

Dire, fare, imparare: un modello di formazione alla psicoterapia in ottica cognitivo-costruttivista

di Lorenzo Cionini*, Clarice Ranfagni**

Non si insegna quello che si vuole; dirò addirittura che non s'insegna quello che si sa o quello che si crede di sapere: si insegna e si può insegnare solo quello che si è.

Jean Jaurès (1859 – 1914)

Alcuni problemi della formazione specialistica in psicoterapia

Il problema dell'ortodossia

Un primo problema da considerare nella definizione di un progetto di formazione specialistica in psicoterapia è quello che comunemente viene indicato nei termini "dell'ortodossia" rispetto al modello clinico proposto. Il problema si è posto primariamente in ambito psicanalitico in relazione alla prassi che prevede che il futuro analista debba sottoporsi preliminarmente a una analisi personale che, spesso, oltre a perseguire il fine di un "superamento delle proprie nevrosi", ha assunto anche il significato di un'identificazione con il proprio analista-didatta e con il suo stile di conduzione del processo terapeutico. In questa ottica l'assunzione del ruolo psicoterapeutico dovrebbe passare attraverso l'interiorizzazione delle modalità di operare del proprio analista-didatta rafforzando anche il senso di identificazione alla struttura societaria di riferimento. Nell'ambito di un modello formativo di questo tipo, quindi, una particolare attenzione viene data alla tecnica e alla capacità dell'allievo di acquisirla e riproporla anche con i propri futuri pazienti, così come l'ha appresa nella propria relazione analitica.

Più in generale, porre prioritariamente fra gli obiettivi formativi il richiamo all'ortodossia porta – e ha portato anche storicamente – sia a un irrigidimento conformistico e a una chiusura intellettuale all'interno della propria scuola di riferimento (demonizzando le spinte innovative verso possibili sviluppi teorici), sia un modo per contrapporre nettamente il proprio modello alle idee e alle proposte provenienti da approcci teorici diversi e concorrenti.

La possibile alternativa all'ortodossia non sta, a nostro avviso, né nell'*eclettismo tecnico*, né nell'*integrazione teorica*. Il primo, che propone di utilizzare liberamente tecniche provenienti da orientamenti diversi, conduce facilmente a un pressappochismo metodologico poiché non tiene sufficientemente conto del fatto che ogni elemento tecnico riceve una sua validazione quando inserito in un progetto unitario guidato da una strategia internamente coerente, da un linguaggio omogeneo e da una teoria che giustifichi concettualmente le scelte effettuate. Il secondo rappresenta una "ambiziosa utopia" riducendosi – almeno nelle proposte formulate fino ad oggi – alla definizione di modelli ipersemplicati, e spesso concettualmente confusi, che difficilmente rendono conto della complessità del funzionamento psicologico umano (Cionini, 1998).

A livello formativo, l'alternativa a questi tre approcci (ortodossia, eclettismo, integrazione) è rappresentata, a nostro avviso, dal proporre agli allievi in formazione una griglia di riferimento rispetto ai fondamenti epistemologici, teorici e metodologici dell'agire

* Professore Associato di Psicologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università di Firenze. Psicoterapeuta Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a indirizzo Costruttivista del CESIPc.

** Psicologo, psicoterapeuta, didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a indirizzo Costruttivista del CESIPc.

psicoterapeutico – caratterizzanti il modello clinico di appartenenza – che risulti sufficientemente "precisa" da permettere una coerenza dell'agire terapeutico (a questi stessi presupposti) e contemporaneamente "a maglie sufficientemente ampie" da consentire una sua coniugabilità e personalizzazione rispetto alle peculiarità individuali dell'allievo.

Se si parte dal presupposto che il processo psicoterapeutico sia essenzialmente un processo centrato sulla relazione e sulle implicazioni personali ed emozionali che si possono giocare all'interno della relazione stessa, diviene essenziale fornire uno stile generale dell'approccio clinico coerente con il modello teorico proposto che possa essere successivamente personalizzato in relazione alle caratteristiche individuali dell'allievo-terapeuta, e coniugato con i bisogni che ogni relazione terapeutica, nella sua particolarità, determina. Un approccio di questo tipo può sia favorire la creatività personale nel rispondere ai problemi pratici che nascono dal fare psicoterapia, sia portare a spunti che, nel tempo, conducano anche a sviluppi teorici del proprio modello.

Del resto, è stato proprio grazie al graduale allentamento delle richieste di ortodossia che, negli ultimi anni, si è verificato un lento e graduale processo di abbandono delle rigide barriere e contrapposizioni, o se vogliamo delle "guerre di religione", fra psicoterapeuti di diverso orientamento che rendevano difficile qualsiasi possibilità di dialogo e interscambio. I fermenti e gli sviluppi verificati all'interno di tutti gli indirizzi esistenti, che hanno portato a una loro progressiva complessificazione e flessibilizzazione, e la presa di atto di una sostanziale efficacia della psicoterapia in sé (quando condotta in maniera adeguata e coerente alle sue specifiche premesse) hanno condotto a un lento e graduale processo di relativo avvicinamento reciproco, a scambi e confronti prima inimmaginabili e a una sostanziale legittimazione reciproca, pur nella restante diversità.

Gli attori della formazione

Strettamente collegato a questo primo problema, è possibile porne un altro che concerne più direttamente le modalità di organizzazione della didattica e che può essere riassunto nelle seguenti domande: è preferibile che la formazione venga portata avanti da una pluralità di didatti che pur riconoscendosi all'interno di uno stesso macro modello clinico (psicoanalitico o cognitivo o sistemico o gestaltico ecc.) presentino stili di lavoro e di interpretazione di questo modello ampiamente diversificati, lasciando poi all'allievo la libertà di scegliere quello che sente maggiormente congruente con il suo modo di essere? O è più opportuno che un numero più ristretto di didatti proponga una modalità di lavoro tendenzialmente più unitaria (pur nelle ineliminabili differenze individuali) che definisca quella griglia di cui si è parlato sopra, incoraggiando inizialmente gli allievi a "provarsi" all'interno di questa, per coniugarla e interpretarla successivamente in funzione delle proprie caratteristiche personali?

La nostra scelta va decisamente nella direzione di questa seconda alternativa. È certamente più rassicurante per l'allievo – e presumibilmente più efficace dal punto di vista didattico – offrire, in una prima fase del percorso formativo, indicazioni più precise su come porsi nella relazione con l'altro e, successivamente, aiutarlo a leggere e dare significato al proprio modo di interpretare il ruolo professionale, così che possa utilizzarlo per sviluppare sia un proprio stile personale, sia quella indispensabile creatività che caratterizza uno psicoterapeuta efficace permettendogli di affrontare, nella relazione clinica, situazioni sempre nuove e imprevedibili.

Inevitabilmente, sul piano pratico, la scelta fra queste due alternative si traduce in una diversa numerosità dei didatti ai quali viene affidata la "formazione pratica" degli allievi.

Nel primo caso è necessario che, nel corso dei quattro anni della formazione, l'allievo entri in contatto con un numero tendenzialmente elevato di didatti, ciascuno dei quali presenta il proprio modo peculiare di coniugare i principi teorico-epistemologici del macromodello che caratterizza la Scuola, potendo contare sul supporto di uno/due docenti (comunemente nelle scuole che seguono questo modello tale ruolo è affidato ai co-didatti) che hanno il compito

di confrontare e coordinare le diverse modalità di conduzione del processo terapeutico che sono state proposte.

Nel secondo caso è necessario che la "formazione pratica" sia gestita interamente da un numero più ristretto di didatti (non più di due/tre) che, utilizzando un approccio clinico più omogeneo, possano offrire una maggiore congruenza interna della proposta formativa senza comunque correre il rischio di una eccessiva monoliticità (come può avvenire nel caso di un didatta unico). Il ruolo di un co-didatta che li affianchi durante tutti gli spazi dedicati alla formazione pratica diviene in questo caso quello di facilitare il confronto e il raccordo fra i diversi stili di interpretare il ruolo terapeutico che, per quanto tendenzialmente omogenei, saranno comunque differenziati in relazione alle ineliminabili diversità personali dei didatti stessi. Anche in questo caso comunque, come prevede la normativa ministeriale, è utile ed opportuno che nel corso della formazione sia previsto l'intervento di terapeuti-didatti di altri orientamenti che offrano un'idea di quadri di riferimento teorico ed epistemologico diversi da quello che caratterizza la scuola.

Imparare la teoria attraverso l'esperienza

Un altro problema che riteniamo utile porre preliminarmente (e che approfondiremo in seguito) si riferisce all'opportunità di privilegiare, nella sequenza del percorso formativo, il "sapere" o piuttosto il "saper fare" in funzione della costruzione del "saper essere". Anche in questo caso l'interrogativo riguarda la scelta tra almeno due possibili modelli formativi. Il primo parte dal presupposto che sia essenziale offrire inizialmente un quadro ben delineato ed esaustivo della teoria che sta alla base del modello clinico sottolineandone le implicazioni sul piano del processo e della relazione psicoterapeutica e solo in un secondo momento – quando tale teoria sia stata fatta propria (incarnata) dall'allievo – farlo esercitare sulle procedure cliniche per arrivare all'acquisizione di uno stile terapeutico coerente con i presupposti teorici a partire dall'analisi dell'epistemologia personale dell'allievo.

Il secondo modello formativo tende a privilegiare il "saper fare" e "il saper essere" partendo dal presupposto che anche il "sapere" sia più facilmente acquisibile e, soprattutto, integrabile attraverso l'agire e la riflessione sul proprio agire. In questo caso quindi, nella fase iniziale, vengono offerti esclusivamente alcuni presupposti generali di base del modello teorico clinico sui quali l'allievo possa iniziare a fare esperienza e imparare attraverso l'esperienza. La ridefinizione e puntualizzazione della teoria della tecnica viene sviluppata in un secondo momento quando, all'interno delle esercitazioni pratiche e/o della supervisione, l'allievo si trova concretamente ad affrontare le difficoltà inerenti il proprio modo di essere, attraverso l'analisi e la ridiscussione dei significati impliciti che emergono dal suo agire nella relazione con l'altro.

Anche in questo caso la nostra scelta è decisamente a favore di questa seconda opzione.

