

Giornata di Studio

La formazione psicoterapeutica tra vocazione e apprendimento

Bologna, 20 settembre 2008

Irene Ruggiero

Relazione introduttiva: Vocazione, identità, formazione

Poiché il mio compito è introdurre l'argomento, cercherò di contestualizzare i concetti di vocazione, formazione e identità all'interno della letteratura psicoanalitica sull'argomento.

Cominciamo dalla vocazione, definita da vocabolario come "chiamata, invito" (dal latino *vocare*= chiamare) ma anche come "inclinazione naturale verso qualcosa".

Un secolo di psicoanalisi ci ha familiarizzato con l'idea che le cosiddette inclinazioni naturali, i richiami interni hanno motivazioni infantili profonde e spesso inconsce. Per entrare in argomento, non utilizzerò le parole di uno psicoanalista, ma quelle di uno scrittore, Romain Gary, tratte dal romanzo *L'angoscia di re Salomone*.

La citazione si riferisce al primo incontro tra il protagonista, Jean, e il vecchio signor Salomone, che occupa il suo tempo in opere di beneficenza perché – dice - *"più si diventa vecchi e più si ha bisogno degli altri"*. Salomone mette una parte del proprio appartamento a disposizione di un'associazione chiamata *S.O.S. Benevoli*, *"alla quale si può telefonare giorno e notte quando il mondo diventa troppo pesante da portare e perfino opprimente, ed è l'angoscia"*. Jean vuole sapere chi sono le persone che rispondono alle chiamate. Salomone gli spiega che *"lì c'era un problema, nel senso che bisognava trovare dei benevoli che andassero per aiutare gli altri e non per sentirsi più leggeri loro sulle spalle"*. Jean si meraviglia, non capisce come un'invocazione d'aiuto possa alleviare chi la riceve. Salomone gli spiega allora che *"ci sono, per esempio, degli psichiatri che non sono mai stati amati in gioventù o che si sono sempre sentiti sfigati, respinti e che si rifanno diventando psichiatri e si occupano dei giovani drogati e dei poveri disgraziati e così si sentono importanti e sono molto ricercati, regnano, sono circondati da ammirazione e da belle ragazze che altrimenti non avrebbero mai conosciuto e hanno un senso di potenza ed è così che curano se stessi e si sentono meglio nella propria pelle"*. Conclude Salomone: *"A S.O.S. abbiamo avuto dei benevoli che erano degli angosciati, i cosiddetti 'sprovvisi affettivi', che quando ricevono una chiamata disperata si sentono meno soli... l'aiuto umanitario non è esente da problemi..."*.

Con queste parole, Salomone ci introduce nel vivo delle complesse motivazioni personali su cui si fonda il desiderio, talvolta il bisogno, di curare gli altri, segnalando come sofferenza infantile e vulnerabilità narcisistica costituiscano uno dei nuclei sia della inclinazione ad aiutare gli altri che del bisogno di utilizzarli strumentalmente per sentirsi meglio.

La letteratura psicoanalitica è ricca di lavori sulle motivazioni inconsce all'origine della vocazione terapeutica; fra queste, si ritrovano soprattutto sentimenti genitoriali, tendenze riparative, curiosità scientifica; motivazioni che secondo Bela Grunberger (1963, 1978) sono tutte sostanzialmente riconducibili a bisogni narcisistici (precisazione sul narcisismo secondo Grunberger: il narcisismo ben integrato costituisce una componente essenziale e indispensabile della maturità oggettuale). A questo proposito, Grunberger differenzia due diversi tipi di narcisismo, uno dei quali spinge verso il cambiamento, mentre l'altro vi si oppone facendo appello piuttosto alla magia e alla manipolazione; essi corrispondono a due diverse forme dell'ideale dell'Io, una maturativa e una regressiva, entrambe presenti in misura variabile nella motivazione professionale dell'analista; la prima è all'origine del

desiderio depressivo di modificare se stessi attraverso un'analisi personale, la seconda invece di quello di acquisire attraverso di essa uno strumento onnipotente per cambiare gli altri.

Glauco Carloni (1979) ha dedicato al tema della vocazione terapeutica un prezioso lavoro intitolato *Sofferenza psichica e vocazione terapeutica*, lavoro esauriente, profondo e dettagliato, che consiglio a tutti di leggere o anche di rileggere, recentemente ripubblicato sul libro che raccoglie i suoi scritti, la meravigliosa avventura della psicoanalisi, Guaraldi. In questo lavoro, Carloni ci ricorda che già nel 1926, Ernst Simmel, un pioniere della psicoanalisi, segnalava che una sostanziale ragione per cui i bambini giocano al dottore è per non essere malati. Nel gioco del dottore, infatti, al bambino più piccolo o alla bambola viene assegnato il ruolo di paziente mentre il bambino che dirige il gioco si riserva il ruolo attivo del medico, cui sono consentiti numerosi piaceri proibiti, dalla possibilità di soddisfare molteplici curiosità fino a quella di esercitare una certa quota di sadismo sublimato. Il gioco del dottore permette così sia di esprimere, in modo sublimato, pulsioni pregenitali che di collocare malattia, passività e sopportazione infantile nell'altro.

