

Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale

di Renzo Carli

Premessa

Negli anni sessanta e settanta, ogni intervento psicologico volto a promuovere cambiamento degli atteggiamenti, finalizzato ad attivare un pensiero sulle emozioni, una consapevolezza delle dinamiche relazionali, volto ad evidenziare la componente emozionale delle relazioni con gli oggetti della realtà, veniva considerato “psicoterapeutico”. Una valenza psicoterapeutica, quindi, era insita in ogni intervento dello psicologo, a scuola come nell'azienda, nei sistemi sanitari come nel lavoro con l'handicap, con gli adolescenti o con la famiglia.

Successivamente, negli anni ottanta, la psicoterapia si separò dalla psicologia e venne identificata con la pratica della cura svolta dallo psicoanalista, dal terapeuta sistemico o da quello cognitivista. Iniziò l'era delle scuole di psicoterapia, che si affermò poi con la legge istitutiva della professione psicologica, la legge 56/89: con il suo articolo 3, questa legge ufficializzò la formazione quadriennale degli psicoterapisti nei differenti indirizzi che le scuole private seguivano. Si consumò, allora, una separazione tra psicologia (clinica) da un lato e psicoterapia dall'altro. La difficile qualificazione professionalizzante degli studi di psicologia, dovuta in gran parte all'inconsistente esperienza professionale dei docenti di psicologia all'epoca dell'istituzione dei Corsi di Laurea, all'ingresso massiccio di psichiatri e psicoterapisti nei ruoli di insegnamento delle discipline psicologiche, fece il resto: ne conseguì un progressivo deterioramento della funzione professionale dello psicologo e la convinzione, ancora oggi radicata in molti laureati in psicologia, che l'unico sbocco professionale dello psicologo sia quello di “diventare” psicoterapista, entro una delle molteplici correnti e dei numerosi modelli che la psicoterapia assume entro le scuole quadriennali private.

Questa evoluzione della psicoterapia, d'altro canto, non implica in sé una attività di tirocinio¹: nella psicoanalisi, per lungo tempo la forma di psicoterapia più diffusa tra gli psicologi nel nostro paese, la formazione si fonda sul binomio “analisi personale o didattica e supervisione di casi trattati psicoanaliticamente dall'allievo in formazione”. La supervisione, quindi, sostituisce il vero e proprio tirocinio; l'allievo si forma entro il suo studio privato, senza alcun contatto con contesti organizzativi di lavoro, dalla scuola alla sanità.

Ma facciamo un passo indietro. Nel 1976 abbiamo, nel nostro paese, i primi laureati in psicologia. Nel 1978 viene approvata la legge 180. Sino ai primi anni novanta, con il riconoscimento delle scuole quadriennali private di formazione alla psicoterapia, dove si sono formati professionalmente gli psicologi? Non sembri, questo, un interrogativo irrilevante. Gran parte dei giovani laureati in psicologia si misurava all'epoca con il lavoro psicologico entro le strutture sociosanitarie del territorio; quelle strutture che la 180 aveva istituite. Si praticava la psicoterapia, entro tali strutture? No di certo, se per psicoterapia s'intende quanto definito dalle scuole di psicoterapia e dai loro diversi indirizzi. Chi, tra i giovani psicologi, desiderava una formazione psicoanalitica si rivolgeva alla Società Psicoanalitica Italiana; allora, peraltro, poco propensa ad accettare psicologi al suo interno; o a qualche altra associazione di psicoterapia entro l'ambito psicoanalitico. In seguito si affacciarono alla ribalta della formazione psicoterapeutica anche le scuole di psicoterapia sistemica, comportamentista e poi cognitivista.

Nelle strutture sociosanitarie vigeva l'entusiasmo dell'operatore unico, con una negazione delle differenze professionali tra assistenti sociali, infermieri, psicologi, educatori: sotto la guida degli psichiatri, orientati alla realizzazione dei dettami della legge basagliana, si

¹ Tirocinio deriva dal termine latino *tiro*, *tironis*; *tirones* erano i giovani soldati, le *reclute* inesperte dell'arte della guerra. Il tirocinante, anche etimologicamente, è la persona “inesperta” che va avviata all'apprendimento.

lavorava per il mantenimento dei malati entro le famiglie e per l'evitamento della crisi psichiatrica in chi si voleva reinserire entro il tessuto sociale. Ma su questo torneremo tra breve.

Il lavoro di realizzazione della 180 avvenne con il reinserimento dei malati entro le famiglie d'appartenenza, o il loro contenimento nelle case famiglia, residenze-alloggio, comunità terapeutiche o riabilitative per chi non aveva una famiglia entro la quale ritornare, nel lungo viaggio di allontanamento dall'Ospedale Psichiatrico. Si trattava di un lavoro che aveva, nell'accezione prima ricordata, profonde valenze psicoterapeutiche; si trattava, d'altro canto, di un intervento che non faceva riferimento ad alcuna delle teorie della tecnica caratterizzanti le scuole di psicoterapia; un intervento che non si fondava su setting e condizioni di lavoro definite, ma che traeva la propria prassi dagli obiettivi perseguiti.

Negli anni novanta le cose cambiarono notevolmente, entro i servizi sanitari di salute mentale. Progressivamente, il lavoro di mantenimento psichiatrico dei malati "gravi" si restrinse alle stanze dei Centri di Salute Mentale distribuiti sul territorio; separatamente da questo lavoro di mantenimento, affidato alla prescrizione psicofarmacologica e ai consigli di vita di marca psichiatrica, ebbe inizio il lavoro di psicoterapia; una psicoterapia rivolta ad un'utenza nuova rispetto ai malati "psichiatrici", definita da più parti come utenza portatrice di "disturbi emotivi comuni". I motivi di questo cambiamento e di questo ingresso della psicoterapia entro la salute mentale, con le forme e le regole della psicoterapia "privata", non sono ancora ben chiari. Rimane il fatto che questo avvio del lavoro psicoterapeutico consentì, ai giovani² che si stavano formando alla psicoterapia di trovare, anche nei servizi territoriali di salute mentale, un luogo di tirocinio. Quest'ultimo venne poi sancito dalla normativa che regolamentò le scuole private di psicoterapia, con l'obbligo del tirocinio presso strutture ove si effettui psicoterapia e ove ci sia uno psicoterapeuta che sovrintenda al tirocinio stesso. Si apre, così, una profonda contraddizione tra l'orientamento delle scuole, spesso strettamente definito dalle condizioni della tecnica che fonda la psicoterapia alla quale si formano gli allievi e dagli obiettivi che la stessa tecnica implica, e l'esperienza di tirocinio che, per ragioni strutturali e relazionali che in questo lavoro intendiamo approfondire, propone forme di psicoterapia strettamente connesse al contesto e agli obiettivi ad esso collegati.

La domanda che ci si pone, a questo punto, è la seguente: la psicoterapia praticata nei servizi sociosanitari è equiparabile alla psicoterapia psicoanalitica, sistemica o cognitivista alla quale ci si prepara nelle scuole private? Se così non è, e molti indizi fanno pensare che ci siano profonde differenze tra la prassi psicoterapeutica "privata" e quella che possiamo chiamare "pubblica", di che differenze si tratta?