Obiettivi del processo formativo

L'obiettivo essenziale della formazione specialistica in psicoterapia, a partire dalle considerazioni sviluppate nel paragrafo precedente, diviene quindi quello di creare le condizioni affinché l'allievo riesca a costruire un proprio ruolo professionale che sia contemporaneamente coerente con i presupposti epistemologici del modello terapeutico della scuola e con le peculiarità del proprio essere come persona. In altre parole, si tratta di fornire le basi teoriche e metodologiche affinché l'allievo "apprenda ad apprendere" tramite l'esperienza e che attraverso un continuo processo di esplorazione e di conoscenza di sé giunga a ritagliarsi/costruirsi attivamente il proprio ruolo professionale.

La finalità per la quale si ritiene essenziale favorire la conoscenza di sé e delle proprie dinamiche emozionali non è tanto quella di "guarire dalle proprie nevrosi" (obiettivo certamente auspicabile ma non indispensabile) quanto quella di permettere un'adeguata consapevolezza delle proprie dimensioni cognitivo-emotive che consenta di distinguere sé

dall'altro nel processo e nella relazione terapeutica. In questo senso siamo perfettamente d'accordo con quanto affermato da Carli, Grasso e Paniccia (2007) quando sottolineano come la competenza più rilevante per uno psicologo clinico sia "la capacità di riconoscere le emozioni che gli vengono evocate *entro una specifica relazione* e di utilizzare le emozioni stesse per costruire ipotesi sulla relazione, non per difendersene (p. 305)".

Al di là delle tecniche e/o delle procedure, riteniamo che alla base del processo formativo vada considerata proprio l'acquisizione della capacità di porsi in relazione con l'altro con l'obiettivo di *comprendere* il senso di ciò che ci sta narrando al di là dei possibili significati di superficie, mantenendo contemporaneamente la propria attenzione sulle sensazioni che questo ci evoca, utilizzandole come strumenti per approfondire la nostra conoscenza e comprensione della persona che ha richiesto il nostro aiuto. Sensazioni che, depurate da ciò che può entrare collusivamente in risonanza con le proprie dinamiche personali, rappresentano uno degli strumenti fondamentali della comprensione e quindi dell'agire terapeutico.

Un ulteriore elemento che riteniamo essenziale per un'adeguata assunzione del ruolo professionale è relativo alla consapevolezza che, per quanto abile e efficace, uno psicoterapeuta può soltanto facilitare un processo di cambiamento che il paziente non può che percorrere autonomamente. Lo psicologo clinico e/o lo psicoterapeuta non dispongono di alcuno strumento in grado di *determinare* un cambiamento nell'altro, diversamente dal medico che, mediante i farmaci (quando adeguati ed efficaci), può produrre "mutamenti" nella sintomatologia del paziente. Ciò che può fare, per riprendere una felice metafora di Vittorio Guidano (1991) è porsi nel ruolo di un *perturbatore strategicamente orientato* senza tuttavia poter mai sapere quale sarà con esattezza l'effetto della sua perturbazione sul sistema paziente. Usiamo dire ai nostri allievi che uno psicoterapeuta "non è in grado di guarire nessuno" anche perché il concetto di guarigione è ben diverso da quello utilizzato nell'ambito del modello medico. Una psicoterapia non dovrebbe perseguire semplicemente l'obiettivo di ridurre una sintomatologia; se si parte dal presupposto che il sintomo ha un senso e una funzione per la persona, la sua riduzione pura e semplice difficilmente "risolve il problema". Nella nostra esperienza clinica non è infrequente trovarsi nella situazione in cui – pur non avendo agito direttamente sui sintomi – la sintomatologia si riduca fino a scomparire abbastanza rapidamente dopo un periodo iniziale di trattamento ma, contemporaneamente, che questo non si traduca automaticamente in una scomparsa del disagio del paziente; il trattamento può quindi durare ancora a lungo per elaborare i significati funzionali del malessere che possono essere ancora presenti pur in assenza di sintomi conclamati.

La teoria della tecnica

L'atteggiamento clinico nell'approccio all'altro

Innanzitutto riteniamo essenziale che l'allievo entri in una dimensione in cui avere piena consapevolezza (e quindi assolutamente non soltanto cognitiva) che *qualsiasi ipotesi, valutazione, osservazione e spiegazione clinica è frutto di un processo attivo e dinamico di costruzione* e non è mai un dato certo, unico, oggettivo o nosografico.

Per questo, per esempio, nel caso in cui i didatti presentino i propri casi clinici con le relative letture professionali è opportuno che queste non siano "calate dall'alto" come uniche e assolute ma vengano proposte al gruppo insieme alla richiesta di pareri, impressioni, riflessioni, sensazioni ed altre eventuali possibilità di lettura; ciascuno degli elementi emerso dal e nel gruppo viene preso in considerazione dal didatta sia valutandolo nella sua maggiore o minore coerenza esplicativa, sia cercando di facilitare nell'allievo un processo di lettura delle modalità personali attraverso le quali possa essere arrivato a proporlo.

È pertanto fondamentale che l'attenzione degli allievi venga posta sulla *provvisorietà di qualsiasi lettura clinica* effettuata nell'evolversi di un percorso psicoterapeutico. Se è vero che un'ipotesi professionale, in una particolare fase della terapia, viene costruita come più

funzionale dal terapeuta in quanto permette di procedere in maniera strategica nel trattamento, è altrettanto vero che la psicoterapia si caratterizza per un avanzare “di ipotesi in ipotesi”, di volta in volta verso quell’ipotesi che meglio spiega e meglio si adatta a quel particolare momento clinico e ai nuovi elementi emersi nella relazione col sistema-paziente. Il messaggio formativo che si intende passare centra quindi l’attenzione sul fatto che non c’è mai una “soluzione unica”, statica, ferma, finale, e che bisogna invece porsi nell’ottica di una necessaria processualità; questa è ineliminabile in quanto corrisponde alla proprietà che caratterizza ogni percorso di cambiamento e che rende così centrali non tanto le definizioni quanto, appunto, il processo di considerazioni attive che conducono “verso quella” costruzione clinica e non altre, sulla base di un criterio di efficacia del trattamento. Si evidenzia così un parametro formativo che non muove tra i poli del giusto/sbagliato o dell’esatto/inesatto ma attiene al criterio della percorribilità e della funzionalità esplicativa di ogni lettura professionale.

Tutto questo è strettamente correlato all’acquisizione da parte dell’allievo della più globale *capacità di cogliere l’altro nella sua unicità e complessità*. Gli allievi vengono portati a costruire professionalmente – attraverso i costrutti teorico-clinici – la persona che hanno di fronte senza però perdere di vista che nessuna lettura professionale, per quanto concettualmente accurata e precisa, può esaurire la complessità di un individuo. Questo processo può essere attivato e costantemente vivacizzato stimolando gli allievi a “vedere” la persona nel suo insieme, cioè nel mondo in cui vive e nel modo in cui lo vive, nel linguaggio che utilizza, nel corpo che abita, in come si rapporta alla propria rete di relazioni significative, etc., cioè accompagnando gli allievi a porre attenzione ad ogni elemento che possa avvicinarli il più possibile a come la persona si muove nella propria realtà. L’intento è che arrivino a rappresentarsi l’altro, o, meglio, a “coglierlo” quale effettivo protagonista in carne ed ossa di quella storia interrotta nel suo movimento evolutivo, senza mai semplificare o ridurre l’individuo a qualsiasi tipo di codifica o di lettura teorica; questo anche, e soprattutto, per prepararli a confrontarsi con una realtà clinica quanto mai variegata proprio in quanto sempre uniche e diverse tra loro saranno le persone che di volta in volta incontreranno nel procedere dell’attività professionale.

Ci sembra quindi assolutamente non opportuna la riduzione della lettura professionale a mero etichettamento diagnostico. In quanto modalità descrittivamente statica, una diagnosi propriamente intesa viene da noi ritenuta strumento assolutamente inadeguato a cogliere nella sua complessità quel processo in movimento che ogni persona comunque è, anche la più bloccata nella sofferenza. In coerenza con questo presupposto essenziale, nella formazione alla professione clinica viene pertanto escluso l’utilizzo degli inquadramenti nosografici classici.

Soprattutto durante le fasi iniziali della formazione, nell’analisi dei casi clinici agli allievi viene proposto un confronto tra l’utilizzo delle diagnosi di tipo medico-psichiatrico e il ricorso a valutazioni dal taglio esplicativo-funzionale per permettere loro di toccare con mano la maggior forza euristica e il minor rischio di tautologicità di queste ultime.

Altro messaggio formativo importante è l’inutilità di qualsivoglia comunicazione diagnostica al paziente che può anche, più o meno esplicitamente, richiederla, spesso per un’abitudine sociale a prassi curativo-mediche che prevedono restituzioni di tipo classificatorio o magari per la necessità di dare un nome al proprio malessere, con l’aspettativa illusoria di trovare in questo nome una via d’uscita dal disagio. Quello che è importante veicolare agli allievi è non tanto la “regola” di non comunicare qualsiasi tipo di diagnosi quanto percepirne l’inutilità, anzi, peggio, la paradossalità intrinseca e il rischio di far arrivare al paziente un “doppio messaggio” non coerente con la logica secondo la quale è soltanto lui che, accompagnato ma non sostituito dal terapeuta, può individuare una lettura personale con la quale dare significato al proprio disagio.

Nel nostro modello formativo viene ritenuto essenziale far cogliere all’allievo quanto e con quanta salienza il processo di conoscenza dell’altro avvenga tramite modalità che

necessariamente vedono *precedere la dimensione della comprensione rispetto a quella della spiegazione* (cfr. Cionini, 2006). In questa ottica, i didatti dapprima aiutano l'allievo a leggere quanto osservato in termini di ascolto del proprio sentire in tutte le sue sfumature e, soltanto in un momento successivo, a riassumere, ridefinire e schematizzare tali osservazioni attraverso un linguaggio esplicativo di tipo professionale.

Questo, per esempio, può essere facilitato in aula stimolando costantemente la partecipazione attiva del gruppo a dare spazio all'espressione di qualsiasi spunto personale sia stato sollecitato dalla proposta di un caso clinico, così come anche tramite la rilettura "in chiaro" da parte del didatta della propria processualità nella conduzione clinica. Operazioni didattiche di questo tipo favoriscono un apprendimento non finalizzato a un'acquisizione nozionistica ma a una graduale interiorizzazione dei costrutti professionali.

