

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DI CONSULTORIO FAMILIARE

Tratto da *Consultorio Familiare: quale domani?*
Prefazione di *P. Donati*- Ed. Franco Angeli

1. Riflessioni sulla supervisione a una *équipe* di consultorio familiare, di *Guido Masnovo*, Padova

Premessa

Le considerazioni che verranno qui formulate riguardano un'esperienza concreta per la durata di più di due anni e mirano a cogliere a posteriori, ossia tramite un feedback, gli atteggiamenti e le dinamiche con cui si è sviluppata, così come i concetti di fondo che pian piano ne sono emersi. L'esperienza infatti non ha preso avvio da un progetto ben definito, con obiettivi, parametri e regole precisi, ma piuttosto da una serie di domande e atteggiamenti di fondo, forse neppure del tutto esplicitati agli inizi, che sono poi apparsi come le linee direttrici dell'itinerario percorso.

La supervisione di *équipe* come mezzo di formazione degli operatori consultoriali.

L'esperienza è nata dalla richiesta, avanzata dal consultorio Ucipem di Padova, della presenza, in veste di supervisore, di uno psicologo-psicoanalista nell'*équipe* di lavoro.

La richiesta di supervisione da parte del gruppo mirava essenzialmente ad una sensibilizzazione psicologica degli operatori, nella loro relazione professionale consultoriale.

Analizzata a ritroso, giacché l'esperienza non prese mai la forma di un insegnamento didattico, la domanda implicata almeno tre interrogativi soggiacenti e strettamente collegati tra di loro: che cosa validamente si può intendere per sensibilizzazione o formazione psicologica al lavoro consultoriale?

Sono due punti che ora svolgiamo brevemente.

1. Sensibilizzazione o formazione psicologica alla relazione consultoriale. Forse è perché l'attività dei consultori familiari è ancora troppo ambiguamente definita e condotta che molti, quando si parla di formazione per operatori si chiedono: "Ma formazione di chi e a che cosa? Il ginecologo o sessuologo, lo psicologo e il giurista, l'assistente sociale e il teologo non hanno già la loro formazione professionale?". Evidentemente è da supporre di sì. Ma ciò non toglie che un grosso problema continui a porsi, di diritto e di fatto. Esso proviene dalla constatazione che mentre ogni specialista è formato nel suo proprio sentire, la persona o la coppia che si presenta al consultorio familiare anche con una domanda specifica riguardante le proprie relazioni affettivo-sessuali è implicata, coscientemente o meno, nella propria totalità esistenziale. È questa dissincronia fra la totalità della persona che pone magari anche solo una domanda definita e la parzialità della prospettiva che ogni singolo professionista assume, che può rendere inefficace o alienante un intervento che peraltro lato può sembrare sensato.

La personalità è qualcosa di complesso. Può essere colta come "l'organizzazione dinamica dentro l'individuo di una pluralità di fattori che determinano il suo modo di comportarsi o di reagire all'ambiente". L'incidere sull'uno o l'altro di questi fattori, senza tenere presente la loro dinamica interazione di insieme, è un po' come lavorare alla cieca in un transistor, spesso con la sorpresa di conseguenze del tutto impreviste.

Ma anche un singolo comportamento della persona non è una realtà semplice. Se lo comprendiamo come "la risposta intenzionale a una situazione significativa", la sua complessità ci appare come l'effetto immediato della pluralità di significati che una stessa situazione può prendere e della pluralità di intenzioni con cui il soggetto può affrontarla.

Pensiamo ad esempio ai differenti significati, per l'uno e l'altro dei coniugi, che può presentare la situazione di voler controllare le nascite nella propria relazione sessuale di coppia.

È solo superficialmente che ogni situazione esistenziale, ma particolarmente quando implica difficoltà, può apparire con un solo significato o senso. A ben guardarci, essa emana un ventaglio di significati che l'attenzione e la sensibilità inconscia scrutano con estrema rapidità. Il soggetto cerca allora, per difendersi da uno stato confusionale o da un conflitto acuto, di mettere a fuoco il significato più accettabile per il suo desiderio preminente nel momento, oscurando gli altri o rimuovendoli.

A questo punto emerge l'intenzione con cui la persona intende rispondere ai dati della situazione. Ma l'intenzione stessa non è mai unica nella persona umana, né di fronte alla plurima significazione della situazione, né di fronte ad un solo significato. Le intenzionalità con cui si cerca di rispondere allo stimolo situazionale appaiono dalla comprensione delle motivazioni coscienti, ma anche da tensioni o tendenze emotive, prurisce, preconcretizzate, preverbalizzate, inconscie. Di fronte alla situazione sopra accennata, il soggetto può avere l'intenzione di compiere il proprio dovere, ma anche di soddisfare un suo desiderio inconfessato o di rispondere ad una attesa che sente esigita dall'altro per non essere abbandonato, o di prendere una soluzione per evitare punizioni e condanne esterne.

È nel dibattersi interiore di queste forze o correnti di significati e di intenzioni che l'individuo elabora una sua via di uscita, ipervalutando certi aspetti, coprendo o mascherandone altri, spesso con meccanismi estremamente complicati.

Le domande che i clienti del consultorio familiare pongono, sono spesso, anche a loro insaputa, problematiche e complesse, a più dimensioni. È questa la ragione fondamentale per cui il consultorio è costituito da una *équipe* di specialisti che lavorano in modo integrato e non individuale. È loro compito innanzitutto aiutare il cliente – individuo o coppia – a cogliere il senso più autentico della propria domanda e la pluralità degli elementi del problema.

Per fare ciò tutti sentiamo che bisognerebbe essere almeno sensibilizzati ai processi complicati della psiche, anche a quelli inconsci al soggetto che vive la sua complessa situazione.

Certo si può dire che a queste finezze si dedicano gli "psi", come dicono i francesi, cioè psicologi clinici, psichiatri, psicoanalisti. Gli altri han diritto, posto che si sono specializzati in un'altra professione, di fare i sordi a tutto l'alone non-detto di significanza e di intenzionalità che circonda, o meglio investe, il soggetto; han diritto a fare i sordi a tutto ciò, per udire solo la domanda esplicita, alla quale rispondere con gli strumenti già pronti della loro scienza ed efficienza. Così avviene, spesso, credo, quando un operatore agisce individualmente.