Secondo Carloni, la professione psicoterapeutica si colloca in un terreno ambiguo tra vocazione e manipolazione, fra la fantasia magico-onnipotente di *diventare* analista e la trasformazione depressiva di *essere* analista. La sofferenza infantile del futuro terapeuta e il desiderio di guarigione che ne deriva costituiscono infatti sia il primo motore del desiderio di aiutare gli altri, che il nucleo dei desideri manipolativi e onnipotenti che si evidenziano nella *pretesa* terapeutica: con le parole di Carloni, nella presunzione di credersi capace di risolvere le difficoltà del paziente, nella superbia di conoscere le cause della sua angoscia, nella vanità di ritenersi indispensabile, grande e generoso. Stando così le cose, l'ingrediente fondamentale di un buon terapeuta non sta tanto nella motivazione quanto nel modo in cui viene affrontata ed elaborata la sofferenza di base, oltre che nelle capacità del futuro terapeuta di sublimare (cioè di spostare e neutralizzare) pulsioni pregenitali.

Molti autori hanno segnalato che può essere fatto un uso difensivo del lavoro terapeutico con i pazienti: tra gli altri, Tagliacozzo (1976) ha messo in luce che l'analista può eludere gli obiettivi dell'analisi applicandola agli altri (fare agli altri ciò che non vuoi sia fatto a te).

Carloni, nel saggio già citato, individua le fondamenta della manipolazione maniacale nei meccanismi di negazione (negazione della propria piccolezza, della paura, della propria sofferenza, della distruttività, dell'ignoranza...) e in quelli di scissione e proiezione nel paziente degli aspetti di sé così negati; da queste operazioni difensive inconsce deriverebbero l'illusione di onnipotenza e di onniscienza del terapeuta e la coazione alla manipolazione del paziente, caricato delle proprie proiezioni; coazione, perché ciò che si tenta di controllare, attraverso il dominio sul paziente, è il proprio universo infantile rinnegato, soprattutto i propri sentimenti di impotenza, inermità e dolore, scissi e proiettati. Così, l'inclinazione manipolatoria prevale sulla riparatività autentica e il paziente si configura come strumento di soddisfazione di bisogni del terapeuta più che come fine dell'attività terapeutica.

Ma quale è la sofferenza infantile specifica su cui si fonda la scelta professionale dei futuri curanti? Molti psicoanalisti rintracciano un essenziale fattore motivazionale in una iniziale ferita narcisistica: Sandor Ferenczi (1932) è stato tra i primi a segnalare il fatto che nella storia infantile del futuro terapeuta si ravvisano elementi traumatici che possono far maturare precocemente attitudini ancora potenziali: *"la paura degli adulti privi di inibizioni, e perciò, sotto un certo punto di vista pazzi, fa per così dire del bambino uno psichiatra"* (p. 425). Traumatizzato, spaventato e avvinto dalla loro sofferenza, il bambino può trovarsi costretto a farsi precocemente terapeuta per tranquillizzare, consolare e curare i genitori.

A sua volta, Winnicott (1949) individua un'importante motivazione vocazionale nel fallimento della madre del futuro terapeuta nella sua funzione di specchio e nella conseguente formazione difensiva di un falso Sé, attraverso cui il bambino che non ha potuto vedere se stesso riflesso né gli occhi

della madre si trasformerà lui stesso in uno specchio docile e compiacente, attento alle esigenze e ai conflitti altrui. Potrà anche sviluppare sorprendenti "proprietà guaritrici", ma lo farà al prezzo dell'autenticità e rimanendo esposto al rischio di un crollo incombente, perché il bisogno autentico è quello che sia qualcun altro a fornire il buon ambiente necessario alla vita emozionale.

Secondo Kohut (1971), molti di coloro che hanno scelto una carriera in cui la preoccupazione empatica nei confronti degli altri forma il nucleo dell'attività professionale hanno subito traumi (di entità tollerabile) in fasi precoci dello sviluppo dell'empatia. Alice Miller è ancora più drastica e sostiene che la radice principale della scelta professionale del futuro terapeuta risale a una ferita narcisistica iniziale che avrebbe determinato, in bambini particolarmente dotati di sensibilità e empatia, una speciale ricettività verso l'inconscio degli altri; ricettività che li avrebbe resi particolarmente adatti ad essere utilizzati dalla madre o da entrambi i genitori come supporto per un equilibrio narcisistico precario, indirizzandoli così alla futura scelta professionale.