Per evitare che la conoscenza dell'altro si limiti a "vedere il mondo coi suoi occhi" o "mettersi nei suoi panni", è necessario abituare l'allievo a far seguire ai momenti di comprensione quella che definiamo *conoscenza tramite spiegazione*, cioè la codifica e attribuzione di un pattern di costrutti professionali di volta in volta ritagliato su ogni specifica persona. Questa capacità di lettura professionale, necessariamente preceduta dall'essere entrati in contatto con l'essenza dell'altro, è finalizzata a una costruzione della complessità individuale articolata, ma contemporaneamente sintetica, che permetta di impostare e dare avvio ad una relazione effettivamente terapeutica.

Per evitare che l'approccio all'altro si polarizzi – o addirittura si cristallizzi – esclusivamente nella dimensione della comprensione oppure in quella della spiegazione (ciascuna in sé inefficace e non adatta per un approccio all'altro che miri al cambiamento) è necessario che il processo di conoscenza che l'allievo attua si situi all'interno di una continua circolarità, in cui vengano ad alternarsi, appunto, momenti di comprensione, cioè di capacità di provare ad "essere l'altro", e momenti di spiegazione, cioè di rilettura teorico-clinica dell'ipotetico funzionamento dell'altro (cfr. Morin, 1986). Questo processo può essere facilitato portando la stessa circolarità all'interno dei momenti formativi. Per esempio, in seguito all'ascolto di un caso clinico, si lavora sempre dapprima "a caldo" su tutto quanto suscitato negli allievi per portarli a vedere il mondo come l'altro lo vede, ponendosi dal suo interno e calandosi nella realtà che la persona presenta e narra; solo in un momento successivo, per così dire più "a freddo", si provano a scomporre e analizzare in maniera più specifica una serie di elementi, codificandoli in termini professionali ed articolandoli in possibili relazioni gerarchiche. Comunque, viene sempre evidenziato il fatto che la lettura professionale non può assolutamente prescindere da quanto emerso "a caldo" per poter davvero rispettare la valenza conoscitiva dell'altro nella sua unicità.

Analisi della domanda e costruzione professionale dell'altro

Altro obiettivo essenziale è l'acquisizione da parte degli allievi della capacità di attivare processi più approfonditi di *analisi della domanda*, guidandoli e stimolandoli criticamente verso letture che vadano oltre il livello più esplicito attraverso il quale il paziente ha formulato la richiesta di aiuto e ricercandone il bisogno più sostanziale sotteso.

È necessario che l'allievo si appropri di una modalità di approccio al sintomo (inteso in senso più lato come problema presentato) che gli permetta di interrogarsi sulla *funzionalità del sintomo* stesso. Il presupposto da cui si parte è la concettualizzazione per cui ogni manifestazione sintomatica, sicuramente portatrice di sofferenza, sia l'espressione "visibile" del disagio ma non si esaurisca nel dolore che provoca. Il "sintomo" viene considerato parte integrante proprio di ciò che quella persona è: segno distintivo delle sue specifiche esperienze di vita. La sintomatologia non è quindi più qualcosa da debellare, eliminare, far scomparire, quanto qualcosa che chiede di esser letto, decodificato e compreso proprio nella storia di un individuo, nel suo modo di rapportarsi a se stesso e agli altri. Riveste inoltre una funzionalità protettiva in quanto, pur con un elevato costo emotivo, permette al sistema di mantenere un equilibrio funzionale al raggiungimento di determinati scopi esistenziali, fosse anche garantirsi la sopravvivenza fisico-psichica. Comprendere la funzionalità protettiva del sintomo permette di passare a una prassi clinica in cui ciò che veniva costruito unicamente come portatore di dolore, e quindi da eliminare, possa essere

riconcettualizzato, anche dal paziente, come qualcosa di estremamente funzionale e pertanto da cogliere nella sua pregnanza di significato.

Nelle discussioni sui casi, che siano dei didatti o degli allievi in supervisione, è fondamentale che, di fronte a ciò che il paziente presenta come sofferenza, sintomo, disagio, malessere, problema, i didatti portino sempre attivamente il gruppo a interrogarsi sul suo significato e a costruirne, collocandosi dall'interno del sistema-paziente, la specifica valenza per il suo equilibrio.

Altro obiettivo formativo rispetto all'analisi della domanda è mettere gli allievi nella condizione di poter decidere se sussistono i *presupposti per una presa in carico* ed eventualmente di che tipo (sostegno, counselling, psicoterapia). Infatti, al di là della richiesta esplicita del paziente di un particolare tipo di aiuto, attiene sempre al ruolo del terapeuta la competenza specifica di "tradurre", sulla base di criteri professionali, tale richiesta nella proposta di intervento più appropriato alla situazione presentata. Resta da sottolineare che, diversamente da altri approcci, nel nostro orientamento non riteniamo esistano "a priori" situazioni, sintomi, condizioni, problemi, malesseri che possano in sé essere riconducibili ad un determinato tipo di intervento (per esempio, l'indicazione di un counselling relativamente ad una decisione lavorativa da prendere). La scelta del tipo di intervento deve sempre essere costruita sulla base di una lettura professionale delle implicazioni che la problematica presenta in termini di invalidazione dei costrutti nucleari individuali (nello specifico, quanto e come la problematica presentata relativa al lavoro, ad esempio, possa invalidare il senso di identità personale) e, non ultimo, anche in base alle possibilità di movimento che si anticipano nel sistema-paziente. Tale costruzione dovrebbe permettere anche di stabilire se il nostro particolare modello di psicoterapia sia effettivamente adatto alla problematica presentata.

Un messaggio formativo che solitamente cerchiamo di passare come essenziale agli apprendisti terapeuti è relativo a imparare a riconoscere i casi che possono o meno seguire personalmente; capacità che ovviamente non può essere acquisita nell'arco limitato dei quattro anni di scuola ma soltanto gradualmente attraverso il procedere dell'esperienza clinica e gli inevitabili insuccessi professionali e/o drop out. L'idea di fondo mira a smitizzare l'illusione di un terapeuta onnipotente che possa curare tutti sempre e comunque ed è coerente con l'assunto che, oltre al ruolo professionale, la psicoterapia coinvolge dimensioni personali; queste, se anticipate nel loro grado di implicazione come potenzialmente collusive coi giochi relazionali o con le problematiche personali presentate dal paziente, possono portare alla decisione di affidare ad altri colleghi la presa in carico di quella determinata persona.

Nel nostro modello cognitivo-costruttivista, l'abilità di leggere professionalmente l'altro si attua attraverso un apprendimento alla *costruzione di ipotesi professionali che partano dalla narrazione della storia di vita della persona*. Al primo colloquio di analisi della domanda seguono tre (più raramente quattro) sedute definite di *assessment* (cfr. Cionini, 1991; 2006) in cui paziente e terapeuta ripercorrono insieme, in parte in ordine cronologico ed in parte per salienza tematica, tutta una serie di esperienze esistenziali e relazionali della storia del paziente. Questa raccolta non si configura come una anamnesi ma è volta ad esplorare situazioni e passaggi evolutivi ritenuti cruciali in coerenza ai presupposti teorici del modello. La forma globale della narrazione della storia che l'altro ci presenta, ricostruita attraverso il linguaggio professionale, è la base su cui poter costruire ipotesi di funzionamento del suo sistema di conoscenza. Un'attenzione privilegiata viene quindi sempre prestata non tanto ai singoli elementi storici e ai correlabili costrutti professionali, quanto al loro insieme e alle loro interconnessioni funzionali e di significato; il quadro che si viene a creare non deve risultare un elenco di "indici" ma essere una configurazione di significati interrelati tra loro. È soprattutto la forma narrativa con cui il paziente ci presenta la sua storia ad essere considerata un fattore indicativo della rappresentazione interna del mondo del paziente e delle sue modalità interpersonali (vedi paragrafo *Addestramento alle modalità di "costruzione professionale" del paziente*).

Tali elementi, una volta rielaborati e riletti nel loro insieme attraverso l'ausilio di codifiche e costrutti clinici, permettono al terapeuta di formarsi una prima ipotesi professionale del sistema di conoscenza del paziente che risulta così essere ritagliata proprio sulla sua unicità e complessità e di definire una strategia di trattamento, dando avvio al lavoro terapeutico vero e proprio. Può essere importante sottolineare che questa costruzione professionale – proprio in quanto ipotetica – è qualcosa che, nel corso del processo terapeutico, viene continuamente e attivamente rivisitata, riadattata e modificata, man mano che, seduta dopo seduta, il paziente porta, presenta, racconta, vive elementi nuovi che fino a quel momento non erano presenti nel suo orizzonte conoscitivo.

Nella formazione quindi l'intento dei didatti è *far apprendere un modo di raccogliere elementi della storia dell'altro senza però fermarsi a tali elementi*. Per quanto possa sembrare paradossale, questo è invece il criterio essenziale che differenzia l'operazione di *assessment* da un'anamnesi. Si ritiene che formarsi un quadro d'insieme, il più comprensivo possibile di una complessità, possa avvenire soltanto nel momento in cui viene cercata una "collocazione esplicativa" sia a tutto quello che viene narrato esplicitamente, sia a quello che è sotteso nella narrazione o che può, addirittura, non essere presente nel racconto dell'altro (apparenti vuoti o salti narrativi). L'allievo viene quindi stimolato in ogni momento a provare a mettere insieme i "pezzi" che ricava dall'*assessment*, correlandoli ed articolandoli tra loro attraverso una rete di rapporti internamente funzionali, così da giungere a una visione globale dell'altro come persona nelle sue possibilità di movimento sistemico.

Il cambiamento

Se si parte dal presupposto che l'obiettivo di un sistema individuale di conoscenza sia la capacità di costruire anticipazioni per "muoversi nel mondo", *la sofferenza psicologica può essere concettualizzata nei termini di un blocco delle capacità di movimento*, accompagnato dalla sensazione di impossibilità a costruire alternative soggettivamente percorribili. Il cambiamento è così concepibile come la possibilità per il sistema di riavviare il proprio processo di movimento attraverso la creazione di nuovi significati che il soggetto (bloccato in una ripetizione stereotipa di comportamenti, pensieri, emozioni) non riesce a costruire come strade possibili nel proprio orizzonte conoscitivo. Questa costruzione di significati nuovi, per quanto in un lavoro di esplorazione effettuato insieme al terapeuta, non può altro che originarsi "dal e nel" soggetto, all'interno dei suoi vincoli e delle sue possibilità sistemiche.