Non solo. In relazione alle possibili differenze, quale può essere l'utilità di un tirocinio nel pubblico, se la prospettiva professionale perseguita dai tirocinanti è, per così dire, orientata all'attività privata? Che significa "pubblico" e "privato" nell'area della psicoterapia, e in particolare della psicoterapia a orientamento psicoanalitico? E' a questi interrogativi che il presente lavoro intende proporre qualche risposta.

² La legge 56/89 rivoluzionò la professione psicologica. Con la legge istitutiva della professione di psicologo veniva separata l'attività del laureato in psicologia, descritto dall'articolo 1 della legge ("La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico, rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità") da quella di psicoterapista, descritta dall'art. 3 ("L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia, attivati ai sensi del *decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162*, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica"). La psicoterapia divenne ben presto, per ragioni complesse quanto ampiamente dibattute all'epoca, la "vera e unica" professione cui gli psicologi aspiravano.

Nel 1992, chi scrive fondò e diresse per quattro anni la Scuola quadriennale di Specializzazione in Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Sapienza di Roma. Obiettivo di quella scuola era di formare psicoterapisti capaci di lavorare presso il servizio sanitario nazionale e presso le strutture socio-sanitarie più in generale. Obiettivo raggiunto, se si considera che la grande maggioranza degli allievi che frequentarono la scuola nei primi quattro anni, una volta diplomati entrarono nel servizio sanitario, e molti di loro si fecero apprezzare per preparazione e competenza. Poi le cose cambiarono e la scuola assunse nuovi connotati, perdendo la sua specificità formativa, divenendo un luogo di ricerca che segue gli interessi di un gruppo di docenti, senza un suo specifico connotato professionalizzante. Per questo ho preferito dedicare il mio lavoro universitario alla formazione di base: ho organizzato con alcuni colleghi e presieduto il Corso di Laurea "Intervento Clinico" sin dalla sua fondazione nel 1999 e per dieci anni ho accompagnato i differenti cambiamenti del corso, sino alla sua più recente riforma voluta con la legge 270. Ho lasciato la presidenza del CdL Intervento Clinico da qualche mese. Tre anni fa, considerata l'impossibilità di riorganizzare all'università una formazione specialistica volta a promuovere una competenza psicologica per il servizio socio-sanitario, ho avviato la scuola dello Studio di Psicosociologia, questa volta nel privato e assieme a un gruppo di colleghi che condividono il progetto di formazione per psicoterapisti capaci di operare nel "pubblico".

La nostra Scuola di Specializzazione "Psicoterapia psicoanalitica: Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" si pone un obiettivo formativo ben preciso, che citiamo testualmente dal documento programmatico³:

Il Corso intende formare psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico, in grado di praticare la psicoterapia psicoanalitica individuale e di gruppo entro differenti contesti sociali: dal Servizio Sanitario Nazionale nelle sue differenti agenzie, alla Scuola; dalle strutture produttive aziendali alle organizzazioni di assistenza ad utenti "deboli" (anziani; giovani in situazione di disagio; tossicodipendenti; persone di culture "altre" e provenienti da paesi extracomunitari); dalle organizzazioni religiose, militari o carcerarie a quelle che operano nel terzo settore.

Ciò comporta un duplice livello di formazione: da un lato la formazione alla pratica psicoterapeutica psicoanalitica, dall'altro la conoscenza e la pratica dell'intervento entro le dinamiche culturali e strutturali all'interno delle quali la psicoterapia viene realizzata. Le due aree della formazione richiedono un profondo ed efficace processo di integrazione. Ciò comporta anche un orientamento della psicoterapia volto non solo a correggere deficit, ma a promuovere sviluppo.

Si può allora capire l'importanza, per la nostra Scuola, del tirocinio entro le strutture sanitarie e della salute mentale: sono il luogo privilegiato per l'apprendimento della psicoterapia entro un sistema organizzativo che coniuga i problemi del paziente con la relazione tra paziente, psicoterapista e contesto.

Vorrei soffermarmi brevemente su questa affermazione, per approfondire alcune modalità con le quali il contesto *interviene* entro la prassi psicoterapeutica nei servizi sanitari e di salute mentale.

Una breve premessa: nella pratica psicoterapeutica "privata", alla domanda di psicoterapia rivolta a uno specialista sulla base della sua qualificazione professionale (psicoanalista, terapeuta sistemico, terapeuta cognitivista ecc.), segue solitamente un'analisi di fattibilità della psicoterapia; alcuni colloqui servono allo scopo e consentono una decisione in merito, sulla base della disponibilità dello psicoterapista e della previsione di un possibile lavoro terapeutico; previsione che si fonda sulle caratteristiche della relazione intercorsa tra potenziale paziente e psicoterapista, nei pochi colloqui preliminari. La domanda "privata" avviene, quindi, in base alla qualificazione dello psicoterapista: "*vorrei fare un'esperienza psicoanalitica con lei*" significa che già si prefigura il campo pragmatico della psicoterapia e

Si può consultare l'intero documento "Fondamenti teorici e metodologici della scuola" nel sito: <http://www.sponline.it/Specializzazione01b/FondamTeorici.html>

la scelta dello psicoterapista. Nella pratica privata si è più orientati a scegliere la forma di psicoterapia che ad analizzare, approfonditamente, la dinamica della domanda. Per accedere a una psicoterapia psicoanalitica, in altri termini, è sufficiente dichiarare il proprio interesse per la cura psicoanalitica e la propria intenzione di “fare” quell’esperienza; non è necessario definire un disturbo, partecipare allo psicoanalista una propria sofferenza o un proprio disagio; non è necessario accusare specifici sintomi emozionali (ansia, panico, depressione, rabbia) o particolari problematiche comportamentali (disturbi alimentari, difficoltà a stabilire relazioni affettive, problemi nella sfera sessuale, dipendenze da sostanze, specifiche fobie che influenzano in modo restrittivo il comportamento), solo per fare qualche esempio. Chi chiede di fare un’esperienza psicoanalitica propone qualche problema, evidentemente; ma la decisione sulla psicoterapia viene presa in rapporto alla fattibilità della cura, più che in base ai motivi che portano la persona dallo psicoanalista. Di qui la possibilità di un’esperienza psicoanalitica anche per chi ha, quale sintomo, solo quello di voler diventare psicoanalista e accede alla psicoanalisi in nome di una prescrizione societaria, dettata dalla struttura formativa che intende frequentare.

Le cose vanno diversamente nel caso delle strutture di salute mentale, ove un servizio di accoglienza pone, solitamente, le basi conoscitive per un *invio* del paziente a uno degli psicoterapisti del servizio. Nell’accoglienza si decide il motivo dell’accettazione della domanda e l’assegnazione di *quel* paziente a *quello* specifico psicoterapista. Qui il paziente, o chi per lui, propone un problema, non l’intenzione di fare una specifica esperienza psicoterapeutica; sarà l’accoglienza, sulla base di criteri di volta in volta diversi, a decidere se accettare la domanda e avviare la psicoterapia, proponendo al paziente quello psicoterapista che l’accoglienza decide di attivare. Spesso si pensa che i disturbi presentati e proposti dal paziente, così come la diagnosi di tali disturbi, formulata in base a un qualche codice di psicopatologia, siano una ragione sufficiente per dare senso e ragione a una psicoterapia: il paziente vive emozioni di forte ansia, soffre di disturbi di panico, presenta una relazione di dipendenza acritica e passivizzante nei confronti di una figura parentale, ecco quanto basta per giustificare l’*invio* allo psicoterapista. Si tratta, nell’ottica che noi utilizziamo, di un tipico assetto collusivo tra accoglienza di un servizio di salute mentale, paziente e strutture di psicoterapia. Tutto questo ha profondamente cambiato obiettivi e prassi dei servizi di salute mentale. Non si pensa più che tali servizi siano dedicati a chi soffre di una malattia mentale, con gli stereotipi e i pregiudizi che la connotano. Si pensa, di contro, che i più diversi problemi che attraversano la vita emozionale delle persone e delle famiglie, possano essere affrontati con gli psicoterapisti del servizio sanitario. Ciò ha consentito di accedere alla psicoterapia ad una fascia della popolazione che non avrebbe potuto avvicinare la costosa e dispendiosa psicoterapia “privata”. Sarebbe anche interessante studiare la funzione preventiva nei confronti della crisi psichiatrica, svolta dalla psicoterapia dei disturbi emotivi comuni. Ma su questo la letteratura sembra povera e incerta.