2. La supervisione dei casi come strumento di formazione. Si trattava allora di trovare un mezzo di formazione e di affidamento a un ascolto particolare che vincessesse questa sordità, che spesso ci impedisce di sentire l'altro come soggetto e di aiutarlo a porsi come tale di fronte a se stesso e al consulente nella domanda che gli rivolge.

La supervisione è uno dei mezzi, certamente non l'unico, di formazione del personale che lavora nel campo delle inter-relazioni tra le persone, e quindi che coglie anche la inter-relazione e la integrazione delle istanze interne, cosce o inconscie, della personalità dei soggetti.

Tra i vari strumenti di formazione-analisi personale, seminari teorici di psicologia e psicoanalisi, gruppi analitici di psicodramma e di diagnosi che da una parte incidano sulla propria esperienza reale e dall'altra forniscano dei riferimenti intellettuali senza sbordare in un apprendimento puramente teorico, il più semplice ci sembra la supervisione. La supervisione comporta l'analisi, condotta con l'aiuto di un esperto, del lavoro compiuto. Non

è – e questo è importante tenerlo presente – sempre – un’analisi diretta che porta il caso in supervisione. La persona non è messa in causa direttamente ma in modo indiretto, tramite cioè l’analisi del suo lavoro, come inter-locutrice nello svolgimento che il caso ha avuto.

La supervisione può essere individuale, di gruppo omogeneo o uniprofessionale e infine di équipe pluriprofessionale, come pensiamo debba essere l’équipe degli operatori di un consultorio familiare. Questi sono gomito a gomito non solo nel momento della supervisione del caso, ma nel lavoro concreto sui casi accolti e trattati.

Quest’ultima modalità di supervisione implica:

- Che il supervisore sia esterno al gruppo di lavoro: che, evidentemente, sia uno specialista nel campo delle dinamiche intrapsichiche e relazionali; che abbia una buona formazione alle tecniche di gruppo;
- Che al gruppo partecipino soltanto i membri dell’équipe di lavoro (compresi i tirocinanti), quelli cioè che lavorano in modo continuativo (anche se a tempo parziale) nello stesso consultorio familiare; e che questi partecipino tutti e costantemente (sempre nei limiti delle possibilità) alle sedute di supervisione;
- Che tutti siano, per principio, disposti da una parte a portare i casi da essi seguiti, anche se eventualmente ciò è avvenuto senza l’intervento di altri colleghi, dall’altra a dire il loro punto di vista, ad essere degli interlocutori con il membro dell’équipe che specificamente sottopone il caso alla supervisione;
- Che i membri, in tale incontro, discutano anche della distribuzione dei casi da accogliere, in base alle domande e richieste pervenute alla segreteria del consultorio.

Concretamente l’équipe del consultorio Ucipem di Padova, con cui abbiamo condotto l’esperienza, era composta: dal direttore del consultorio stesso (docente in medicina-legale), 4 consulenti familiari con formazione psicologica, 1 assistente sociale, 2 giovani medici ginecologi, 1 medico andrologo ed esperto in sessuologia, 1 avvocato specialista in diritto familiare, 1 sacerdote teologo moralista.

Il supervisore era estraneo al gruppo e quindi, libero da specifici legami di dipendenza o di autorità con l’istituzione ed i suoi membri.

Tutti, salvo in parte l’avvocato, erano ordinariamente presenti alle sedute di supervisione. Queste furono dapprima quindicinali (dalle ore 21 alle 23,30); dopo pochi mesi, su richiesta del gruppo, divennero settimanali, con sospensione di due mesi circa durante l’estate. Di tanto in tanto le sedute settimanali venivano integrate con dei seminari che duravano dalle ore 16 alle 23,30 del sabato, con l’intervallo della cena in comune.

Linee orientative del gruppo di supervisione

La seduta di supervisione nella presentazione di un caso, nella maniera più analitica possibile, da parte di uno o più membri del gruppo che lo avevano trattato o che ancora l’avevano in trattamento.

Dopo l’esposizione ognuno era libero di intervenire, sia per richiedere al relatore altri dati sulla situazione posta, sia per fare delle osservazioni sul metodo con cui il caso era stato condotto o sugli interventi adottati, sia per proporre nuove ipotesi di comprensione e quindi altre possibilità eventuali di trattamento.

L’azione del supervisore consisteva essenzialmente nel collegare i vari interventi; nel cogliere, dall’apporto vicendevole, l’aprirsi di qualche prospettiva a cui il relatore non era stato sufficientemente sensibile e che avrebbe potuto integrare; nel sottolineare interventi troppo precipitosi o troppo ritardati con il cliente; nel provocare ipotesi di interpretazioni magari contrastanti, per fare riemergere gli elementi più critici del caso e della metodologia seguita nella conduzione di esso.

Ben raramente la seduta, o la discussione di un caso protratta anche per più sedute, terminava con dei giudizi o suggerimenti precisi. Il relatore aveva potuto sentire tanti pareri,

aveva anche dovuto rispondere in modo critico di quanto aveva compiuto; ora stava a lui modificare, integrare, approfondire o chiedere collaborazioni nel trattamento del caso presentato e chiuso, o per altri futuri interventi.

È solo guardando cose a posteriori, mediante la discussione anche col gruppo, che mi sembra appaiono alcuni temi o filoni su cui in questo lavoro si è più particolarmente insistito. Possono essere per chiarezza così enunciati: il situarsi di fronte al cliente, la sensibilizzazione all'ascolto dell'altro, la finalizzazione dell'intervento.

1. il situarsi di fronte al cliente. Quando una persona, da sola o in coppia (e avviene sempre più frequentemente in coppia), si rivolge a un consultorio familiare, non sa esattamente come presentarsi o da che parte iniziare a presentare il proprio problema.

Alcuni vengono a chiedere solo un'informazione, altri domandano un aiuto a un grosso problema di equilibrio psichico o di equilibrio del coniuge, altri portano i loro disturbi di natura sessuale, ecc.