Definito in questi termini, il concetto di cambiamento reca in sé la connotazione di un qualcosa di diverso e di nuovo che emerge, e che prima "non c'era", rendendo quindi l'ottica psicoterapeutica ben distante da quella medica dove la "cura" prevede e pretende il ripristino delle condizioni dell'organismo precedenti alla "malattia" e la ripresa del suo funzionamento "normale". Alla fine di un trattamento psicoterapeutico, il sistema dovrebbe risultare più complesso e articolato, permettendo alla persona di rendere prevedibile una gamma più ampia di esperienze e di mantenere una maggiore stabilità e flessibilità nel movimento intrinseco allo scorrere, più o meno ordinario, della realtà quotidiana.

Al centro del modello formativo viene pertanto a porsi l'acquisizione del concetto di cambiamento (e non di "cura") inteso come un riavvio del movimento del sistema che può nascere solo dall'interno della persona.

Il ruolo del terapeuta rispetto allo scopo finale della terapia diviene quindi quello di *stimolare e favorire la riorganizzazione autonoma del paziente*. Il terapeuta non fornisce cure, rimedi, consigli, soluzioni, suggerimenti ma predispone un territorio in cui l'altro possa trovare gli strumenti per arrivare alle sue peculiari risposte; strumenti intesi come modalità nuove per approcciarsi all'ascolto e alla conoscenza di sé, per arrivare a comprendere e spiegare "sé stesso da sé stesso" in funzione delle situazioni di volta in volta vissute.

Il terapeuta quindi non propone alternative specifiche, né tanto meno fornisce indicazioni pratiche o spiegazioni, in quanto queste sarebbero basate necessariamente ed esclusivamente su criteri esterni all'altro, ma permette che il paziente possa lasciar

emergere dentro di sé le proprie risposte in quanto ritenute le uniche effettivamente percorribili dal suo sistema di conoscenza.

Agli allievi viene sottolineato come l'efficacia dell'aiuto non consista nel "soccorso" all'altro, nel sostituirsi all'altro, ma nell'accompagnarlo in un percorso di esplorazione di sé, verso la costruzione di alternative possibili, offrendogli punti di osservazione e spunti di riflessione che possano essere interpretati in funzione delle proprie potenzialità costruttive. L'intento didattico è quindi quello di portare gli allievi a costruirsi un ruolo basato sulla consapevolezza critica di non poter trovare le risposte ai problemi del paziente, cioè di non possedere alcuna possibilità di guarirlo in senso più lato (se per guarirlo si intende eliminare la sofferenza, come si è già detto).

Il "fare terapeutico" che si intende così far acquisire è finalizzato non tanto ad un "fare dando all'altro" quanto ad un "far fare, facendo con l'altro".

Il processo del cambiamento come "minaccia"

Per stimolare e favorire l'esplorazione nella direzione del cambiamento, il terapeuta si trova ad operare, su più livelli, spesso simultaneamente, tutte quelle mosse di intervento che anticipa possano promuovere processi di riorganizzazione autonoma nell'altro. È importante tenere sempre presente, tuttavia, che *il cambiamento – qualsiasi cambiamento – porta in sé sempre e comunque una certa dose di "minaccia" per il sistema*. Cambiare significa muoversi da uno stato presente che – per quanto portatore di sofferenza – è noto e abituale, e per tale ragione in qualche modo rassicurante, verso un "nuovo potenziale" che rappresenta viceversa un ignoto fino a quel momento presumibilmente non esplorato. E il nuovo e ignoto è di per sé minaccioso. In questi termini si può dire che la psicoterapia comporta intrinsecamente una minaccia in quanto percorso finalizzato, per esplicita richiesta e desiderio del paziente, a un graduale abbandono dei territori esistenziali attuali e conosciuti, verso territori tutti da scoprire. Esemplicative dell'intensità di questo passaggio possono essere le parole di un paziente in una fase nella quale sta riscoprendo la relazione con il proprio mondo emozionale: "Come da bambino la risposta a un mondo, ad una realtà poco chiara era in termini di sintomi, ora è il mondo delle emozioni che mi è poco chiaro... non l'ho ancora digerito. Ora mi accorgo di come le emozioni mi trovano disarmato... Le emozioni mi preoccupano, sono una forma di realtà ancora sconosciuta. *Io mi pongo nei confronti delle emozioni come un europeo che si trova nella giungla e sente dei rumori strani e non capisce cosa siano.*"

Durante la formazione, cerchiamo di enfatizzare questo concetto con gli allievi-psicoterapeuti, sottolineando come in qualsiasi processo di cambiamento i propri interventi debbano essere attentamente calibrati nei termini della loro presumibile minacciosità per l'equilibrio del sistema dell'altro. Se l'entità della minaccia è minima o assente il risultato sarà presumibilmente una mancata promozione del cambiamento. Una relazione terapeutica di questo tipo può anche risultare "gradita" a un paziente che si senta accudito e confermato in tutti i suoi aspetti ma questo "accudimento" ha un costo non indifferente sia nei termini del mancato movimento, sia in quelli della conferma della pericolosità e/o impossibilità del cambiamento. Molte psicoterapie "interminabili" sono probabilmente dovute proprio a interazioni di questo tipo. Viceversa una minaccia eccessiva può indurre – in relazione alle caratteristiche e alla fragilità del paziente – effetti di diverso tipo, tutti comunque negativi: una reazione di irrigidimento difensivo (con un blocco più o meno momentaneo del processo e con un pregiudizio per la relazione), l'abbandono della terapia (ovvero un *drop-out*) o addirittura un aggravamento dello stato di scompenso che talvolta può manifestarsi anche con episodi dissociativi e/o psicotici.

In termini didattici questa capacità di "calibrazione della minaccia" è di non facile acquisizione poiché richiede una competenza complessa che coinvolge contemporaneamente un insieme di aspetti. Fra l'altro: l'essere in grado di calarsi nei panni dell'altro, l'essersi costruiti un'immagine delle sue aree di maggiore vulnerabilità (in generale e rispetto a ogni specifico momento del percorso terapeutico), l'anticipazione del "potere perturbante" (per le dimensioni nucleari del sistema) di quel particolare intervento, la possibilità per il paziente di accogliere l'invalidazione potenzialmente attivata dall'intervento

del terapeuta e di entrare in un vuoto di significati a partire dal quale possa, successivamente, costruire qualcosa di nuovo, ecc.. È importante pertanto, durante le esperienze di formazione pratica, stimolare gli allievi a riflettere su tale aspetto per abituarli a calibrare le proprie mosse terapeutiche in relazione alla minaccia potenziale che comportano. Soprattutto nei momenti di supervisione viene posta particolare attenzione a questa dimensione, invitando l'allievo a considerare le implicazioni dei propri interventi e a interrogarsi sui loro possibili effetti in virtù della valutazione delle potenzialità di movimento di quello specifico paziente in quello specifico momento del percorso terapeutico.

La persona del terapeuta come strumento di cambiamento

Dal momento che, nella nostra ottica, la comprensione precede qualsiasi lettura teorico-esplicativa, la persona del terapeuta svolge un ruolo cruciale ai fini del processo di cambiamento.

Si entra qui nell'ambito più specifico del *saper essere*. L'obiettivo formativo prevede che l'apprendista-terapeuta acquisisca durante i quattro anni una buona consapevolezza di sé, delle caratteristiche del proprio sistema di conoscenza e della propria teoria del mondo. Questa consapevolezza dovrebbe permettergli di leggere i propri processi cognitivi, affettivo-emotivi e relazionali e di capire le implicazioni di sé coinvolte nel processo terapeutico.

Attraverso una buona conoscenza personale, i futuri terapeuti possono affinare la capacità di distinguere sé dall'altro, di decentrarsi dal proprio sistema di significati e di calarsi nel sistema di conoscenza del paziente; in particolare, come usiamo dire agli allievi, divenendo capaci di *"farsi attraversare" dall'altro* e dai suoi significati, per comprenderlo nella sua specificità.

Un altro aspetto fondamentale è *il potersi permettere di stare anche in un "vuoto di significati"*, nell'assenza di ipotesi esplicative, come spazio-tempo necessario per giungere alla comprensione dell'altro. Gli allievi vengono aiutati a costruire questi momenti come momenti attivi pur nell'apparente passività, e quindi non come indicatori di incapacità, inadeguatezza o mancanza di professionalità ma come passaggi necessari per il procedere nella conoscenza dell'altro.

Oltre alla consapevolezza di sé, che si può raggiungere nei quattro anni della formazione specialistica, riteniamo estremamente importante che l'allievo acquisisca quella dimensione che definiamo del *saper cambiare* (Cionini & Ranfagni, in corso di stampa). Questa dimensione ci sembra rilevante in una professione il cui nucleo fondamentale è proprio la relazione interpersonale in quanto, in coerenza con l'ottica costruttivista, non si può non assumere che il terapeuta stesso, proprio in quanto prima di tutto persona, sia un sistema di conoscenza in movimento e che l'entrare in relazione di due persone, anche se una nel ruolo di terapeuta e l'altra nel ruolo di paziente, sia inevitabilmente fonte di cambiamento reciproco.

Acquisire questa cognizione permetterà al futuro terapeuta di potersi misurare in maniera critica e consapevole con gli eventuali limiti che, nel procedere della pratica professionale, potranno evidenziarsi rispetto a particolari momenti di uno specifico percorso terapeutico o rispetto a determinate procedure oppure rispetto al proprio personale modo di rapportarsi al modello teorico di riferimento. Se vissuti con consapevolezza e quindi "serenamente", è in questi momenti che la creatività personale del terapeuta può intervenire consentendogli di rivedere, variare, integrare, adattare o trasformare aspetti più o meno strutturali del proprio *sapere, saper fare e sapere essere*, pur mantenendosi in una logica internamente coerente ai presupposti epistemologici della teoria di riferimento.

Inoltre il messaggio formativo così veicolato mira a permettere al futuro terapeuta di non restare rigidamente affezionato ad un'illusoria immagine di sé come di elemento invariabile del processo psicoterapeutico e di poter assumere una sempre maggiore disposizione di apertura rispetto all'emergere del "nuovo" (anche nella propria dimensione soggettiva) nell'incontro con l'altro, senza percepire una minaccia relativamente al mantenimento del ruolo professionale.