In sintesi: nella psicoterapia “privata” il paziente chiede, in base ad alcune problematiche, di fare un’esperienza psicoterapeutica con uno specifico psicoterapista, caratterizzato da una definita tecnica di psicoterapia (psicoanalisi, terapia cognitivista ecc.); nel caso della psicoterapia entro i servizi di salute mentale, il paziente pone una specifica problematica e attende che la struttura di accoglienza decida l’accesso alla psicoterapia, senza conoscere né lo psicoterapista né la tecnica alla quale questi fa riferimento. L’esperienza di psicoterapia, inoltre, nel privato dipenderà dalla tecnica seguita dallo psicoterapista (da alcune sedute *vis a vis*, sino a qualche anno di lavoro sul lettino); nel pubblico, di contro, l’esperienza sarà vincolata alla diagnosi formulata entro l’accoglienza, così come alle norme che regolano la prassi psicoterapeutica in quel determinato servizio. Vincoli strutturali, quindi, che dipendono dai modelli diagnostici utilizzati, dalla teoria della tecnica adottata come dalle norme che la struttura di servizio si è data.

Una digressione in proposito. La nostra scuola basa la sua formazione sulla analisi della domanda. L'analisi della domanda⁴ è un costrutto che si propone quale alternativa alla diagnosi e all'intervento psicologico clinico fondato sulla diagnosi⁵. Nell'analisi della domanda si fa riferimento, quale alternativa alla connotazione clinica del paziente, alla relazione con lo psicologo e alle dinamiche simboliche che la caratterizzano. Per questo è del tutto fuorviante far riferimento al costrutto dell'analisi della domanda per poi codificare la domanda stessa quale implicita o esplicita, corretta o problematica e così via. Se si definisce la domanda secondo parametri valutativi o diagnostici, si trasforma un costrutto che fa riferimento alla relazione, in un costrutto "diagnostico" ove la diagnosi non è più esplicitamente riferita alla persona, ma è diagnosi della domanda che la persona porta allo psicologo clinico. Come dicevano i nostri vecchi, "se non è zuppa, è pan bagnato!".

Già, ma lo psicoterapista che opera nei servizi di salute mentale può, legittimamente, chiedere e chiedersi: cosa si aspetta, il paziente, dalla psicoterapia? Per quale motivo il paziente accetta la proposta di psicoterapia e si accinge alla relazione con lo psicoterapista? La risposta a questi interrogativi non può risiedere nei disturbi che il paziente racconta entro i colloqui di accettazione. Almeno per una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico. I "disturbi" o i "problemi" che la persona porta al servizio sono, come abbiamo visto, i *pretesti* per accedere alla psicoterapia. Si tratta, infatti, di un servizio di salute mentale che gli utenti pensano dedicati al trattamento dei "disturbi psichici": ciò giustifica il fatto che le persone presentino, *ab initio*, i propri "disturbi psichici". Con questo, non sostengo che i problemi presentati all'accoglienza siano falsi o pretestuosi; tutt'altro. Ma l'attesa di una psicoterapia è attesa di sperimentare una relazione, non una prescrizione farmacologica o un trattamento che concerne il corpo. Ciò che interessa, nel caso della psicoterapia, è la modalità con la quale il paziente simbolizza la relazione con lo psicoterapista. Si tratta di un rilievo per noi importante: la relazione medica prevede un rapporto diretto e necessario tra diagnosi di un disturbo (ad esempio, una insufficienza renale) e intervento medico (per restare nell'esempio, la prescrizione e l'attuazione della dialisi). Si dà come scontato, e acriticamente accettato, che la presenza di una disfunzione corporea debba comportare, necessariamente, l'intervento medico. Il paziente è chiamato alla *necessità* della cura, se presenta disturbi diagnosticabili dal sistema medico; entro limiti che, nelle loro dinamiche estreme, vengono accesamente posti in discussione (dall'accanimento terapeutico al testamento biologico). Chi si avventura entro la dinamica della diagnosi è chiamato all'accettazione acritica (anche se informata) degli atti medici che configurano la cura, quindi alla passività nei confronti di un intervento univocamente deciso dal medico. La psichiatria, in quanto branca della medicina, funziona allo stesso modo delle altre aree della medicina.

Non si può affermare la stessa cosa per la psicoterapia, e più in generale per l'intervento psicologico. La psicoterapia, e in particolare la psicoterapia psicoanalitica, richiede necessariamente l'adesione del paziente. Una adesione non solo nella produzione di fantasie o nel dispiegamento di specifiche strutture cognitive, ma anche nella collusione con lo psicoterapista, entro la dinamica di sviluppo di un pensiero su quanto proposto emozionalmente, o agito, nell'ambito della relazione. Spesso si sottovaluta questa dimensione, sia nella psicoterapia "privata" come, ed è quello che qui ci interessa, entro la psicoterapia nell'ambito delle strutture sanitarie. Sottolineiamo la differenza tra quanto stiamo dicendo e il costrutto, spesso confuso e poco utile, di alleanza terapeutica.

Quest'ultima, se utilizziamo la definizione di Bordin (1979)⁶, concerne un reciproco accordo tra paziente e psicoterapeuta, in riferimento agli obiettivi (*Goal*) del cambiamento che si

⁴ Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

⁵ Si veda in proposito: Carli, R. (2008), *Il resoconto e la diagnosi*, *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170.

⁶ Bordin, E.S. (1979), *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-60.

intende perseguire con la psicoterapia, ai compiti (*Task*) utili per realizzare tali obiettivi e allo stabilirsi dei legami (*Bond*) che hanno la funzione di mantenere la collaborazione, da parte del paziente come dello psicoterapista, così come mette in gioco confuse dinamiche affettive di simpatia e di comprensione. E' interessante notare che, in un recente volume sulla diagnosi⁷, si pensa alla relazione, che il processo diagnostico comporta, nei termini della sola "alleanza diagnostica": una parafrasi che implica, subito dopo, l'alleanza terapeutica". L'alleanza terapeutica sembra strettamente connessa con la tematica del potere entro la relazione tra terapeuta e paziente⁸, così come tra diagnosta e paziente. Ciò implica che la relazione diagnostica sia vissuta, entro questi costrutti teorici, quale relazione di potere. L'analisi della domanda vuole porre l'attenzione sulla relazione simbolica tra paziente e terapeuta, non sulla dinamica del potere che consente all'uno di categorizzare l'altro entro categorie psicopatologiche; evento, di fatto, poco utile per la psicoterapia e, al contempo, fortemente problematico per l'influenza che può esercitare sulla relazione terapeutica.

