possibilità individuali.

Lavorando sull'Io con quella entità indifferenziata che è il gruppo, si attiva un processo che consente di realizzare oltre gli obiettivi della formazione la « piccola ma significativa modificazione della personalità ». Per realizzare questa formazione, quello che è veramente necessario per il leader è un autentico sentimento di pariteticità e di reciprocità nello scambio. Solo con questo sentimento egli potrà proteggere il proprio rapporto col gruppo dall'idealizzazione e quindi dai desideri distruttivi impliciti.

A proposito del leader quindi ciò che conta sono l'ethos individuale e il livello di individuazione raggiunto perché, per dirla con Balint « ... il fattore più importante è la condotta del capo nel gruppo. Non è esagerato dire che se egli avrà un buon atteggiamento, insegnerà di più con il suo esempio che con tutto il resto ».