Relazione terapeutica: tra “saper fare e saper essere”

Ad una buona conoscenza di sé è intrinsecamente collegata la possibilità di utilizzare la relazione terapeutica come strumento essenziale per il cambiamento. È qui che la dimensione del *saper fare* e quella del *saper essere* si incontrano ed integrano sinergicamente.

Nella nostra ottica, la metafora della *base sicura* di Bowlby (1988) è direttamente applicabile alla relazione terapeutica. Coerentemente con tale teoria, *il terapeuta*, in quanto persona alla quale il paziente si rivolge in un momento di particolare difficoltà della sua vita, *può essere considerato a pieno titolo una potenziale, importante, figura di attaccamento*. Fin dall'inizio della relazione terapeutica, ma soprattutto una volta che questa si sia stabilmente strutturata, il paziente tenderà a riprodurre nel setting gli stessi processi di attribuzione di significato – a sé e all'altro – e a vivere le stesse sfumature emotive che caratterizzano nell'oggi i rapporti con le figure significative della sua vita. L'analisi dei processi che si verificano nella relazione offre occasioni uniche per rileggere insieme al paziente le caratteristiche dei suoi schemi interpersonali nel momento stesso in cui vengono rimessi in atto e per analizzare le costruzioni anticipatorie che effettua rispetto al terapeuta, alle sue reazioni emotive e ai suoi comportamenti. La sensazione di accettazione incondizionata e la possibilità di ricevere dal terapeuta una comprensione "calda" possono permettere al paziente di costruirsi quelle sensazioni protettive di *base sicura* che facilitano l'esplorazione di parti più sconosciute, e in qualche modo minacciose, di sé.

Le "mosse relazionali" del terapeuta possono essere talvolta finalizzate specificamente a evidenziare i processi transferali in corso orientando su di essi l'attenzione del paziente. È importante quindi che gli allievi apprendano a prestare attenzione al significato relazionale del proprio agire (a livello verbale, paraverbale e non verbale) chiedendosi sempre – più o meno esplicitamente – “che effetto può avere nella relazione quello che sto facendo?”, così da essere in grado di porsi nel setting in un modo che da un lato (in parte) soddisfi le richieste relazionali del paziente, ma dall'altro offra a quest'ultimo occasioni per sperimentarsi in modo nuovo, in una situazione protetta. Il setting può quindi divenire un contesto privilegiato e sicuro di esplorazione di “sé-nelle-relazioni” offrendo al paziente occasioni nelle quali possa provare a permettersi sensazioni altrimenti "proibite"; occasioni che possano condurre all'invalidazione delle anticipazioni che tali modalità – diverse da quelle che egli usualmente adotta nei rapporti interpersonali – portino a critica, rifiuto o abbandono da parte del terapeuta (Cionini, 2005). Le dinamiche della relazione paziente terapeuta possono essere talvolta esplicitate, divenendo oggetto di una metacomunicazione, in altri casi essere lasciate sul livello implicito, senza alcuna traduzione linguistica o mediate esclusivamente da comunicazioni metaforiche.

L'apprendista-terapeuta deve imparare a porre attenzione alle proprie sensazioni personali (attivate dalla e nella relazione terapeutica) discriminando con la massima consapevolezza possibile quanto ciò che avviene e sta provando possa essere influenzato dalle modalità tipiche del proprio sistema di conoscenza e quanto, invece, da paure, difficoltà, strategie relazionali del sistema del paziente. A questo scopo, particolarmente utili sono i momenti di supervisione individuale davanti al gruppo, in quanto ciascuno dei rimandi degli altri, oltre che dei didatti, stimola l'allievo in questione a costruire punti di vista diversi da cui osservarsi durante l'interazione terapeutica.

Gli errori nella conduzione del processo terapeutico

Come in altre dimensioni della vita, anche in un percorso terapeutico gli errori sono inevitabili in quanto intrinseci di per sé alla natura umana.

Nella nostra ottica, l'approccio ad un eventuale “errore” del terapeuta assume una connotazione peculiare. L'assunto di fondo è che ritenere un errore soltanto “un errore” (con le implicazioni del senso comune: ovvero qualcosa che non va bene e che non andava fatto) sia un modo per ritrovarsi bloccati in una dimensione di giusto/sbagliato, rinchiudendosi metaforicamente in una sorta di tribunale dove, ad un'eventuale condanna

del terapeuta-colpevole, non consegue in alcun modo un qualche beneficio per il paziente. Viceversa, nel caso in cui l'errore non abbia comportato una lesione grave del benessere psicofisico dell'altro né siano stati trasgrediti gli assunti etici e deontologici fondamentali, riteniamo che debba essere considerato alla stregua di qualsiasi altro "evento" o esperienza analizzabile nel setting e che, se opportunamente utilizzato, possa risultare foriero di significati, veicolando informazioni e conoscenze su dimensioni personali del terapeuta che si sono rese particolarmente evidenti nella dinamica di quella specifica relazione.

A fronte della percezione di un proprio errore, è importante quindi che il terapeuta lo accetti e lo consideri nella sua valenza informativa, senza drammatizzarlo ma senza, al tempo stesso, minimizzarlo o banalizzarlo, interrogandosi per capire quanto ciò che è avvenuto possa essere ricondotto alla dimensione intersoggettiva o piuttosto, prevalentemente, a proprie problematiche personali; in quest'ultimo caso, il terapeuta dovrà attivare un processo di considerazioni e riflessioni su di sé (a livello individuale o nell'ambito di una supervisione) che gli permettano un'elaborazione critica ed il proseguimento del percorso terapeutico "raddrizzando il tiro" a beneficio dell'altro e mantenendo alta l'attenzione a non rimettere in atto le stesse dinamiche.

Qualora invece il terapeuta ritenga di poter costruire l'"errore" anche in termini relazionali, dovrà utilizzarlo come fonte informativa di qualcosa che, appunto, sta avvenendo nell'interazione col paziente e che può essere riletto con significati utilizzabili ai fini del trattamento stesso.

Se l'errore è stato rilevato esclusivamente dal terapeuta è necessario che egli si chieda se, in funzione del beneficio del paziente, sia vantaggioso o meno comunicarglielo; viceversa se è stato il paziente stesso a segnalarlo è essenziale che l'errore venga analizzato a partire da un suo riconoscimento esplicito da parte del terapeuta – che passa presumibilmente anche attraverso un'operazione di *self-disclosure* – e che porti a una condivisione e a un confronto franco a quattro mani su quanto avvenuto e sulle ricadute che ha avuto sulla relazione.

In termini didattici, l'obiettivo diviene quindi quello di aiutare gli allievi a non "negare" i propri errori (aspetto che può intervenire in misura ancora maggiore in una fase formativa in cui, molto spesso, alla dimensione di apprendimento può associarsi una dimensione valutativa) ma anzi a prestarvi un'accurata attenzione sottolineandone la valenza informativa e la possibilità di far sì che qualcosa di inizialmente negativo e spiacevole possa essere costruito come un'opportunità di ampliamento conoscitivo su sé e sull'altro.

Metodologia della formazione

Le competenze del terapeuta

Come già detto, la metodologia della formazione viene articolata a partire dal presupposto che le competenze fondamentali di un terapeuta siano acquisibili essenzialmente mediante un addestramento esperienziale finalizzato alla promozione di una sua crescita personale, piuttosto che tramite l'acquisizione di specifiche tecniche e metodi insegnati teoricamente. Tale addestramento si propone di sviluppare, nel corso dell'intero iter formativo, alcune abilità complesse che possono permettere di affrontare le difficoltà insite nella gestione di un processo terapeutico.

In primo luogo la capacità di stabilire un dialogo autentico con i propri pazienti ponendosi in relazione con l'altro con un atteggiamento che privilegi la comprensione; atteggiamento che richiede la disponibilità di mettere in discussione i propri pre-concetti. Come afferma Gadamer, acquisire una sensibilità rispetto all'alterità, comprendere l'altro e aprirsi alla novità del suo racconto "non presuppone né un'obiettivo *neutralità* né un oblio di se stessi, ma implica una precisa presa di coscienza delle proprie pre-supposizioni e dei propri pregiudizi" (Gadamer, 1960, p. 316). Capacità necessariamente connessa all'attivazione delle conoscenze appartenenti al proprio dominio affettivo-emotivo che richiede quindi un addestramento che non può che passare attraverso un processo esperienziale centrato sulla consapevolezza di sé nella relazione con l'altro.

Ugualmente importante è la capacità di *riflettere mentre si agisce*; abilità procedurale che non implica necessariamente un processo mentale conscio (anzi, spesso esperita a livello di sensazioni o intuizioni) e che consente di modificare la propria comprensione e le proprie azioni in relazione a ciò che sta avvenendo e di improvvisare rispondendo in modo pertinente alla particolarità del momento e alla situazione relazionale in atto (Safran & Muran, 2000).

Un buon psicoterapeuta dovrebbe inoltre acquisire la capacità (anch'essa procedurale e quindi prevalentemente non consapevole) di integrare un insieme di informazioni provenienti da fonti diverse: la teoria di riferimento, le proprie reazioni emotivo-affettive a ciò che avviene nella relazione, le risposte esplicite e implicite del paziente ed i loro significati, i potenziali effetti del proprio agire nel setting.

La cornice del processo formativo

In coerenza con quanto sostenuto nei paragrafi precedenti, i primissimi mesi della formazione vengono dedicati prevalentemente alla presentazione dei presupposti epistemologici del modello clinico e dei principi fondamentali che caratterizzano la teoria di riferimento e la teoria della tecnica.

A questa prima fase fa rapidamente seguito l'inizio della formazione pratica che può essere distinta in tre momenti, portati avanti in fasi successive ma in gran parte sovrapposte, e finalizzati:

- a) alla comprensione della domanda e alla costruzione professionale delle caratteristiche di funzionamento cognitivo-emotivo del paziente (*assessment*);
- b) alla conduzione del processo terapeutico mediante procedure conversazionali, modalità di "lavoro sulle emozioni" e gestione delle dinamiche transferali;
- c) alla supervisione delle psicoterapie portate avanti dagli allievi (a partire dal terzo anno di training).

Momenti specifici vengono inoltre dedicati alle esperienze effettuate dagli allievi durante il tirocinio e all'analisi delle dinamiche nel gruppo di formazione considerato un setting particolare nel quale oltre ad apprendere si attuano processi di cambiamento personale la cui portata è condizionata significativamente dal clima di fiducia reciproca che si riesce a realizzare e che consente (se positivo) di affidarsi e di esplorare aspetti problematici di sé.