Quanto sottolineiamo implica la condivisione simbolico - affettiva della relazione e la possibilità di sospendere l'agito, per sviluppare un pensiero emozionato sulle fantasie che la relazione psicoterapeutica evoca nel paziente come nello psicoterapeuta. Ciò, nell'ottica di promuovere lo sviluppo del paziente. Su quest'ultima affermazione torneremo in seguito.

Pensiamo al caso, è solo un esempio, in cui una paziente viene inviata allo psicoterapista di un servizio sociosanitario perché, a seguito di un intervento chirurgico al cervello, presenta una paresi sinistra accompagnata da eventi di depersonalizzazione e di anafettività. Il medico che segue il decorso post operatorio, ritiene opportuno richiedere l'intervento dello psicoterapista. La domanda che ci possiamo porre è la seguente: il medico ha buone ragioni per l'invio della paziente allo psicoterapista; quest'ultimo, d'altro canto, può legittimamente e doverosamente chiedersi: cosa si aspetta la paziente dal rapporto psicoterapeutico con lui? Senza un approfondimento di questo sistema di attese, è impossibile l'avvio di una psicoterapia. Qualcuno potrebbe, ingenuamente o aggressivamente, pensare che la risposta è ovvia: la paziente vuole stare bene, ha una richiesta di salute. Già, ma questa attesa, evidentemente legittima, va bene per giustificare l'accettazione passiva dell'intervento medico; è molto meno utile per fondare un assetto psicoterapeutico e una partecipazione al processo della psicoterapia. Lo psicoterapista ha quale compito importante, nella relazione che prelude a una psicoterapia, di chiedersi quale sia la priorità che caratterizza l'adesione del paziente al rapporto con lui; priorità che può essere colta nella simbolizzazione emozionale del rapporto psicoterapeutico da parte del paziente, entro la dinamica collusiva con lo psicoterapista e con il contesto in cui la psicoterapia si organizza. Nel nostro caso, l'invio allo psicoterapista è motivato dalla preoccupazione del medico curante che l'intervento neurochirurgico abbia provocato danni somatici (la paresi) come anche danni psichici, che è importante accertare e curare rapidamente. Su queste basi, la paziente accetta la prescrizione alla psicoterapia e su basi simili anche lo psicoterapista accetta di lavorare con la paziente in analisi. Pensiamo ora all'incontro tra psicoterapista e paziente, soli con le loro emozioni e con le loro simbolizzazioni emozionali della relazione. E' su tale fenomenologia che può essere avviato un lavoro, ed è importante cogliere le priorità simboliche che la paziente porta in tale relazione. Priorità simboliche che non sono anticipabili dallo psicoterapista sulla base dell'invio, e che con grande probabilità poco hanno a che vedere con la preoccupazione del medico curante.

Ciò apre a un problema di profondo interesse, entro l'area delle psicoterapie realizzate nel sistema sanitario: quello dell'*invio*.

Si pensi, ad esempio, al caso in cui uno psichiatra di un CSM abbia in terapia una donna di mezza età, con marito e due figlie; si pensi anche alla decisione, alla quale sono arrivati lo

⁷ Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2009), *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

⁸ Carli, R. (2009), Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica, *Rivista di Psicologia Clinica*, in questo numero.

psichiatra e la donna in terapia, circa l'utilità di un'esperienza psicoterapeutica anche per il marito, che ha un problematico e ambiguo rapporto con le figlie. La donna, su consiglio dello psichiatra, invita il marito a rivolgersi al servizio per chiedere una psicoterapia. Il marito accetta, per "quieto vivere", così almeno dice, e si reca al servizio ove viene accolto da uno psicologo tirocinante che svolge con il nostro uomo i primi colloqui. Il motivo per cui questa persona è stata "inviata" al servizio dalla moglie, non è lo stesso che l'uomo affronta nei primi colloqui con il tirocinante. Quest'ultimo porta in équipe il caso, che viene discusso anche dallo psichiatra che ha in terapia la moglie. Si sottolinea che, nella relazione tra il tirocinante e l'uomo, non stanno uscendo i veri problemi, quelli denunciati dalla moglie e fondati su precise basi fattuali. Ecco una situazione problematica e, per certi versi, difficile. Il tirocinante sperimenta una relazione ove sta alla persona con cui lavora la scelta di cosa dire e con quali modalità simbolizzare la relazione; ma si trova a fronteggiare anche le aspettative "ortopediche" della coppia terapeutica che ha funzionato da inviante del caso. Pensiamo al caso di una giovane donna che riceve, da un servizio psichiatrico, la diagnosi di schizofrenia di tipo paranoide e che, con questa diagnosi, viene inviata ad un tirocinante che si sta formando nel servizio. Qual è il senso di una psicoterapia a orientamento psicodinamico, ove la relazione tra paziente e psicoterapista sia segnata da una diagnosi di tale fatta? Come potrà interferire, l'atto diagnostico, sulle fantasie che si presentano alla mente del tirocinante psicoterapista o del paziente, ma soprattutto entro la relazione tra i due? Con questi esempi si vuole sottolineare che la prassi psicoterapeutica, se realizzata entro un servizio di salute mentale, si configura quale evento collegato, inevitabilmente, ad altri eventi e a specifiche aspettative che caratterizzano la rete delle relazioni entro cui si dispiega quella relazione psicoterapeutica.

L'invio, entro i servizi di salute mentale, può essere fondato sulla problematica portata dal paziente, trasformata in una diagnosi capace di giustificare l'avvio di una psicoterapia. Questa diagnosi, d'altro canto, ha il potere di orientare la mente dello psicoterapista, di motivarne gli obiettivi, di organizzare le attese circa l'esito della psicoterapia. Ricordo una giovane collega a cui è stata inviata una adolescente per la quale era stato diagnosticato un disturbo alimentare di tipo bulimico; la giovane chiedeva alla psicoterapista di affrontare i suoi problemi di relazione sociale, ma la mente della psicoterapista era "invasa" dal tema del disturbo alimentare e dall'urgenza di intervenire e ottenere risultati in quell'ambito; nonostante la priorità dell'adolescente fosse un'altra, collegabile alla relazione con la psicoterapista da un esplicito contenuto simbolico.

La psicoterapia, entro i servizi di salute mentale, ha un setting che non è deciso dalla contrattazione tra psicoterapeuta e paziente, ma segue le norme decise nel servizio, vincolanti entrambi. Ciò è rilevante, se si pensa ai frequenti attacchi al setting che gli psicoterapeuti conoscono, nel privato, da parte dei pazienti. E' frequente una richiesta di rarefazione del numero delle sedute, di cambiamento nelle modalità di pagamento, di cambio d'orario. In una psicoterapia ove il setting costituisce l'unica dimensione di "realtà" nella relazione terapeutica, questi attacchi comportano, specie nel caso di psicologi che sono agli inizi del lavoro psicoterapeutico, difficoltà nella gestione della relazione. Nel caso dei servizi, di contro, il setting è spesso riferito a una dimensione "terza", entro la relazione psicoterapeutica, alle consuetudini o alle norme del servizio. Ciò configura, per il tirocinante, una sorta di fantasia di dipendenza dalla dirigenza del servizio stesso, spesso in collusione con il paziente.