Ma a questo fa certamente riscontro (se non ne è causa!) l'ambiguità con cui ancora si presenta alla gente il consultorio familiare stesso, l'immagine che esso dà di sé al pubblico. Che senso ha per il pubblico un'équipe differenziata di consulenti? E che rapporto questi instaurano tra di loro e con il cliente?

La gente sa, o crede di sapere, perché va da un avvocato matrimoniale, o in clinica ginecologica, o in un servizio psichiatrico. A un consultorio familiare perché si va? Per il ginecologo? Per lo psicologo? Il giurista?

Nel concreto delle nostre sedute di supervisione questa ambiguità dei clienti è emersa in modo quasi costante.

Si potrebbe pensare che la catalogazione di uffici ben distinti dei diversi operatori nel consultorio ovierebbe a questa confusione. Ma evidentemente si cadrebbe proprio nella mistificazione che l'istituzione dei consultori familiari avrebbe voluto superare. Le difficoltà e i problemi di interazione familiare hanno delle teste, più che bifronti, multiple e l'équipe pluriprofessionale del consultorio non ha il compito di sostituire "in piccolo" le cliniche, il tribunale o il confessionale, ma quello di aiutare la persona, la coppia o la famiglia a situare ed affrontare i propri problemi nella maniera più idonea.

A questo scopo, il modo primario di proporsi dell'operatore consultoriale, di qualunque degli operatori, ha una funzione essenziale.

Nella discussione dei casi è emersa sempre di più nel gruppo la convinzione che l'operatore debba primariamente proporsi al cliente come punto di incontro, luogo di relazione nel quale, attraverso lui ma al di là di lui, una chiarificazione più profonda del proprio problema e dei propri bisogni si attua e viene assunta in proprio dal cliente. Per questo è necessario che l'operatore si "offra" come persona, spoglio della propria onnipotenza presunta, nudo anche della propria professionalità.

Sembrano cose evidenti. Eppure tutti ci presentiamo e desideriamo essere conosciuti, dopo che con il nostro nome, con la nostra qualifica professionale. Questo rassicura anzitutto noi stessi, ci dà un'immagine "di fronte all'altro" e sembra che faciliti di molto il cliente stesso, che così sa con chi parla e "cosa deve dire".

Di fronte ad uno che indossa l' "abito della specializzazione", è solo superficiale il bisogno di come mostrarsi: non saprò come dirlo, ma so già cosa devo dire; ho forse scelto apposta di parlare al medico ginecologo, o al moralista, o all'avvocato. Ma davanti ad un "nudi" non so come atteggiarmi, non so quali cose, delle tante che sento dentro, lasciar passare. Il nudo dell'interlocutore consultoriale (intendo l'essere solo luogo relazionale, silenzio di ascolto, senza preoccupazioni primarie di prescrivere una medicina o una legge o un ideale, senza desiderio di un successo della propria potenza), il nudo dell'interlocutore dico, quando lo sa portare, è il solo ruolo che permetta veramente alla parola dell'altro

d'essere, alla richiesta vera di passare attraverso l'angoscia a sua volta messa a nudo da protezioni e difese menzognere supercostruite dal soggetto.

“La parola vera, dice *M. Mannoni*, non sfugge al soggetto in un momento qualsiasi o davanti a chiunque”. È come se il consulente si sintonizzasse nel suo parlare, in un modo spontaneo anche se non chiaramente voluto, al livello d'onda di ascolto che coglie in chi gli sta di fronte. Dinnanzi al medico in quanto tale, al giurista, all'assistente sociale, al moralista la domanda che si formula è strutturata sulla misura significativa del “bisogno” (di guarire da un disturbo organico localizzato, di conoscere come la legge può garantire un atto...), ma non è commisurata al significato profondo del “desiderio”, il quale rimane così sempre soggiacente, coperto e sperduto dietro la barriera della paura che, se esposto, venga o misconosciuto o condannato, o comunque frustrato.

La sofferenza psicologica non la si esprime se non nella misura in cui si è sicuri di essere capiti. Si può esprimere ed anche ostentare quella fisica e sociale o anche morale; a volte queste possono addirittura servire a mascherare la sofferenza psichica, ossia la delusione e il fallimento del desiderio più profondo, giacché questa è la zona più sensibile al timore angoscioso di una ferita narcisistica. Il pudore di denudarsi psicologicamente è ben più profondo di quello di denudarsi nel corpo; è l'immagine della propria autostima, del proprio “essere” di fronte all'altro e a se stessi che viene posto in gioco, non soltanto del corpo o degli organi genitali che si pensa di “avere”.

2. la sensibilizzazione all'ascolto dell'altro. La sensibilizzazione all'ascolto dell'altro è una caratteristica che risulta indispensabile all'operatore consultoriale lungo tutte le fasi del suo rapporto con il cliente.

L'ascolto che nella supervisione si è cercato di evidenziare non è tanto quello di lasciar parlare, di lasciare spazio alle parole del soggetto, quanto quello della sensibilità alle poche parole profonde e vere o addirittura all'assenza di queste parole, in un discorso diffuso che a volte può essere anche, e ciò non è mai a caso, logorroico.

Per la complessità e la superdeterminazione dei nostri comportamenti, ciò che fa difetto nei problemi di interrelazione è la capacità di comunicare verbalmente, di porre delle domande al partner che non traducano difese o che non mascherino trappole, ma che esprimano i sentimenti e i desideri autentici.

Chi viene al consultorio per ragioni di questo tipo ha bisogno di essere aiutato a porre anzitutto a se stesso la domanda più vera che lui vorrebbe porci.

Spesso l'apporto più concreto che può dare la discussione in gruppo del caso risulta dal fatto che uno dei partecipanti, o il supervisore, sottolineano una parola o una frase che l'operatore aveva lasciato correre, o perché diretto verso un'altra ipotesi interpretativa, o perché insensibile per suo conto all'accento offerto dal cliente. Questa del resto è la ragione fondamentale per cui il caso in supervisione deve essere riferito con la massima minuziosità.