Fra il terzo e quarto anno di training sono previste inoltre un minimo di 20 ore di lavoro individuale con un terapeuta diverso dai didatti che seguono la formazione.

Per le prime due fasi della formazione pratica (*assessment* e conduzione del processo terapeutico) la didattica è organizzata secondo la medesima logica e la medesima cornice metodologica pur nella diversità degli specifici contenuti.

Inizialmente viene fatta una sintetica descrizione del metodo utilizzato per quella particolare procedura; la stessa procedura viene quindi mostrata in pratica mediante la lettura di trascrizioni e/o l'ascolto di audio registrazione di sedute effettuate da uno dei didatti del corso. Nella fase successiva un didatta mostra "dal vivo" quello stesso metodo di lavoro in una seduta con un allievo, nel ruolo di paziente, a partire da un contenuto personale offerto dall'allievo stesso. Quindi seguono esperienze "reali" (ovvero non simulate) in prima persona da parte degli allievi che rivestono alternativamente il ruolo di terapeuta e di paziente a partire da materiale personale dell'allievo-paziente.

L'osservazione di un terapeuta esperto al lavoro (uno dei didatti del gruppo) in una situazione reale di psicoterapia non può sostituire l'esperienza personale e diretta degli allievi ma consente, in una fase iniziale del processo di apprendimento, di vedere in cosa consista effettivamente il lavoro di psicoterapia. Gli allievi sono invitati a interrogarsi sul perché il didatta si sia mosso in un certo modo in passaggi cruciali della seduta, provando a ricostruire i suoi processi emotivi e di pensiero. Il didatta stesso può cercare di ricostruire e illustrare la "logica" che lo ha condotto a muoversi in un certo modo in quel momento e con quel paziente. Sono utili a questo scopo sia sedute "ben condotte", scorse fluidamente, che

possono essere esemplificative del modo di portare avanti una specifica procedura, sia sedute nelle quali il didatta-terapeuta ha trovato difficoltà decisamente più elevate e si è trovato a alternare momenti di chiarezza con momenti di incertezza e confusione, così come (in una fase più avanzata del percorso formativo) sedute nelle quali il terapeuta-didatta può aver sbagliato una serie di mosse terapeutiche in maniera più o meno rilevante. È importante che gli allievi considerino i loro didatti bravi ed esperti terapeuti ma contemporaneamente, non arrivino a idealizzarli considerandoli "perfetti". Avere l'idea che anche un terapeuta esperto può fare (come inevitabilmente fa) errori di valutazione e di conduzione permette da un lato di ridurre l'ansia perfezionistica degli allievi legata all'idea di dover far bene (che ovviamente aumenta le probabilità di bloccarsi e/o sbagliare), dall'altra di imparare in pratica come gli errori stessi possano diventare (quando riconosciuti e analizzati nel loro dinamica relazionale) occasioni importanti di comprensione di sé, dell'altro e del contributo che ciascuno apporta alla relazione terapeutica. Quando poi il didatta lavora "come terapeuta" con un allievo "paziente" di fronte al gruppo (nonostante che in una situazione di questo tipo il processo di esplorazione risulti più limitato per le caratteristiche particolari del setting nel quale si svolge) ai vantaggi di cui sopra si aggiungono quelli di:

- permettere all'allievo di fare esperienza diretta dell'impatto che può avere su un paziente quel particolare modo di condurre l'interazione terapeutica,
- sperimentare la situazione di affidamento che appartiene tipicamente a una relazione terapeutica "ben riuscita",
- iniziare un lavoro di conoscenza personale finalizzato a un incremento di consapevolezza rispetto alle caratteristiche dei propri processi cognitivi e affettivo-emotivi.

Nella successiva fase in cui entrambi i ruoli (di paziente e di terapeuta) sono rivestiti da due allievi, oltre alle considerazioni appena fatte si aggiunge quella di offrire a colui che si trova a rivestire il ruolo terapeutico, l'opportunità di farne un'esperienza diretta in una situazione protetta nella quale può contare in ogni momento (se necessario) nell'aiuto "tecnico" e nel supporto del gruppo e del didatta,

Vediamo ora come questa cornice generale di metodo si realizza concretamente nelle diverse fasi e momenti del processo formativo.

Addestramento alle modalità di "costruzione professionale" del paziente

Dopo aver descritto le strategie e la modalità di conduzione del primo colloquio e della raccolta della storia di vita (vedi paragrafo *Teoria della tecnica*) e avere illustrato i criteri di trascrizione di queste prime sedute e le modalità utilizzabili per la loro codifica nei termini dell'analisi del discorso utilizzando le categorie della *Adult Attachment Interview (AAI)* (Crittenden, 1999) e degli "schemi cognitivo-emotivi prevalenti" (Cionini, 2006; Cionini & Provvedi, 2002), al gruppo viene fornita, sia in forma audio-registrata sia come trascritto, l'*assessment* (prima seduta di analisi della domanda e successivi colloqui di raccolta della storia di vita) effettuato da uno dei didatti con un proprio paziente.

Tramite un primo ascolto effettuato in gruppo, stimolati dai didatti nell'espressione libera delle proprie sensazioni e riflessioni, gli allievi possono così entrare da subito nella dimensione per cui nel processo conoscitivo dell'altro la comprensione non può che precedere qualsivoglia tentativo di spiegazione. Sulla base di questo primo momento esclusivamente dedicato alla comprensione, i didatti avviano poi un lavoro più analitico e di dettaglio sui trascritti focalizzando l'attenzione sui criteri di conduzione del colloquio e sulle modalità di porre le domande da parte del terapeuta. Nell'intervallo fra un fine-settimana di scuola e quello successivo, ogni allievo deve esercitarsi individualmente su questi trascritti relativamente ai criteri di codifica caratteristici del metodo. Nell'incontro successivo, suddivisi in sottogruppi, gli allievi confrontano le loro codifiche e le loro costruzioni di significato per provare a comprendere la persona del paziente, il suo modo di porsi nei confronti delle proprie esperienze e a costruire una spiegazione del senso e della funzione del problema (e della sintomatologia) che ha presentato nella richiesta di aiuto. Le letture professionali proposte dai sottogruppi vengono poi esposte e discusse tutte insieme alla presenza del didatta, potendole quindi confrontare criticamente fra loro e con la lettura professionale da lui costruita sul proprio paziente.

L'obiettivo dell'intero processo di *assessment* è quello di abituarsi a sentire e ragionare "con gli occhi dell'altro", considerandolo nella sua globalità e complessità, per cercare di costruire un primo abbozzo delle sue modalità di funzionamento cognitivo-emotivo e cogliere quanto più possibile il significato che il paziente attribuisce agli eventi, la sua intenzionalità, gli obiettivi che guidano le sue azioni nella relazione con sé e con gli altri per lui significativi. Oltre che all'inquadramento iniziale della persona del paziente e del suo problema, riteniamo che questa modalità di porsi "in ascolto" sia necessaria, in qualsiasi momento del percorso terapeutico poiché il processo di costruzione e ri-costruzione dell'altro termina soltanto alla fine della psicoterapia.

Successivamente a questo primo momento formativo, questo stesso tipo di lavoro viene svolto costantemente, e senza soluzione di continuità per tutti i quattro anni del percorso formativo, inizialmente utilizzando gli *assessment* personali degli allievi – tramite la procedura di lavoro a coppie (v. dopo) – e, dal terzo anno, utilizzando gli *assessment* dei pazienti portati in supervisione da ciascun allievo.

Al termine di questa fase preliminare, all'interno del gruppo di formazione si definiscono gli accoppiamenti terapeuta-paziente finalizzati a far sperimentare in prima persona a ogni allievo – in ciascuno dei due ruoli – quella stessa procedura, di raccolta e valutazione della storia di vita, che viene utilizzata in terapia per la valutazione clinica. Ogni seduta si svolge in uno studio collegato con l'aula tramite un sistema audio-video. Il gruppo può così seguire in diretta lo svolgimento della seduta e, se necessario, l'allievo-terapeuta può ricevere, quando lo desidera o appaia necessario, indicazioni su come procedere rispetto a eventuali momenti di più difficile conduzione. A garanzia di entrambi si stabilisce la regola che l'allievo-paziente può chiedere di interrompere, in qualsiasi momento e senza bisogno di motivazioni esplicite, l'approfondimento di tematiche personali che non si senta di affrontare in un setting (allargato) di questo tipo. Questa regola consente contemporaneamente all'allievo-terapeuta di sentirsi libero di fare le domande che ritiene opportune, senza porsi autolimitazioni connesse al timore di eccessiva invasività. Le sedute vengono audio e video registrate.

Al ritorno in aula, si analizzano in primo luogo i vissuti dei due partecipanti all'interazione nell'interpretare ciascuno dei due ruoli. Ci si sofferma in particolare sulle emozioni evocate dalla situazione e su come ciascuno ha percepito la relazione con l'altro. Dopo un feedback su questo stesso aspetto da parte dei compagni di gruppo e dei didatti vengono presi in considerazione anche gli aspetti di metodo mettendo in relazione le modalità utilizzate dal terapeuta nella conduzione della seduta e nell'interpretare il proprio ruolo, con le emozioni esperite nella relazione da entrambi i partner. Se necessario, al fine di analizzare aspetti più specifici del comportamento non verbale e paraverbale nei momenti di maggiore risonanza emozionale, parti della video-registrazione della seduta vengono rianalizzate in aula.

L'allievo-terapeuta ha quindi il compito, nelle settimane successive, di trascrivere integralmente la registrazione della seduta e (in assenza dell'allievo-paziente) di proporre e discutere con gli altri membri del gruppo, che nel frattempo hanno ricevuto a loro volta la trascrizione e fatto lo stesso lavoro, le sue ipotesi di codifica e costruzione professionale dell'altro. La medesima procedura viene seguita per la seconda e la terza seduta di raccolta della storia di vita.

Quando tutti gli allievi hanno completato questa fase di lavoro, ognuno propone a un sottogruppo (usualmente composto da quattro persone) le proprie ipotesi di inquadramento professionale delle modalità di funzionamento cognitivo-emotivo del proprio collega-paziente. Ciascun sottogruppo elabora quindi, per scritto, le costruzioni professionali dei propri "pazienti" che vengono inviate ai didatti per eventuali suggerimenti/correzioni/integrazioni.