Invio, diagnosi, limiti temporali della psicoterapia, istituzione del setting, rapporto tra psicoterapista e altre strutture del servizio, queste e altre ancora le dimensioni che orientano gli obiettivi della psicoterapia entro i servizi sanitari o di salute mentale, ne contribuiscono a definire la dinamica. E' per noi importante che il tirocinante tenga accuratamente conto di questi fattori che configurano l'esperienza psicoterapeutica nelle strutture sanitarie: solo così, queste connotazioni possono diventare una risorsa per la psicoterapia e non un limite a modelli di prassi rigidamente assunti, quindi incapaci di considerare i limiti e le risorse del contesto. Limiti e risorse, è bene sottolinearlo, che con caratteristiche differenti sono all'opera anche nella psicoterapia "privata".

Vorrei ora porre l'interrogativo su quale psicoterapia sia possibile sperimentare, per i nostri tirocinanti, quando vengono a contatto con malati psichiatrici, ad esempio entro un SPDC, una comunità terapeutica o riabilitativa.

Alcune considerazioni in proposito. Usualmente pensiamo alla psicoterapia come a una prassi codificata da specifiche tecniche, differenti nell'ambito delle diverse teorie della tecnica e formalizzate, come s'è detto, entro la formazione impartita da differenti scuole di specializzazione alla psicoterapia: la tecnica psicoanalitica, sistemica, cognitivista ecc. La storia e le vicende esperienziali di queste aree della psicoterapia portano diritte a una concezione "duale" della psicoterapia: c'è un paziente (reale o potenziale) che vive, nella sua esperienza lavorativa, scolastica o più spesso familiare, alcuni problemi per i quali ritiene di poter ricorrere all'esperienza psicoterapeutica; per questo si rivolge a uno psicoterapeuta che con lui sperimenterà, nella prassi, la competenza per la quale si è formato. La psicoterapia, in quest'ottica, è una prassi che origina dai problemi vissuti da una specifica persona, così come dalla formazione professionale di uno psicoterapista che affronta quei problemi entro una relazione duale (o familiare, o di gruppo ma la dinamica duale non cambia), volta all'approfondimento o alla soluzione dei problemi stessi. La concezione duale nasce da due condizioni strutturanti la psicoterapia: il vissuto *individuale* dei problemi posti dal paziente e la tecnica psicoterapeutica applicata dal professionista, che comporta necessariamente una relazione individuale con il paziente. Interessante notare che, nella percezione della "gente comune", emergono due ipotesi circa la domanda di psicoterapia: quella di chi vede la famiglia come anello debole e indifeso di un sistema sociale fortemente competitivo, senza regole, trasgressivo, violento e pensa che lo psicologo possa intervenire a difesa di questa componente "fragile" di un sistema di convivenza minacciato dalla legge del più forte; quella di chi pensa che dallo psicoterapista si rivolgono le persone disturbate, unica componente problematica di un sistema sociale "sano" e apprezzato⁹. La seconda modalità di approccio alla psicoterapia è riferita sistematicamente agli "altri", mentre la prima a se stessi e fa riferimento alla propria esperienza. In questo primo caso, quindi, la psicoterapia si pone tra sistema sociale, famiglia e individuo. Ma, come esperienza, concerne sempre e solo il singolo individuo.

Le cose stanno diversamente nel caso della malattia mentale. Per varie ragioni. Un primo motivo, importante, sta nell'origine sociale e contestuale del disturbo mentale. La crisi psichiatrica, nella grande maggioranza dei casi, è *crisi del sistema di convivenza*. Una crisi che ha come *protagonista* il "malato mentale", d'accordo. Che vede quali *deuteragonisti* anche altri attori della relazione sociale: le varie componenti della relazione familiare, di quella condominiale, di lavoro, amicale. Senza crisi della convivenza e dei sistemi collusivi che la reggono (regole del gioco, copioni neoemozionali, dinamica dei ruoli e delle funzioni, sistemi di aspettative entro le relazioni) non si dà che raramente una crisi psichiatrica. Quest'ultima, quindi, è descrivibile come medicalizzazione (psichiatriizzazione) di una crisi della convivenza, a carico di uno degli attori del sistema di convivenza stesso. La medicalizzazione della crisi, si sa, è l'alternativa solidaristica alla criminalizzazione; in quest'ultimo caso, il sistema giudiziario si sostituisce a quello medico, per giudicare il responsabile di un evento che comporta trasgressione alle regole del gioco della socialità. Prima della 180 i protagonisti della crisi, una volta psichiatrizzati, venivano ricoverati in Ospedale Psichiatrico dove subivano vicissitudini le più varie, culminanti in ripetute dimissioni e ricoveri in successione temporale sempre più stretta, sino alla quasi generale

⁹ Si vedano al proposito le ricerche che chi scrive ha realizzato, con il suo gruppo di ricerca, per analizzare la domanda di psicologia: Carli, R., & Salvatore, S. (2001), *L'immagine della psicologia. Una ricerca sulla popolazione del Lazio*, Roma: Kappa; Carli, R., Paniccia, R. M., & Salvatore, S. (2004), L'immagine dello psicologo in Toscana, *Psicologia Toscana*, 10, 1, 7-100; Carli, R., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., & Giovagnoli, F. (2009), La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana, *Psicologia Toscana*, 15, 2, 5-24.

cronicizzazione del disturbo, quindi sino al ricovero irreversibile del malato. Ricordo la prima pagina delle cartelle cliniche dell'O.P. di Verona, nei primi anni sessanta, ove il susseguirsi dei ricoveri e delle dimissioni era, per una cultura "medica" che vuole la reversibilità della forma patogena, a dir poco imbarazzanti.