Ad eccezione dello psicoterapeuta, gli altri professionisti tendono ad avere dei fatti più che delle parole dai loro consultanti. Ma l'operatore consultoriale, senza pretendere di fare lo psicoterapeuta o lo psicoanalista, deve atteggiare il suo udito in modo differente. Il fatto non ha “senso” che nella maniera in cui è vissuto. E questa può essere tradotta solo dalla parola.

Ma la parola ha sempre per il soggetto una funzione duplice ed ambigua. Dice bene *J. Lacan* che essa serve sempre a “rivelare”, a noi come agli altri, quell'altro che è in fondo a noi stessi. Ma può farlo nel senso di dis-velare, cioè togliere il velo, scoprire e denudare; oppure nel senso di ri-velare, cioè mettere un altro velo, nascondere e mascherare. Del resto già *San Tommaso* diceva che “la parola è quella cosa che serve anche a mascherare ciò che senti”, cioè ad alienarti dall'altro e da te stesso.

È colui che ascolta che può aiutare il soggetto ad usare la parola con la prima o la seconda funzione e a passare dall'una all'altra. Egli può essere il catalizzatore, con il suo

ascolto diacritico, se cioè la sua sensibilità sa cogliere il senso non nella “lettura” ma sotto, non nella prima scena ma dietro, non nella figura ma sullo sfondo.

Non è facile cogliere la parola “vera” proprio perché l’uomo usa il linguaggio, come il vestito, simultaneamente per coprirsi e per apparire; non è sempre facile capire che la verità si situa altrove da dove può sembrare che sia finalizzato il discorso del cliente.

Tante volte nella supervisione mi veniva chiesto se è possibile all’operatore nel colloquio cogliere i meccanismi inconsci dell’interlocutore. Vi è di certo una distinzione reale tra la interpretazione psicoanalitica e la “comprensione psicologica”, ma quest’ultima non è necessariamente superficiale. Prima della censura dell’inconscio, o censura inconscia, c’è la difesa contro qualcosa di intravisto, il gioco dell’implicito e dell’esplicito.

L’inconscio non è dietro l’angolo. Perché “l’Io sia dove era l’Es”, per riprendere il motto terapeutico freudiano come lo sintetizza *J. Lacan*, non basta “voltare l’occhio”. Ma non sarebbe certo ispirata al senso del discorso di *Freud* una concezione dicotomica e alternativa della psiche che affermasse che il comportamento e la parola del soggetto o sono a livello cosciente o sono a livello inconscio. La psiche è unitaria e vive in continuità delle due sorgenti. Nella normalità della vita quotidiana, così come nelle strutture irrigidite della nevrosi, l’inconscio parla nel sintomo, l’inconscio si fa strada nel sogno, nei lapsus, negli atti mancati. Se non fosse sempre con noi il nostro inconscio, se con esso non avessimo una continuità, nessun mezzo per quanto tecnico potrebbe farlo riemergere. Questa era la superficiale contraddizione che gli orecchianti di *Freud* pensavano di cogliere nel suo discorso: “Come si può affermare che la coscienza è fatta anche di inconscio?”

La “psicologia della Forma” ha messo in chiaro un fenomeno percettivo interessante. Noi percepiamo una forma distinguendo una figura con contorni netti e precisi su uno sfondo piuttosto indefinito e illimitato. Può avvenire però in certe situazioni, nel caso della cosiddette situazioni ambigue, che quello che appariva come sfondo emerge in primo piano come figura, mentre i tratti della figura primitiva retrocedono e sono percepiti come sfondo.

Nelle nostre discussioni dei casi, è apparso tante volte come qualcosa del genere succeda nel colloquio orientato psicodinamicamente. Quelle che erano le parole che il soggetto diceva “chiaramente” a sé e agli altri e anche al consulente, le idee che erano in primo piano, tutto ad un tratto, per l’atteggiamento o un minimo intervento “acuto” di chi ascolta, possono apparire confuse, senza senso; e può balzare in primo piano l’idea centrale che serpeggiava sullo sfondo di tanto parlare, può prendere risalto una parola che non si era mai configurata appieno.

3. La finalizzazione dell’intervento. L’aspetto più difficile della consulenza consiste nel mettere a punto l’intervento con il cliente. Una volta raggiunta una buona ipotesi di comprensione del problema, al di là di quanto il soggetto stesso non avesse inizialmente proposto, occorre aiutarlo ad affrontare la presa di coscienza e la risoluzione.

Spesso succede che l’uno o l’altro degli specialisti del consultorio colga nella specifica domanda che il cliente (singolo o coppia) pone, qualcosa “oltre” a ciò che viene detto, qualcosa di cui si intravede bene il senso. Ma l’operatore stesso non sa come restituire questo significato al consultante: teme di ferirlo, ha paura di farlo soffrire e ha pena per lui, teme che si angosci o che giunga a delle decisioni che porteranno ad altre sofferenze.

Allora è facile che l’operatore stesso entri in ansia, che si mascheri e che sia portato a rispondere come se non avesse capito il discorso vero che veniva veicolato sotto la domanda di un consiglio o di prestazione tecnica. Oppure tende a gettare in faccia al cliente la verità, in modo così scarnificato e violento che questi non può fare altro che difendersi con ermetica chiusura e disperata negazione. Come dire a una moglie che il suo rifiuto alla domanda del marito di usare qualsiasi contraccettivo è una scorciatoia per evitare di chiarire delle sue ansie fobiche o il significato profondo del suo rapporto di coppia?

Nel nostro lavoro di supervisione ciò che più è venuto in luce, circa la finalizzazione dell'intervento, sono stati alcuni orientamenti di principio. Potremmo dire che sempre più è emersa come esigenza di fondo quella di aiutare il cliente: a diventare soggetto dei propri desideri più autentici e quindi del proprio malessere e della propria cura; a liberare la sua libertà; ad autoresponsabilizzarsi.

La persona o la coppia che vengono in consultorio in un certo modo affidano ad un altro il compito di trovare la via per alleviare il proprio disagio, offrendo un territorio, un settore di sé su cui lo specialista possa agire. Ma, dicevamo, spesso la domanda espressa in un settore non è che una estrapolazione riduzionista di un male oscuro il cui nucleo non viene portato a superficie. Il soggetto si aliena in un discorso "esterno", non parla né ascolta ciò che nel suo fondo si muove. Vuole che il discorso rimanga esterno, affinché tutto quello che più importa non venga messo in discussione; mentre è proprio questa discussione di sé che il consulente vorrebbe restituirgli.