Alla fine, ogni allievo, a turno, riceve l'elaborato scritto che lo riguarda e, subito dopo averlo letto da solo, si incontra con il suo collega-terapeuta, nello studio collegato in audio-video con l'aula, per analizzare insieme a lui le risonanze emotive rispetto alla costruzione che gli è stata proposta e approfondire gli aspetti che desidera riprendere in considerazione.

Quindi, in aula, il didatta e il co-didatta propongono all'allievo le loro riflessioni rispetto alle particolari difficoltà cui – in relazione ad alcuni aspetti delle sue caratteristiche cognitivo-emotive – potrebbe andare incontro nella gestione del ruolo professionale; a quali elementi della relazione sarà bene che ponga particolare attenzione ed eventualmente con quali tipologie di pazienti è il caso che valuti con attenzione, almeno in un primo momento, l'opportunità/inopportunità di una presa in carico.

Addestramento alle modalità di conduzione della psicoterapia

Come già detto, la cornice di metodo utilizzata per questa fase del percorso formativo (che ha inizio a partire dalla seconda metà del primo anno) è simile alla precedente. Per ciascuna modalità di lavoro viene prima offerta un'indicazione sui criteri metodologici da utilizzare, ascoltate audio-registrazioni di sedute dei didatti, osservato il didatta al lavoro con uno dei membri del gruppo. Seguono ripetuti momenti di esercitazione nei quali ogni allievo può provare a mettere in pratica quella/e procedura/e con uno dei colleghi di gruppo che si è offerto di portare "materiale personale".

Dagli ultimi mesi del primo anno, ha inizio l'addestramento alle procedure conversazionali gestite in un'ottica maieutica (Cionini, 1991). Verso la metà del secondo anno vengono introdotte le modalità di "lavoro sulle emozioni" (Cionini, 1994).

Le sedute che coinvolgono due allievi (nei rispettivi ruoli) vengono effettuate nello studio collegato all'aula tramite le apparecchiature audio-video. L'analisi di quanto avvenuto viene svolta immediatamente dopo ponendo attenzione agli stessi elementi già descritti nel paragrafo precedente.

In alcuni momenti, si ricorre ad alcune "simulate" svolte direttamente in aula, nelle quali uno dei didatti riveste il ruolo di paziente (simulandone uno dei propri), mentre quello di terapeuta viene rivestito a turno da allievi diversi. Questo contesto permette di interrompere ad ogni "cambio di terapeuta" la seduta e soffermarsi con l'intero gruppo a ricostruire e valutare ciò che ha guidato allievo-terapeuta a muoversi così come si è mosso, in relazione a ciò che ha sentito/pensato, con l'obiettivo di esplicitare processi taciti altrimenti difficile da analizzare e comprendere.

Anche in tutta questa fase della formazione, l'obiettivo fondamentale del processo è rivolto, oltre che all'addestramento "tecnico", ad un incremento dell'assunzione di un atteggiamento volto alla comprensione dell'altro e a un approfondimento della conoscenza di sé. Si sottolinea sempre l'importanza di riuscire a diventare maggiormente consapevoli dei sentimenti, pensieri, fantasie che mentre si lavora con il proprio paziente giungono alla soglia della coscienza, utilizzandole come fonte di informazione su ciò che sta avvenendo nell'interazione. Un'attenzione particolare viene quindi posta alla relazione: la relazione fra l'allievo-terapeuta e l'allievo-paziente, le relazioni fra i colleghi del gruppo (monitorandone il clima), la relazione fra i didatti e gli allievi. Anche per questa ragione è importante che ciascuno, nel momento in cui riveste il ruolo di "paziente", si senta padrone del diritto di dire "no", stabilendo i propri limiti personali nell'esplorazione di un tema per lui rilevante all'interno di un setting quale quello formativo. Affinché gli allievi possano sentirsi sicuri di esplorare aspetti personali davanti ai colleghi di gruppo e ai didatti si sottolinea l'importanza di monitorare continuamente il proprio livello di agio nell'esplorazione di sé prendendosi la responsabilità di una eventuale interruzione di tale processo nel momento in cui non ci si senta di andare oltre. Per questa stessa ragione inoltre alcuni spazi formativi vengono dedicati al gruppo e alle dinamiche che si sono sviluppate al suo interno (vedi paragrafo *Altre attività formative*).

Prendendo spunto da quanto avviene nei momenti esperienziali, vengono ridiscussi i concetti teorici relativi ai criteri di costruzione e di consolidamento dell'alleanza terapeutica e quelli connessi alle regole e alle possibilità offerte dalle diverse configurazioni di setting che, nella nostra ottica, può essere gestito – almeno per alcuni aspetti – in modo flessibile (Cionini & Ranfagni, 2009).

Nei quattro anni della formazione, alcuni incontri sono inoltre dedicati a tematiche specifiche quali: il lavoro con la coppia, la terapia sessuologica, la gestione di interventi di counselling, la terapia con i bambini ecc..

La supervisione

La supervisione ha inizio a partire dal terzo anno. Agli allievi viene richiesto di audio-registrare tutte le sedute; quelle dedicate all'*assessment* devono essere anche trascritte e codificate. Nella prima supervisione, al termine della raccolta della storia di vita, deve essere portato un elaborato scritto relativo alla comprensione del paziente, del suo problema e alla costruzione professionale delle sue caratteristiche cognitivo-emotive; nella rilettura e discussione con il gruppo, viene valutata la coerenza interna della costruzione professionale e il fatto che questa rispecchi una visione complessiva della persona che ha richiesto aiuto, utile per delineare, almeno a un primo livello, obiettivi e strategia dell'intervento e per valutare quale sarà l'atteggiamento presumibilmente più funzionale ai fini della costruzione di una buona relazione terapeutica.

La supervisione rappresenta uno dei momenti più importanti dell'intero processo formativo poiché diviene l'occasione per affrontare nuovamente tematiche "tecniche", già trattate nella precedente fase di addestramento a partire da specifiche situazioni problematiche di cui l'allievo (e il gruppo nel suo complesso) sta facendo esperienza diretta. Anche per questa ragione si sottolinea l'importanza che sia l'allievo stesso a identificare il tema/problema che desidera portare in supervisione. Se non si hanno domande qualsiasi risposta è priva di significato; problematica è infatti la situazione in cui l'allievo tende a presentarsi come figura competente e a mostrare ciò che è capace di fare, piuttosto che le proprie difficoltà nel gestire le dinamiche relazionali con l'altro.

In termini pratici la supervisione può essere effettuata a partire da:

- un resoconto verbale/scritto sulle sedute condotte successivamente alla supervisione precedente,
- l'ascolto di una parte di seduta che l'allievo segnala essere stata particolarmente problematica rispetto alla conduzione e/o alle risonanze emotive attivate dalla relazione con l'altro e dalle sue problematiche.

L'obiettivo che ci si propone non è tanto la valutazione della correttezza tecnica delle mosse impiegate nella conduzione delle sedute, quanto l'analisi delle difficoltà incontrate che hanno a che fare con le proprie dimensioni personali. Per questo, piuttosto che suggerire specifiche modalità di intervento ritenute più efficaci dal supervisore, l'allievo viene aiutato a ricercare autonomamente una propria soluzione al problema che presenta, facendola emergere dall'analisi delle sue personali reazioni a ciò che è avvenuto nella relazione con il paziente. Un suggerimento tecnico appropriato per una specifica seduta può essere del tutto inutile e inapplicabile in una successiva. L'esplorazione di sé e il porre attenzione alla propria esperienza nella relazione con l'altro per utilizzarla come base dell'intervento rappresentano quindi il focus del processo di supervisione.

Quando si ascolta la registrazione di una seduta è utile interrompersi, nei momenti di maggior difficoltà per l'allievo-terapeuta, e chiedergli di provare a ricostruire i sentimenti provati per aiutarlo ad accedere alla propria *esperienza non formulata o conoscenza non pensata* (Safran & Muran, 2000). Allo stesso scopo può essere utile richiedere anche ai membri del gruppo di esprimere le proprie reazioni emozionali offrendole al terapeuta come ulteriore elemento di riflessione.

Una volta delineato il problema, il processo di supervisione può assumere forme diverse.

Una prima modalità può essere quella di chiedere all'allievo di assumere il ruolo del proprio paziente, in una situazione simulata, mentre un altro allievo o il didatta stesso assume quello di terapeuta. Mettersi nei panni del paziente e contemporaneamente fare esperienza di una fra le possibili vie di uscita dalla situazione di *impasse*, può aiutare l'allievo sia a

sviluppare una maggiore comprensione empatica dell'esperienza del paziente stesso, sia a entrare maggiormente in contatto con il significato delle proprie difficoltà.

In altri casi può essere più utile, dopo aver analizzato e discusso il problema presentato, chiedere ad altri due membri del gruppo, che si sentano di farlo, di interpretare rispettivamente il terapeuta e il suo paziente; l'allievo in supervisione assiste a questo punto a una simulata della seduta e può rendersi meglio conto, con un'osservazione dall'esterno, delle dimensioni e del significato della situazione di "blocco" nella quale si è trovato.

Frequentemente le difficoltà che gli allievi incontrano nelle loro prime esperienze di psicoterapia hanno a che fare con il fatto che le problematiche portate dal paziente suscitano in loro, più o meno consapevolmente, importanti risonanze emotive in relazione alla percezione di una somiglianza con talune tematiche personali. In questi casi è possibile che lo scenario messo in atto nella relazione terapeutica tenda a riprodursi anche in quella di supervisione. Quando ciò accade un'ulteriore possibilità che si apre è quella di ricreare le condizioni nelle quali l'allievo in supervisione possa esperire in prima persona – anche nella relazione con il supervisore – quella stessa difficoltà che ha vissuto con il paziente. Il supervisore, senza necessariamente esplicitare ciò che sta facendo ma agendolo direttamente nella relazione con l'allievo, può guidare l'interazione con lui così da farlo entrare "emotivamente" in contatto con quelle dimensioni personali che stanno bloccando il processo terapeutico, permettergli di stare nelle sensazioni riattivate nel qui e ora del setting di supervisione, esplorarne le diverse dimensioni, e progressivamente fargli fare esperienza diretta ed emozionata di un possibile modo di affrontare il problema attraverso un lavoro sul "suo problema". In questo gioco di relazioni, l'allievo-terapeuta diventa paziente e il supervisore diventa il suo terapeuta. Il processo viene così fruito in battuta diretta tanto dall'allievo-terapeuta-paziente in supervisione quanto dagli altri membri del gruppo e può essere in seguito rielaborato sia a livello individuale, sia nel setting più allargato di gruppo. In un momento ancora successivo quanto esperito dall'allievo e dal gruppo – pur nel diverso grado di coinvolgimento – può essere riletto e teorizzato nel linguaggio professionale.