Con la 180 la psichiatria italiana si adoperò, per circa due decenni, nel rendere operativa la chiusura degli O.P.; strategia prevalente fu quella di restituire alle famiglie quei malati dei quali le famiglie (luogo prevalente della crisi) "si erano volute disfare". Il reinserimento dei malati mentali fu, all'epoca, massiccio e avvenne grazie alla cultura prevalente di quegli anni, che consentiva la "colpevolizzazione" di chi non voleva accogliere, all'interno del proprio sistema sociale, il "diverso": dall'handicappato al malato mentale, dall'anarchico al tossicodipendente, dall'emarginato sociale al barbone, all'extracomunitario. Solo chi non aveva una famiglia entro cui attuare il reinserimento, veniva inviato per l'accoglienza entro le case famiglia, le comunità terapeutiche, le case alloggio. Obiettivo prevalente della psichiatria del territorio, nei due decenni che seguirono l'approvazione della 180 avvenuta nel 1978, fu quello di evitare i fallimenti del reinserimento: a questo scopo gli operatori (per un lungo periodo "operatori unici", senza differenza di professionalità, preparazione, ruolo sanitario) si adoperarono per rendere possibile un nuovo sistema di convivenza del malato mentale. Si utilizzavano gli psicofarmaci, evidentemente, ma anche i colloqui con i familiari, le visite domiciliari di psichiatri, infermieri, psicologi e assistenti sociali, mentre si andavano organizzando in modo ambulatoriale le strutture del territorio ove seguire i casi più gravi. In queste strutture, con il passare degli anni e con l'ingresso di psichiatri o psicologi formati alla psicoterapia entro strutture e società private, prese corpo anche l'offerta psicoterapeutica; un'offerta che, come ho detto più sopra, non era rivolta ai malati mentali gravi ma alla nuova domanda (disturbi emotivi comuni) che nel frattempo, grazie al diffondersi della cultura psicoterapeutica, prendeva forma. Questi psichiatri e psicologi con una doppia formazione (psichiatrica e psicologico clinica da un lato, psicoterapeutica dall'altro) posero in atto una sorta di scissione nella prestazione dei servizi di salute mentale: sedare e facilitare l'inserimento familiare dei malati mentali, ma anche prestare cure psicoterapiche all'"altra" utenza che, sempre più numerosa, si rivolgeva ai servizi. Questa doppia funzione dei servizi di salute mentale si consolidò e proseguì per alcuni anni, diciamo sino alla metà degli anni novanta quando, anche in Italia, cambiò drasticamente il "vento di sinistra" e la destra, con Berlusconi, nel 1994 andò al potere. Le ragioni dell'avvento della destra furono molteplici e non è mia intenzione analizzarle, non avendone evidentemente la competenza; va però sottolineato che l'enfasi sull'ordine pubblico e il tema della sicurezza furono sempre al centro della campagna politica da parte della destra, assieme alla valorizzazione della famiglia quale istituzione da "difendere". In quel periodo iniziò una sorta di rivolta silenziosa nelle famiglie dei malati psichiatrici, ormai organizzate in attivissime associazioni; rivolta che rifiutava la colpevolizzazione in base alla quale, per troppi anni, si era fondato il reinserimento familiare dei malati stessi e che chiedeva a gran voce di interrompere la frequente distruzione di interi nuclei familiari per la convivenza difficile, a volte penosissima, con il malato mentale abbandonato a se stesso e al proprio delirio, entro la famiglia. Il progressivo affermarsi di questa protesta pose la psichiatria italiana di fronte a un compito sino a quel momento eluso, almeno in parte: quello di provvedere a una differente "sistemazione" sociale del malato psichico e di porsi obiettivi volti non solo al mantenimento del malato entro la famiglia, ma al "senso" riabilitativo di strutture ove, con obiettivi terapeutici (comunità terapeutiche) o di reinserimento, vengono raggruppati alcuni pazienti e viene loro dedicata una équipe multidisciplinare. Queste strutture, per vari motivi tra i quali anche la presenza di molti psicologi (pur con le funzioni più diverse), promuovono obiettivi e tecniche che non sono più di semplice contenimento dei pazienti, ma di sviluppo di specifiche competenze volte a perseguire l'autosufficienza del malato mentale. Il malato mentale "psichiatrico", difficilmente guarisce; l'intervento riabilitativo si propone, in primo luogo, di scongiurare la cronicizzazione del malato; al contempo di promuovere un suo sviluppo nella competenza a stare con gli altri, che gli consenta il reinserimento familiare e, in qualche caso, anche lavorativo. Questo duplice obiettivo è perseguito con la psicoterapia, assieme alle cure psicofarmacologiche. Non si tratta, d'altro canto, della psicoterapia fondata sulle tecniche che, come abbiamo visto, ha

una sua genesi recente e che è improntata alla dinamica relazionale duale. Qui, per psicoterapia s'intende la competenza dello psicologo o dello psichiatra a utilizzare tutte le vicissitudini di rapporto che i malati intrattengono tra loro, con gli operatori e la gerarchia della struttura, con i familiari e con il contesto in cui la struttura è iscritta, al fine di sviluppare una competenza a "pensare le emozioni" incontrate in se stessi e negli altri, nelle diverse occasioni di relazione. Due sembrano essere gli obiettivi più rilevanti di queste esperienze di psicoterapia istituzionale: aiutare i pazienti a tener conto dell'"altro" come di un essere dotato delle stesse emozioni, degli stessi desideri, delle stesse esigenze che sono proprie a se stessi; nello stesso tempo, tener conto delle regole del gioco e dei vincoli che la convivenza pone a sé e agli altri. La scoperta dell'"altro", infatti, può avvenire solo entro un sistema di relazioni "regolato", quindi retto non da norme ma da regole del gioco; non da vincoli voluti da un giudice nemico e minacciante, ma da regole condivise che rendano possibile la convivenza e quindi la conoscenza sociale. E' importante sottolineare che queste vicende relazionali, proprie di ogni esperienza di comunità, si possono considerare da una duplice ottica: la dimensione che fa riferimento alla realtà strutturale, sia essa normativa o concordata tra persone, e la realtà simbolico emozionale. Un esempio: una paziente di una comunità entro la quale alcune nostre allieve fanno il tirocinio, si allontana dalla comunità per recarsi a casa della sorella, senza preavviso e senza aver concordato l'uscita con gli operatori. Per questi ultimi la paziente è "fuggita dalla comunità"; per la paziente, di contro, l'episodio è descritto come un "andare a trovare la sorella". Per leggere il punto di vista degli operatori serve ricordare la norma che prevede l'uscita dalla comunità, da parte dei pazienti, come un evento concordato, motivato e deciso tramite un permesso ufficiale; per leggere il punto di vista della paziente è importante cogliere il senso del suo cercare la sorella, in quel momento della sua esperienza riabilitativa, così come la delusione per una ricerca che non poteva dare quell'accoglienza affettiva benevola, sostitutiva del disagio vissuto entro le relazioni in comunità. Per una lettura strutturale della vita di comunità serve cogliere il senso riabilitativo assegnato al rispetto delle norme di vita e di cura del proprio corpo, dei propri oggetti personali o condivisi con gli altri ospiti (l'armadietto, il letto, le stanze della comunità). Per cogliere la dinamica simbolica, è importante condividere modelli psicologici della relazione. Abbiamo proposto la nozione di collusione quale modello di comprensione della relazione sociale, considerata sotto il profilo simbolico emozionale. Pensiamo che l'analisi dei processi collusivi possa essere utile per comprendere le vicende relazionali entro una comunità, coglierne quelle dimensioni simboliche che, una volta restituite ai protagonisti, possano essere di una qualche utilità nell'organizzare il senso delle relazioni per gli ospiti. Credo che il tirocinante, non caricato del compito di far rispettare le norme strutturali della vita in comune, possa trovarsi in una posizione privilegiata per cogliere le componenti simboliche della relazione e per sviluppare con gli ospiti dei rapporti fondati sull'analisi di tale dinamica. Nel caso sopra citato, l'allontanamento dalla comunità può essere visto come realizzazione simbolica dell'ambiguo rapporto, nella mente della paziente, tra famiglia e comunità: una famiglia che rifiuta di tenere con sé la paziente, una comunità che, almeno nelle intenzioni riabilitative, vuole ritornare alla famiglia la paziente stessa. La paziente sembra anticipare l'esito riabilitativo del suo stare in comunità, tornando in famiglia; famiglia e comunità, collusivamente rifiutano questo tentativo e prescrivono nuovamente la residenza nella comunità.

Il malato mentale, chiusi i manicomi, è inserito nella famiglia o nelle comunità. Può, peraltro, vivere una crisi di questo reinserimento sociale. In questo caso viene ricoverato, spontaneamente o con TSO, entro i Servizi Psichiatrici per la Diagnosi e la Cura. L'SPDC è un altro contesto di tirocinio. Un contesto interessante, se si tiene conto che al suo interno il tirocinante può venire a contatto e fare esperienza dell'agire psichiatrico. Se nella comunità i rapporti tra ospiti possono assumere valenza terapeutica e riabilitativa, non è la stessa cosa, almeno in alcuni casi, per l'SPDC. Qui la relazione importante è quella del singolo malato con l'équipe psichiatrica: obiettivo di questa relazione è la diagnosi e l'impostazione della cura psicofarmacologica. Il contesto, assimilato simbolicamente ad un insieme di malati mentali, problematici nella relazione tra loro e nella convivenza con gli operatori del servizio, viene vissuto in molti casi come pericoloso, senza valenze psicoterapiche.