La linea che occorre tenere è quella del massimo rispetto per la persona che ci interpella. Ciò comporta un continuo controllo a non sostituirci mai né alla "sua" verità, né alle "sue" capacità e garantire il "suo" segreto.

Ma comporta anche un impegno di sincerità con il cliente. Non ha senso essere teneri con lui, lasciandolo continuare a scoprirsi con una mano e coprirsi con l'altra fino all'esaurimento improduttivo delle sue energie. Poiché la sua verità lo riguarda, è nocivo fare come se non lo riguardasse.

Essere coscienti della propria verità è anche assumerla nel proprio destino; è porsi a lavorare nel reale e non più nell'immaginario; è combattere una battaglia vera e non più contro i mulini a vento.

"Ciò che fa del male – dice ancora *Mannoni* – non è tanto la situazione reale dentro l'individuo o dentro la famiglia, quanto tutto ciò che non è detto; e nel non-detto, quali drammi inesprimibili a parole, quante pazzie mascherate da un equilibrio apparente, ma di cui il soggetto e chi con lui vive in intima relazione fa tragicamente le spese". Potremmo aggiungere: e quante cure riabilitative e chiarificazioni giuridiche e morali vanno sprecate, perché non era lì che il soggetto veramente cercava se stesso.

Nella nostra situazione di lavoro ogni consulente familiare è lì anzitutto per permettere, attraverso la sua presenza, la messa in dubbio della domanda o della situazione proposta dal cliente. Questa è la condizione che permette alla persona di fare i primi passi su una strada che deve appartenergli in proprio.

L'aiuto alla persona a diventare "soggetto" della propria situazione, sia nelle dimensioni esterne ma più ancora in quelle interiori, è sempre implicitamente un appello ed un aiuto a liberare la sua libertà.

E questo lavoro può sembrare solo a prima vista il più facile.

Non è vero infatti che la libertà appare veramente come l'aspirazione più profonda di ogni essere? In realtà una profonda libertà è anche la situazione più temuta e il peso più grande che l'uomo possa portare. Fa paura la propria libertà e fa paura la libertà dell'altro quando, al di là di ogni moralismo, essa è intesa come la volontà di costruire la propria esistenza, di assumerla come opera propria.

In molte situazioni faremmo di tutto perché un altro, o le circostanze fortuite, ci dispenseranno dall'assumere la responsabilità di decidere noi stessi. Da qui nasce l'esigenza "di avere un consiglio" di "affidarsi ad uno più competente". Il consulente può allora essere indotto, proprio per questa sottile lusinga al suo smascherato desiderio di onnipotenza, a pretendere di risolvere lui il problema, invece che restituirlo, maggiormente aperto e chiarificato, alla libera scelta del suo cliente.

Il fatto è che ogni scelta comporta sempre e inscindibilmente l'appropriazione di qualcosa e la perdita di qualcos'altro, una gratificazione per ciò che si assume ed una frustrazione per ciò che si deve lasciare e che pure non si vorrebbe perdere. Ciò impone la

risoluzione di un conflitto interiore e l'esperienza della limitazione dei propri desideri. Se il "desiderio" vero viene così spesso mascherato a sé ed agli altri, se esso si smarrisce così facilmente si porta così lontano dal campo lucido della coscienza, tanto che la domanda esplicita non veicola spesso se non un surrogato di esso sotto la forma di un "bisogno", è perché il confronto aperto tra il desiderio e la scelta responsabile realistica è quasi sempre intollerabile alla psiche.

Siamo tutti più disposti a fare i conti con le nostre paure – che non sono in fondo che la contropartita di desideri rimossi – piuttosto che confrontarci in modo diretto con i desideri. Il desiderio ha sempre in sé qualcosa di limitato e un'esigenza di onnipotenza che fa necessariamente intravedere il pericolo di un limite e quindi l'amarrezza della frustrazione da parte della realtà esterna e della "ragione".

Allora non rimane al soggetto che l'alternativa di assumere il desiderio accettandone la limitazione, o di nascondere il desiderio stesso perché non venga frustrato.

Assumere il desiderio permette di esprimerlo e di rielaborarlo con la realtà dell'altro e con la propria ragione, disposti ad accettare la responsabilità di portarlo anche se solo incompiutamente attuabile, e di pagarne lo scotto della scelta con l'abbandono di altre soddisfazioni, il che vuol dire rinunciare all'idea "megalomane" della propria onnipotenza.

Invece distogliere da esso lo sguardo della psiche, vuol dire seppellirlo, lasciarlo procedere strisciante per il suo destino, con la "cattiva coscienza" che in un modo o nell'altro troverà nonostante tutto, magari in una meta sviata, la sua attuazione e soddisfazione. In questo caso l'individuo si sentirà più "agitato" che "attore" del proprio destino; impiegherà le sue forze, sempre limitate, a far fronte alle sue ansie ed ai sintomi, invece che a creare qualcosa di limitato ma reale.

Aspetti positivi raggiunti e problemi aperti

A conclusione del nostro lavoro di supervisione possiamo valutarne gli aspetti positivi ed accennare ai problemi che restano ancora aperti.

1. Aspetti positivi raggiunti. Il primo degli aspetti positivi che vogliamo sottolineare è la modalità con cui viene condotta l'attività consultoriale, che è quella interdisciplinare, o del lavoro in équipe.

Interdisciplinarietà, per noi, vuol dire non successione di punti di vista differenti e separati (ad esempio, del consulente psicologo, del ginecologo ecc.), ma uno studio unitario e concentrico del caso, nel quale ciascuno apporta, davanti al cliente prima ancora che in équipe, una apertura globale di ascolto e poi il proprio specifico rilevamento, inserendolo nell'insieme dei dati del problema, per aderire il più possibile alla realtà totale sia nella comprensione che nel trattamento del soggetto, della coppia, del gruppo.