Altre attività formative

Altre attività formative che vengono svolte con minor frequenza, ma che vale la pena di citare poiché hanno ugualmente un'importante funzione all'interno dell'intero progetto, sono: la supervisione dei tirocini, l'analisi delle dinamiche relazionali all'interno del gruppo di formazione, lo svolgimento di uno dei fine settimana della scuola in un setting residenziale (comunemente durante il periodo estivo) e la cosiddetta "analisi cognitiva individuale".

Il tirocinio costituisce usualmente l'ambito nel quale gli allievi effettuano le loro prime esperienze di colloquio/consulenza clinica o di psicoterapia in un ambiente "reale", ovvero non protetto come quello della scuola, provando a mettere in pratica quanto appreso fino a quel momento a livello del *sapere, saper fare, saper essere*. Le attività svolte in sede di tirocinio variano significativamente da una struttura all'altra; alcuni enti affidano all'apprendista-terapeuta pazienti in terapia anche troppo precocemente (talvolta fin dal primo anno) mentre in altri questo tipo di attività è consentita con difficoltà anche successivamente. Per questo viene chiesto agli allievi di fornire un feedback sull'esperienza che stanno conducendo in questo ambito sia rispetto al tipo di attività svolta, sia rispetto alle loro relazioni con i tutor istituzionali in modo da poter costituire una sorta di *database* sulle strutture di tirocinio, utilizzabile dagli altri studenti per le loro future scelte di sede. Quando gli allievi (nel terzo o quarto anno) effettuano vere e proprie psicoterapie nell'ambito del tirocinio, queste vengono supervisionate secondo le modalità descritte nel paragrafo precedente. Negli altri casi alcune giornate l'anno, usualmente condotte dal co-didatta, sono comunque dedicate all'analisi delle esperienze di tirocinio con modalità che, sia pure a livello più superficiale e con minori tempi disponibili, sono simili a quelle utilizzate per la supervisione delle psicoterapie vere e proprie. Particolare attenzione viene infatti prestata all'impatto che queste prime esperienze hanno sugli allievi rispetto alle loro reazioni emotive nella relazione con l'utente.

Due volte l'anno riteniamo essenziale dedicare un'intera giornata a un'attività di *analisi delle dinamiche nel gruppo di formazione* sia rispetto alle relazioni interpersonali che si sono strutturate al suo interno, sia relativamente alle implicazioni dell'esperienza formativa sul piano personale. In queste occasioni sono presenti il co-didatta e tutti i didatti impegnati nella formazione pratica degli allievi. Facendo in modo che ogni membro del gruppo esprima il proprio punto di vista, in una prima fase viene chiesto di fornire un feedback rispetto all'esperienza formativa effettuata fino a quel momento, analizzando le proprie difficoltà e esprimendo eventuali critiche, proposte e/o richieste relativamente alle modalità organizzative della didattica. Questo tipo di richiesta è diversa e va oltre quella usualmente utilizzata (nell'ambito della "certificazione di qualità") di fornire una valutazione scritta tramite questionari anonimi a risposta chiusa, su tutti i didatti che si alternano sia nella formazione teorica, sia in quella pratica; in questo caso si tratta infatti di mettersi in gioco più direttamente, partendo dalla soggettività della propria esperienza nella formazione. In un "secondo giro" la domanda si fa ancora più personale e si riferisce alle relazioni interpersonali che ciascuno sente di star vivendo sia con i colleghi di gruppo, sia con i didatti della formazione pratica. Ogni gruppo costruisce nel tempo una propria "struttura gruppale" che tende a modificarsi ed evolversi in maniera più o meno significativa. Come già accennato, per il tipo di lavoro che viene svolto, e che implica una messa in gioco individuale di tutti gli allievi, è essenziale che il setting di gruppo venga vissuto non soltanto come un contesto relazionale nel quale è possibile esporsi, ma anche come un contesto in grado di fornire supporto – tecnico ma soprattutto emotivo – nei momenti di personale maggiore difficoltà. Vengono quindi prese in considerazione sia le problematiche individuali che ciascuno può evidenziare nella relazione con alcuni colleghi e/o con i didatti, sia la configurazione dinamica complessiva che il gruppo ha assunto fino a quel momento in funzione della possibilità che si siano create situazioni di sottogruppi più o meno esplicitamente in conflitto fra loro o situazione di marginalità di alcuni. Sono inoltre tipici, durante il percorso formativo, momenti di crisi complessiva del gruppo che usualmente corrispondono all'inizio di ogni attività didattica nuova che pone difficoltà nell'assunzione del ruolo terapeutico non ancora affrontate fino a quel momento. Ovviamente anche i didatti partecipano – in questo caso "come persone" – mettendosi in gioco e esprimendo a loro volta la propria personale percezione del gruppo, come membri dello stesso, ed eventualmente (quando lo ritengano formativamente utile) le sensazioni nei confronti della configurazione relazionale del gruppo ed eventualmente delle relazioni particolari con alcuni suoi membri. Il clima del gruppo risente di solito significativamente, e in termini positivi, di questi momenti formativi che frequentemente si sviluppano all'interno di un'emotività espressa decisamente elevata.

Una volta l'anno, nel periodo estivo, una dei fine settimana della scuola viene effettuato in un contesto *residenziale* (comunemente in campagna) durante il quale (oltre a fare lezione) si vive, si mangia, si dorme tre giorni tutti insieme. Si tratta di un cambio di setting che porta a un tipo di comunicazione e di scambi interpersonali ampiamente diverso da quello che avviene nelle normali occasioni di incontro. Come in ogni cambio di setting, così come può avvenire in psicoterapia se questo è previsto (cfr. Cionini & Ranfagni, 2009), si modificano, diremmo quasi automaticamente, le modalità di interazione fra gli allievi e fra gli allievi e i didatti. Una delle tre giornate del residenziale viene tipicamente utilizzata per svolgere l'attività di cui si è parlato nel capoverso precedente con la presenza, appunto, di tutti i didatti che conducono la formazione pratica di quel gruppo.

Infine un accenno a quelle che noi definiamo le ore di "*analisi cognitiva individuale*" (al minimo 20) svolte nell'ambito del terzo o meglio del quarto anno con uno psicoterapeuta "esperto" dello stesso orientamento ma diverso dai didatti del gruppo. L'obiettivo è quello di fornire un'occasione di analisi delle proprie problematiche personali nella gestione della relazione terapeutica in un setting che permette una maggiore "apertura" e quindi con una maggiore possibilità di approfondimento rispetto a quanto viene già fatto all'interno del gruppo. Nella maggior parte dei casi, di fatto, gli allievi percepiscono la necessità di iniziare un percorso di psicoterapia individuale durante gli anni della formazione. In questi casi le 20

ore vengono considerate incluse all'interno di tale esperienza. Altre volte però, quando quest'iniziativa non sia stata spontaneamente intrapresa dall'allievo, rappresentano l'occasione di iniziare un lavoro più approfondito su di sé che, nella maggior parte dei casi, non si ferma alle previste 20 ore ma si trasforma automaticamente in un più lungo percorso individuale. Sono veramente rari i casi in cui l'allievo non percepisca questo tipo di esigenza. D'altra parte si ritiene più utile che una psicoterapia venga iniziata se e quando l'allievo stesso ne costruisca con evidenza una propria utilità/necessità piuttosto che porlo in termini di obbligo. Una psicoterapia iniziata "perché si deve fare" porta con estrema probabilità a effetti decisamente più modesti e, considerando che, nella nostra esperienza, la scelta di iniziare una psicoterapia viene effettuata, prima o dopo, dalla quasi totalità degli allievi, è preferibile lasciarla all'iniziativa personale anche se alcuni possono di fatto limitarsi a una breve esperienza della durata di 20 ore.

Bibliografia

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. Trad. it. (1989). *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.

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

Cionini, L. (1991). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Carocci.

Cionini, L. (1994). Parlare di emozioni e vivere emozioni in psicoterapia. In L. Isola (Ed), *Psicoterapie a confronto*. Roma: Melusina.

Cionini, L. (1998). La psicoterapia. In L. Cionini (Ed.), *Psicoterapie: Modelli a confronto* (pp. 19-37). Roma: Carocci.

Cionini, L. (2005). Prefazione (seconda). In C. Barni & G. Galli (Eds.), *La verifica di una psicoterapia cognitivo-costruttivista sui generis* (pp. 17-28). Firenze: Firenze University Press.

Cionini, L. (2006). L'assessment. In B.G. Bara (Ed.), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, (rev. ed. 2007, February, Vol. 3, pp. 15-81). Torino: Bollati Boringhieri.

Cionini, L., & Provvedi, G.L. (2002, September). *Gli schemi prevalenti come costrutti euristici dello psicologo clinico: Il questionario sugli "Schemi Prevalenti"*. Paper presented at XI Congresso Nazionale Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), Bologna.

Cionini, L., & Ranfagni, C. (2009). Dal setting descrittivo al setting funzionale: Regole d'improvvisazione nel gioco della terapia. In C. Loredano & F. Acri (Eds.), *Il setting in psicoterapia: lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento* (pp. 172-224). Milano: FrancoAngeli.

Cionini, L., & Ranfagni, C. (in press). La psicoterapia. In A. Salvini (Ed.), *Psicologia clinica dell'interazione*, Firenze: Giunti.

Crittenden, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta: L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.

Gadamer, H.G. (1960). *Wahrheit und methode: Grundzüge einer philosophischen hermeneutik*. Tübingen: J.C.B. Mohr. Trad. it. (1983). *Verità e metodo*. Milano: Bompiani.

Guidano, V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rational cognitive therapy*. New York: Guilford. Trad. it. (1992). *Il Sé nel suo divenire: Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.

Morin, E. (1986). *La méthode. III: La connaissance de la connaissance*. Paris: Seuil. Trad. it. (1989). *La conoscenza della conoscenza*. Milano: Feltrinelli.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford. Trad. it. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.