Interessante che in un SPDC ove arriva un giovane uomo intelligente e colto, assistito da una madre apprensiva e idealizzante le competenze e le capacità del figlio, la decisione psichiatrica è quella di sedare sino al sopore, e per lungo tempo il giovane, quasi a sottrarlo alle relazioni interne al servizio. La funzione psicologica, in questo servizio, può essere quella di farsi carico delle relazioni con i pazienti, provvisoriamente ricoverati per un controllo farmacologico della crisi. Curare le relazioni significa da un lato comunicare un interesse per la persona e la sua capacità di stabilire rapporti, pur entro la problematica della crisi; significa, anche, stare nelle relazioni sociali che, inevitabilmente e ineluttabilmente, prendono forma entro il servizio: nei corridoi, nelle stanze comuni, entro le riunioni di staff come durante le visite psichiatriche. Interessante notare come lo psichiatra tenda, sovente, a sottovalutare la rilevanza delle relazioni entro l'SPDC; si pensi, ad esempio, a un servizio ove risiede da lunghi anni un paziente grave, contravvenendo alla norma del ricovero "breve" prevista dalla 180; un paziente problematico, perché agisce il proprio delirio entro i rapporti con gli altri ospiti del servizio, costringendo il responsabile, a volte, a dimettere precocemente alcuni malati presi di punta dal paziente delirante. Il mantenimento di un paziente così problematico, e per lungo tempo, all'interno del servizio è un buon indicatore di quanto sia trascurata, ai fini della cura psichiatrica, la relazione tra le persone che popolano il servizio stesso. Sta allo psicologo che non si è ancora psichiatrizzato, vale a dire che non ha ancora messo in atto dinamiche di identificazione con l'aggressore, di lavorare entro le relazioni e di dare un senso al processo collusivo che i partecipanti al contesto agiscono o comunicano, entro la loro esperienza di socializzazione nel servizio. Ecco una funzione che il tirocinante psicologo può svolgere, avvicinando la malattia mentale ma al contempo salvaguardando la sua funzione di sviluppo della relazione, quale fattore di cura.

Conclusioni

Il tirocinio, per gli allievi delle scuole di specializzazione come per gli studenti universitari, rappresenta l'occasione per incontrare situazioni reali ove la professione psicologica o psicoterapeutica viene esercitata. Ciò significa, per il tirocinante, avere a che fare con le proprie emozioni, nell'incontro con persone e situazioni ove avviare il proprio processo di apprendimento "pratico". La fase istituyente del tirocinio mette in evidenza la modalità emozionale con cui il tirocinante entra in relazione con l'estraneità. In questo senso la fase istituyente del tirocinio, la modalità con cui si incontrano le persone della struttura entro la quale si lavorerà (tutor, operatori, colleghi tirocinanti), le relazioni che si instaurano con il contesto, sono per il tirocinante dimensioni di grande rilievo per cogliere le proprie equazioni personali nella relazione professionale. La nostra scuola dedica molta attenzione all'analisi di queste modalità di istituzione della relazione di tirocinio.

Il tirocinio ha due caratteristiche per noi molto importanti.

La prima concerne la *committenza della scuola* presso la quale il tirocinante si sta formando.

Il tirocinante della nostra scuola si muove tra due ordini di committenza: quella del servizio e quella della scuola. Il tirocinio, se parte integrante di un processo di apprendimento, non può essere disgiunto dai contenuti e dalle dinamiche della formazione entro la scuola. Il tirocinio dei nostri allievi, in altri termini, non è un'esperienza a se stante, affidata totalmente al contesto di tirocinio; l'esperienza fatta dagli allievi nei differenti contesti viene analizzata, confrontata, discussa, verificata all'interno della scuola. Ciò significa, per l'allievo in tirocinio, il fare esperienza di una doppia appartenenza: al servizio, in quanto persona che opera al suo interno sotto la guida e la supervisione del tutor; alla scuola, in quanto l'esperienza di tirocinio va iscritta entro i modelli, la teoria della tecnica e il processo di apprendimento promossi e analizzati con l'attività di formazione della scuola. E' importante che il tirocinante sviluppi la capacità di inserirsi nel lavoro del servizio, per costruire un'esperienza alla sua esperienza, per comprenderne le regole del gioco, per adattarsi al sistema di valori, ai modelli, agli obiettivi che il servizio si propone; al contempo, è importante che sappia

organizzare un pensiero sull'esperienza di tirocinio, per confrontarla con gli altri allievi e con i docenti della scuola. Il tirocinio, in quest'ottica, comporta la competenza a promuovere, attivare e comunicare un pensiero sull'esperienza fatta. Questo è il motivo per cui invitiamo gli allievi a resocontare sistematicamente sulla loro esperienza di tirocinio e fondiamo la valutazione del primo e del secondo anno su questi resoconti, ampiamente discussi entro gli incontri di riflessione sul processo di apprendimento. Il confronto sul tirocinio comporta anche un interesse al tirocinio dei colleghi che compongono il gruppo di formazione, in un apprendimento che affianca, all'esperienza diretta, la riflessione sulle esperienze di tutto il gruppo. In alcuni lavori¹⁰ ho sottolineato la rilevanza del resoconto quale espressione di un pensiero sull'esperienza, parte integrante dell'esperienza stessa. La committenza della scuola, in sintesi, consiste nel motivare gli allievi a sviluppare l'esperienza di tirocinio attraverso il resoconto, e la riflessione in comune sui differenti resoconti. Ciò viene realizzato sin dal primo contatto dei singoli allievi con le strutture del tirocinio. E' l'analisi di queste esperienze che consente un apprendimento clinico, in riferimento all'equazione personale con cui viene realizzata la relazione tra allievo e "realtà altra", entro la quale applicare e sviluppare la propria teoria della tecnica. La riflessione sui resoconti, quindi, non concerne solo l'esperienza clinica in senso stretto, il rapporto con i pazienti e l'attività psicoterapeutica; fa riferimento, con grande attenzione, alle fasi di costruzione della committenza e all'insieme delle relazioni tra allievo e contesto.