Nella discussione di supervisione abbiamo constatato che è necessario attuare il metodo di lavoro in équipe in tutte le tappe dell'intervento del consultorio familiare. Non è solo la diagnosi e il trattamento del caso, individuale o di coppia, che richiede la presenza dell'équipe, ma anche il momento preventivo. Un discorso ad esempio, "di formazione" sessuale rivolta a genitori, insegnanti o adolescenti, necessita dell'intervento dell'intera équipe consultoriale; e ciò per le stesse esigenze che si presentano per seguire un caso.

Come infatti il disturbo nella relazione affettivo-sessuale mette in gioco la persona nelle sue fondamentali dimensioni somato-psico-sociali ed etiche, così anche la formazione ad una matura evoluzione affettivo-sessuale, come uno dei mezzi per prevenire almeno i disturbi più gravi, deve essere situata – e contemporaneamente – in queste plurime integrate – dimensioni.

Si può rilevare facilmente, purtroppo, come una "informazione" sessuale o una chiarificazione alla procreazione responsabile che parta dal punto di vista o solo medico o solo psicologico o solo morale, induca con estrema facilità degli squilibri. È come se si

facessero intravedere all'individuo dei "luoghi" (nel corpo, nello psichico, nell'etico) dove egli può "deporre" la propria dimensione affettivo-sessuale; mentre questa è in realtà onnipervasiva e sempre indeponibile in quanto sostitutiva della soggettività.

Un secondo effetto positivo pare risultare dal fatto che, in una tale prospettiva di lavoro unitario, può venire superato il problema che per lungo tempo ha assillato i consultori dell'Ucitem: quello di un preliminare incontro-filtro con il cliente per aiutarlo ad orientarsi verso il consulente che più specificamente può rispondere al suo bisogno.

A lungo, credo, si è discusso sulla figura più adatta ad assolvere questo compito, identificandola a volte con la segreteria, a volte con l'assistente sociale, a volte con il "consulente matrimoniale" nel senso più stretto. Questa figura diveniva così come il trait-d'union per i vari interventi da effettuarsi spesso all'esterno del consultorio, oppure nel consultorio stesso, ma in modo del tutto slegato.

Il colloquio-filtro in realtà non ha senso e rischia solo di burocratizzare il primo incontro con il cliente, smorzandone la carica e la spontaneità. Il cliente deve essere introdotto e accolto dalla figura professionale di cui fa richiesta, o comunque più pertinente al disturbo che denuncia; se i vari consulenti lavorano in équipe, saranno poi essi ad aprire al cliente la collaborazione dei colleghi affinché il suo problema trovi chiarificazione nei vari aspetti e risoluzione nella linea che è maggiormente portatrice del disturbo.

In quest'ottica emerge che ogni specialista del consultorio può essere il "primo" interlocutore del cliente. Ognuno infatti accogliendo il consulente per il problema specifico che egli pone, è sensibilizzato ad aprirlo su altri eventuali aspetti che si ponessero progressivamente in luce; assumendo in proprio l'approfondimento del problema settoriale della sua specificità e proponendo, accanto alla sua, l'azione dei colleghi per la delucidazione e la risoluzione integrate delle altre dimensioni del caso.

2. Problemi aperti. Nelle discussioni di gruppo, finalizzate alla verifica del cammino percorso, sono emersi anche molti problemi rimasti aperti od insoluti. Accenniamo brevemente ad alcuni.

Il primo e più importante è che l'aggiustamento e l'affinamento del metodo di lavoro in équipe rimane sempre qualche cosa "in divenire"; è uno stile che si aggiorna in modo continuo, piuttosto che una formalità definita una volta per tutte. Sono le situazioni di lavoro di cui si fa esperienza che, discusse in équipe con l'apporto diretto di tutti gli operatori e la mediazione del supervisore, suggeriscono modi di collaborazione sempre più integrati e affinati.

La capacità di lavorare in équipe non può essere il frutto di un puro "apprendimento"; nasce, piuttosto da "un'apertura da dentro", da un ampliamento del sentire e del comunicare con gli altri colleghi, prima ancora nelle dimensioni della propria personalità che non in quelle della propria "specialità" o del proprio ambito di competenza. Ciò fa sì che si disciolgano pian piano i residui di ansie persecutorie e quindi di difese maniacali che ciascuno di noi si porta dietro anche sul lavoro, pur pensando di essere asettico nel suo atteggiamento professionale.

Certo che l'ideale di lavoro in équipe che qui proponiamo non è, come a volte si legge o si sente affermare in certi congressi, quello di svestire del proprio ruolo gli specialisti affinché "tutti sappiano fare tutto". Ciò porterebbe non già alla smobilizzazione di supercostruite strutture di competitività – giusto fine forse mirato da certe eccessive reazioni sessantottesche – bensì ad un vero degrado della qualità del lavoro.

La specializzazione nel proprio campo rimase un impegno che va perseguito con metodicità per evitare di essere ben presto degradati, non già da altri "ruoli", ma nel filone della propria competenza e quindi nelle reali prestazioni al servizio del cliente.

Ciò che nel consultorio familiare si acquisisce e progressivamente si affina è l'apertura all'integrazione del proprio sapere con altre dimensioni del sapere sull'uomo e

sulla società che egli costruisce, è un impegno a non lasciarsi chiudere, né nel comprendere né nell'agire, entro i parametri di una visione unidirezionale, la quale purtuttavia deve di continuo avanzare.

Un altro problema che prende subito forma a questo punto è la figura del cosiddetto "consulente familiare" o matrimoniale, la sua qualificazione e preparazione professionale.

Dalla legge nazionale di istituzione dei consultori pubblici questa figura non è presa in esame. In alcune leggi regionali (è il caso della Regione Veneto) si parla di consulenti familiari, ma in senso generico, in linea con l'orientamento da noi sopra esplicitato, in quanto membri dell'équipe consultoriale.

Nei consultori Ucipem invece questa figura è stata in un certo modo centrale e caratterizzante. Ciò forse per il fatto che gli "specialisti" erano originariamente professionisti "esterni" al consultorio stesso o comunque per lo più slegati tra di loro, per cui il consulente familiare era il *trait-d'union* e il catalizzatore dell'intervento presso il cliente.

Un'altra ragione, forse ancora più incisiva, è individuabile nel fatto che fino a tempi recenti non esisteva in Italia un iter accademico per la formazione degli psicologi; e ora, se c'è, non è immune da gravi lacune. Così la mancanza di psicologi formati e specializzati nei vari settori, come quello della psicologia familiare e di coppia, creava la necessità di introdurre e preparare per altre vie la figura del consulente familiare.

Riteniamo comunque che il giusto orientamento sarà senz'altro quello di prevedere che il ruolo di consulente familiare in senso stretto, come era definito dall'Ucipem, sia ricoperto da uno psicologo qualificato in psicologia clinica e familiare. Questi diviene quindi uno dei membri specialisti dell'équipe, come il medico ginecologo, l'assistente sociale, il giurista e altre possibili figure. Non vediamo in altri termini una duplicità di figura tra il "consulente familiare" in senso stretto e lo psicologo nell'équipe.

Anche la questione, assai dibattuta, della conduzione di psico-terapie nell'ambito consultoriale, non crea una differenziazione tra "consulente familiare" e psicologo. Li riguarda ambedue univocamente.

Circa tale questione si noterà anzitutto come regni una grande confusione tra ciò che viene chiamata psicoterapia e ciò che si dovrebbe chiamare "consulenza psicologica"; questa a sua volta distinta da ciò che è una sensibilità psicologica richiesta a ogni professionista che lavori sulla e con la persona. È difficile dire se questo sia effetto o causa della mancanza di adeguati e ufficiali procedimenti per la formazione degli psicologi e degli psicoterapeuti. A nostro avviso l'identificazione immediata tra psicologo e psicoterapeuta è aberrante. A quest'ultimo, qualunque indirizzo segua, sono indispensabili una preparazione e un training del tutto specifici, comunque posteriori agli studi accademici di psicologia. Ma anche per la consulenza psicologica nei consultori familiari, non identificabile per vari criteri alla psicoterapia in senso stretto, è indispensabile una formazione clinica, come già dicevamo.

Altri problemi rimangono ancora aperti. Ne accenniamo solo due.

Un lavoro di équipe come l'abbiamo abbozzato comporta per il gruppo consultoriale una struttura operativa – ivi compreso l'orario di lavoro- che sia veramente integrata al servizio dell'utente. E tutto ciò può essere fatto solo su una base di prestazione di volontariato? Oppure occorre che intervenga un certo tipo di rapporto di lavoro (anche se a tempo parziale), che permetta, da una parte, all'operatore di programmare il suo impegno per un periodo di preparazione e di attività con l'équipe e, dall'altra, al consultorio tempi lunghi e un livello più adeguato di prestazioni?

2. Evoluzione nella dinamica dell'équipe del consultorio familiare riferita alla domanda dell'utente, *di Claro Di Marco e Gianna Magris Viel, consultorio familiare "Friuli" di Udine.*

1. Evoluzione organizzativa

L'esperienza qui esposta non intende proporre un modello operativo, ma semplicemente riferire una realtà che nell'arco di una quindicina d'anni si è andata definendo, sia in relazione ad un migliore esame delle esigenze dell'utenza, sia in seguito alla continua riflessione che gli operatori del consultorio hanno sulla loro attività.

Il 1968 segna la data di inizio del servizio del nostro consultorio, allorché alcune persone sensibili e volenterose si impegnarono ad organizzare un gruppo di specialisti a cui affidare sia la consulenza, sia l'attività di prevenzione e di educazione. Fu quest'ultima ad avere dapprima la prevalenza, anche perché era necessario far conoscere all'utenza potenziale l'istituzione consultoriale, che nella nostra provincia rappresentava ancora una iniziativa piuttosto nuova.

Fase iniziale. Per quanto riguarda più propriamente la consulenza in un primo, l'accoglienza dei casi fu affidata ad un'assistente sociale la quale, dopo uno o due colloqui, indirizzava il richiedente allo specialista ritenuto più indicato a farsi carico del problema proposto.

Fin dall'inizio, comunque, il lavoro di gruppo fu considerato un indispensabile sostegno all'attività di consulenza.

Poiché il consultorio non disponeva di una sede idonea, i colloqui e le visite avvenivano nei luoghi di lavoro dei professionisti, con conseguente allungamento dei tempi richiesti per l'analisi dei casi.

La direzione, affidata dapprima ad un neuropsichiatra, diede avvio alla consuetudine di riunire gli operatori, unitamente alla presidenza, senza periodicità fissa, per un esame collegiale dell'andamento della consulenza e per la discussione di qualche cosa significativo pervenuto al consultorio.

La presenza di operatori con competenze specialistiche diverse permetteva una disamina del caso in ottica pluriprofessionale; lo specialista che proponeva il caso all'attenzione dei colleghi poteva infatti, per alcune situazioni, richiedere consulenze specifiche su aspetti problematici particolari che esulavano dalle sue competenze.

In occasione di tali riunioni, il gruppo, data la presenza della presidenza, veniva interessato anche alle iniziative generali di tipo organizzativo e preventivo che il consultorio andava nel contempo programmando.

Va notato che in questa fase iniziale dell'attività consultoriale non veniva ancora percepita chiaramente l'esigenza di coinvolgere tutta l'*équipe* nell'accoglienza e nella conduzione dei casi, né tanto meno era affrontato l'eventuale esame delle dinamiche di gruppo esistenti in una *équipe* finalizzata alla consulenza.

La spontanea evoluzione del gruppo portò ad una stimolante verifica degli obiettivi e delle metodiche consultoriali, che fu favorita anche dall'avvicinamento del direttore e di alcuni operatori. La maggior disponibilità di tempo offerta dai membri dell'*équipe* consentiva ora un lavoro più organico. Molto proficua si rivelò anche la decisione di inviare due assistenti sociali operanti in consultorio ad un corso biennale di formazione per consulenti familiari; ad essi fu affidato il compito dell'accoglienza dei casi.