La seconda caratteristica del tirocinio, apparentemente ovvia, è la provvisorietà reversibile dell'esperienza. Una riflessione al proposito; quando manca la committenza della scuola, il tirocinio può essere banalizzato nella ricerca di situazioni psicoterapeutiche coerenti con la tecnica di riferimento o, in alcuni casi, nel disinteresse per l'esperienza. Ma nel tirocinio si possono anche strutturare appartenenze profonde, impegnate emozionalmente e operativamente nel servizio; appartenenze che comportano una identificazione con il ruolo svolto nel tirocinio; sino alla confusione, nel lavoro svolto, tra ruolo di tirocinante e appartenenza al servizio. Si tratta di un processo difensivo problematico, in quanto fondato su dinamiche "come se": si fa "come se" l'appartenenza alla scuola e ai suoi obiettivi d'apprendimento non ci fosse; al contempo si fa "come se" si appartenesse al servizio, senza peraltro quel ruolo che deriva soltanto da una appartenenza reale. La reversibilità del tirocinio è possibile solo se lo si vede coerente con un processo d'apprendimento. Un apprendimento, come abbiamo visto, fondato contemporaneamente sull'esperienza fatta nel servizio e sulla riflessione nei confronti del tirocinio stesso, svolta entro la scuola. La dimensione di reversibilità è strettamente connessa con la durata del tirocinio entro una specifica struttura. Riteniamo che la durata ottimale di un tirocinio sia di due anni. E' un periodo che consente di fare esperienza non solo di situazioni cliniche classiche (lavoro psicoterapico con alcuni pazienti, conoscenza approfondita del gruppo di ospiti di una comunità) ma anche del contesto entro il quale il tirocinio si svolge. L'integrazione tra esperienze cliniche, quelle con i "pazienti" e quelle non meno importanti con il contesto di tirocinio, consente di sviluppare una competenza ad intervenire clinicamente entro dinamiche di rapporto complesse, istituzionalmente iscritte.

Committenza della scuola e reversibilità del tirocinio, concernono la prassi dei singoli tirocinanti e la loro analisi all'interno del processo di formazione. C'è un terzo elemento di grande importanza, meritevole del detto *last but not least*: la relazione tra scuola di formazione alla psicoterapia e strutture sanitarie di tirocinio. Sappiamo che questa relazione è regolata da norme ministeriali concernenti quella convenzione che rende possibile il tirocinio stesso. Non è a questo che mi riferisco. Penso, di contro, ad una relazione tra docenti della scuola e responsabili del tirocinio, che possa facilitare un confronto sugli

¹⁰ Carli, R. (2007), Notazioni sul resoconto, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206; Carli, R. (2008), Il resoconto e la diagnosi, *op. cit.*

Si possono anche consultare i differenti contributi pubblicati sul numero 2/08 e 3/08 della *Rivista di Psicologia Clinica*, in riferimento alle "Giornate sulla resocontazione come metodo di intervento in Psicologia Clinica".

obiettivi formativi, sull'andamento dell'esperienza, sull'interazione reciproca tra cultura del contesto sanitario e cultura della scuola di formazione. Questo confronto di culture è sicuramente molto difficile, ma anche importante, penso reciprocamente. Chi scrive ha una lunga esperienza di formazione universitaria degli psicologi. Sa quanto il tirocinio degli allievi del triennio, come quelli del biennio specialistico o magistrale, sia stato difficile e poco utilizzato, in questi anni. Nel corso di laurea "Intervento Clinico" che, come ho detto, ho presieduto per molti anni, il tirocinio dei triennialisti ha in molti casi mostrato i suoi limiti, sfiorando dinamiche tragiche o comiche. Giovani studenti messi a far fotocopie, a seguire inutili corsi di formazione locali, ad assistere passivi e lontani all'operato di colleghi chiusi nel proprio mondo pragmatico; spesso il resoconto dell'esperienza di tirocinio ha potuto ridare un senso ad esperienze mortificanti o profondamente negative. A volte anche il tirocinio dei biennialisti seguiva la stessa sorte. Al contempo, alcuni potevano esperire nel tirocinio vicende interessanti, capaci di integrare la formazione universitaria con una formazione efficiente sul campo. Situazioni le più diverse, ove l'andamento del tirocinio viene vissuto da molti studenti come affidato al caso, una sorta di aspettativa aleatoria del "terno al lotto". Perché tutto questo? Non credo sia un interrogativo di poco conto.

Torniamo a quanto detto in precedenza sulla formazione psicologica, dopo la legge 56/89 e l'avvento delle scuole private di psicoterapia. Molti colleghi che attualmente operano nelle strutture ove è possibile fare il tirocinio, provengono da formazioni le più diverse, orientate a teorie e a tecniche differenti, spesso lontane tra loro. Ciò che più conta, queste impostazioni pragmatiche hanno sovente un legame debole con la psicologia e la competenza psicologica. Manca quindi, nei casi più problematici, una base comune, teorica e pratica, che dia senso ad una prassi entro il campo della psicologia. Ritengo che questo problema si riproduca nelle scuole di formazione alla psicoterapia, con una presenza multiforme di specialismi fortemente scissi gli uni dagli altri, entro modelli che, spesso, poco hanno a che vedere con le necessarie basi comuni della psicologia. Sono consapevole che questo evento, nella misura in cui si verifica, non è attribuibile in toto agli operatori dei servizi o alle scuole di psicoterapia; la formazione universitaria ha la sua responsabilità, con quel debole legame con la pratica che molte aree della docenza universitaria manifestano. Il rischio di tutto questo è che nel nostro paese ci sia un numero elevatissimo di psicologi (abbiamo ormai superato i 70.000 iscritti all'Ordine degli Psicologi) e che al contempo non ci sia una professione psicologica unitaria, quel tanto che basta per dare un'identità importante a chi opera nel campo. La dispersione dell'identità si accompagna, come la psicologia sociale insegna, a diffidenze reciproche, svalorizzazioni di chi fa riferimento a teorie della tecnica diverse dalla propria, conflitti che si riflettono negativamente sulla credibilità e la reputazione della professione. Non tutta la professione mostra questi problemi, beninteso, ma il problema c'è e dovrà essere affrontato con decisione. Il tirocinante incontra problemi diversi se nel contesto del tirocinio incontra una cultura psicologica attiva e capace di differenziare la propria funzione, o se di contro la prassi psicologica è assente o appiattita su altre professioni, quella psichiatrica in particolare. Torniamo alla relazione tra scuole di psicoterapia e contesti culturali del tirocinio. Questi confronti servono, credo, a valorizzare le differenze di prospettiva della prassi psicologico clinica. Considerando la psicologia clinica come l'alveo naturale per le differenti prospettive psicoterapeutiche e di intervento, se esercitate da psicologi. Forse dimentichiamo che la comune formazione psicologica può accomunare, nel confronto, una pratica psicoterapeutica anche se fondata su teorie della tecnica diverse; così come una prassi psicoterapeutica, apparentemente orientata da un riferimento teorico comune, può differenziarsi, anche di molto, se esercitata da persone di formazione psicologica da un lato, psichiatrica dall'altro. Anche questo non sempre, evidentemente; ma la formazione di base, lo hanno mostrato diverse ricerche e lo suffraga l'esperienza di tutti i giorni, non è irrilevante entro la psicoterapia o l'intervento psicosociale. Credo che le differenze siano una ricchezza, non un ostacolo; purché siano consapevoli e ci si confronti su di esse. Di qui la rilevanza di un confronto sul tirocinio, tema comune a chi forma nelle scuole e a chi forma nel tirocinio stesso.

Bibliografia

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-60.

Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206.

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170.

Carli, R., & Salvatore, S. (2001), *L'immagine della psicologia. Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Kappa.

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

Carli, R., Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (2004). L'immagine dello psicologo in Toscana. *Psicologia Toscana*, 10, 1, 7-100.

Carli, R., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti F., & Giovagnoli, F. (2009). La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana. *Psicologia Toscana*, 15, 2, 5-24.

Carli, R., Paniccia, R.M., Bonavita, V., Terenzi, V., & Giovagnoli, F. (2009). Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica, *Rivista di Psicologia Clinica*, in questo numero.

Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo F. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.