Tali eventi permisero di focalizzare meglio l'attività di consulenza, anche se non fu trascurato il grosso impegno organizzativo richiesto dalle attività di prevenzione e di educazione (corsi di educazione sessuale, corsi prematrimoniali, corsi e seminari per operatori di consultorio, per docenti, per educatori, per coppie, per genitori, ecc.)

Fase intermedia. Successivamente, la disponibilità di una sede idonea e di una segreteria aperta giornalmente consentì una maggior regolarità nell'assunzione dei casi, che andavano via via aumentando. Essi però, per il limitato numero di operatori disponibili

per il primo colloquio, gravavano esclusivamente sui due consulenti familiari; ciò limitava ovviamente la possibilità di soddisfare con sollecitudine le aumentate richieste dell'utenza. Si evidenziò pertanto la necessità di un graduale coinvolgimento di altri operatori nel ruolo di consulente e, a tale scopo, tre psicologi, un'assistente sociale e un medico ginecologo si resero disponibili ad assumersi la responsabilità del primo colloquio e dell'eventuale presa in carico del caso. Si andò così costituendo una *équipe* ristretta di sette consulenti operanti nell'ambito del gruppo consultoriale più vasto costituito anche dagli specialisti, che venivano impiegati in caso di necessità.

Le riunioni a cui partecipavano tutti gli operatori, si svolgevano con regolare scadenza bimensile; una riunione era dedicata ai problemi organizzativi legati alla funzionalità generale del consultorio, con prevalente attenzione alle iniziative a carattere preventivo e culturale ed ai rapporti con altre istituzioni (in particolare USL, scuole, comunità), nonché all'organizzazione di seminari di studio; la successiva era dedicata all'aggiornamento, e quindi aveva carattere più strettamente formativo (relazione su convegni, discussione di problemi di metodologia consultoriale, presentazione di casi significativi, ecc).

Tali riunioni continuano tuttora: esse offrono un'occasione indubbiamente efficace per la migliore integrazione del gruppo degli operatori, sempre più coinvolti nella conduzione del consultorio da un lato, infatti, gli interventi dei consulenti impegnati direttamente nei casi (che a loro volta si riuniscono in *équipe* ristretta due volte al mese) danno a tutti modo di conoscere sia la tipologia dell'utenza, sia le difficoltà che i casi stessi comportano; dall'altro la complessità dei temi presenti dà a tutti l'opportunità di offrire un apporto legato alle competenze specifiche.

Fase attuale. La costituzione di una *équipe* di operatori impegnati direttamente nella consulenza poneva ovviamente la necessità di un coordinamento maggiore tra i membri del gruppo e richiamava l'attenzione sugli aspetti formativi e professionali della figura del consulente, nonché sulla metodologia del lavoro in *équipe*, con la conseguente esigenza di un miglioramento qualitativo della consulenza stessa.

Le problematiche proposte dall'utenza ponevano l'operatore di fronte alla necessità di superare una prestazione fondata sulle sole risorse individuali e di cercare sostegno in una *équipe* con cui confrontarsi. Si prospettava pertanto l'opportunità di utilizzare l'*équipe* a due livelli:

- a. a livello del consulente, per favorire la sua crescita professionale attraverso una continua verifica del metodo di lavoro nel confronto con i colleghi (considerazioni sull'aspetto emotivo della relazione con l'utente, sugli atteggiamenti prevalenti nel rapporto, sulla ricerca della vera richiesta, sulle difese personali, ecc.);
- b. a livello dell'utente, per un ampliamento dell'analisi della situazione della situazione problematica grazie all'apporto pluridisciplinare in sede di discussione, tenendo presente sia l'ipotesi di intervento straordinario di altro specialista, qualora emergessero problemi particolari, sia --in casi complessi -- di passaggio ad altro operatore.

Le difficoltà dei problemi sollevati dal funzionamento *dell'équipe* ristretta fece emergere l'esigenza di un maggior chiarimento collegiale sulle finalità della consulenza nell'ambito di tutta l'attività del consultorio, sulle prestazioni del consulente e i suoi limiti, sulle metodologie da seguire, sulla necessità di favorire

l'aggiornamento personale e di gruppo. Maturò così l'idea di poter utilizzare il sostegno di un supervisore esterno. Poiché il consultorio fu in grado di soddisfare tale richiesta dell'*équipe*, le prestazioni del supervisore ebbero inizio circa un anno fa; si prevede che esse continuino ancora nel tempo, in considerazione del notevole contributo offerto ai fini della maturazione del gruppo.

Evoluzione della conduzione del caso

Anche la conduzione dei casi, nei momenti dell'accoglienza, del primo colloquio, degli interventi integrativi degli specialisti, della discussione collegiale, ha subito nel tempo una evoluzione quasi parallela a quella dell'organizzazione dell'*équipe*.

Nella fase iniziale dell'attività di consulenza, l'attenzione dell'assistente sociale impegnata nel primo colloquio si soffermava prevalentemente sul *problema* posto dall'utente. Appena il problema era individuato, il caso veniva –come già riferito— inviato allo specialista interessato.

In seguito, quando il consultorio poté disporre di consulenti familiari, fu possibile spostare l'attenzione sulla *persona* che poneva il problema, in quanto l'operatore avvertiva maggiormente la propria responsabilità nella presa in carico dell'utente; questi continuava a seguire personalmente il caso, anche se per una migliore conoscenza della situazione venivano interessati eventualmente altri specialisti.

Attualmente i consulenti focalizzano prevalentemente le dinamiche suscitate dalla *relazione* utente-consulente, analizzando, anche con il sostegno dell'*équipe* ristretta, i problemi ad essa connessi.

In definitiva, le tre possibili accentuazioni presenti nella conduzione del caso - problema, persona, relazione --, pur sempre attiva nel rapporto con l'utente, vengono ora più consapevolmente vissute dai consulenti e su esse viene promossa un'opportuna riflessione durante la supervisione di gruppo.

Quest'ultimo aspetto del lavoro d'*équipe* favorisce la diffusione di un comune linguaggio tra gli operatori, nonché una proficua mediazione ed integrazione dei concetti-base che orientano la consulenza, offrendo la possibilità di momenti di verifica e di confronto nella discussione comune.