È in questa rinuncia all'espressione dei propri bisogni che un tempo gli ha garantito l'amore dei genitori che ha origine la vocazione del futuro "psicoanalista coatto", secondo la felice espressione di Daniela Nobili (1981), autrice di un bel lavoro sull'argomento: il futuro analista sarebbe costretto ad interessarsi all'inconscio degli altri perché è attraverso questa inconsapevole funzione terapeutica che ha potuto in passato conservare il suo oggetto d'amore e l'amore del suo oggetto (o, più esattamente, il loro investimento narcisistico).

Un rischio implicito in questa scelta professionale, se non adeguatamente trattata, è quello di ricercare nei pazienti la madre empatica dei propri rinnegati desideri infantili, tentando di conquistarla con prestazioni brillanti... magari fornite sotto forma di interpretazioni! (Miller, 1979). E tuttavia è proprio questa ferita narcisistica di base che - se adeguatamente analizzata ed elaborata - si trasforma in un talento specifico nella percezione delle sofferenze e dei conflitti altrui; ma pur costituendo un'importante risorsa professionale, non cessa tuttavia di rappresentare una potenziale fonte di rischio per il terapeuta, soprattutto quando si trova alle prese con pazienti a loro volta narcisisticamente disturbati, che lo espongono (come in passato la madre arcaica) al rischio di sperimentare di nuovo l'antico trauma, di sentirsi invaso da angoscianti richieste fusionali, cancellato come persona separata, esposto al rischio di perdere la propria testa a beneficio di un altro - Marinetti ha scritto un lavoro che parla degli effetti del narcisismo dell'analista sul lavoro analitico. Non posso soffermarmi sulle complesse strategie difensive che l'analista rischia di mettere in atto in situazioni di questo tipo, che vanno dal ritiro emotivo, all'inibizione dell'empatia fino all'eccesso interpretativo come tentativo di restaurazione narcisistica (Kohut, 1971; Brenman, 1978; Berry, 1978; Miller, 1979; Nobili, 1981).

Veniamo alla formazione, definita come "l'insieme delle conoscenze e della cultura acquisita in un settore", ma anche come "lo sviluppo psicofisico e intellettuale della persona attraverso l'educazione e l'addestramento": la formazione dunque non solo come acquisizione (peraltro indispensabile) di nozioni ma anche come percorso interiore.

È ampiamente condivisa l'idea, del resto già espressa a più riprese da Freud (1910, 1912, 1937) che, essendo il terapeuta al tempo stesso medico e medicina, le sue caratteristiche personali costituiscono un'importante variabile nell'esito di un trattamento; con le affermazioni che un analista può procedere *"esattamente fin dove glielo consentono i suoi complessi e le sue resistenze interne"* (1910, p. 201) e che *"ogni rimozione non risolta nel medico corrisponde... a una "macchia cieca" nella sua percezione analitica"* (1912, p. 537), Freud istituisce una relazione tra la personalità dell'analista, il livello di realizzazione della sua analisi personale e le sue potenzialità terapeutiche. È stato però Ferenczi a sottolineare più di ogni altro la stretta relazione esistente tra gli stati emotivi dell'analista, i suoi residui nevrotici e l'andamento del trattamento analitico, approfondendo in particolare i possibili effetti iatrogeni della persona dell'analista sul paziente.

Nella storia del movimento psicoanalitico, è stata la scoperta del controtransfert (definito da Freud come l'espressione dei conflittuali irrisolti dell'analista, attivati dal rapporto con il paziente) ad avviare l'istituzione dell'analisi personale come base della formazione dei futuri analisti, istituendo così una formazione concepita come percorso trasformativo interno.

Intesa come percorso interiore, la formazione permette di elaborare le motivazioni inconscie della propria vocazione terapeutica e, comprendendo il senso più profondo delle vicende infantili, di prendere le distanze dal furore terapeutico e dalla iperattività maniacale, di affrontare i propri nodi conflittuali e riconoscere quanto più possibile le proprie fragilità narcisistiche, affinando così le capacità autoanalitiche ed empatiche fino a farne uno strumento tecnico al servizio del paziente. Il riconoscimento, inevitabilmente doloroso, della propria sofferenza come radice motivazionale inconscia, ridurrà il bisogno di negarla, scinderla e proiettarla sui pazienti e contribuirà a ridimensionare l'illusione di onnipotenza e a stemperare i bisogni manipolativi.

D'altronde, i rischi di una insufficiente elaborazione interiore dei nuclei motivazionali e delle problematiche personali non ricadono solo sui pazienti ma anche sui terapeuti: già Freud (1937) aveva sottolineato che il contatto prolungato con l'inconscio del paziente può costituire un fattore di rischio di malattia per l'analista, la cui struttura mentale può esserne modificata o addirittura danneggiata. Soprattutto all'inizio della professione, ma non solo, il terapeuta deve affrontare molte difficoltà: tra queste, l'idealizzazione dei pazienti con la conseguente stimolazione del proprio narcisismo onnipotente, la sollecitazione ad assumere ruoli che possono sembrargli estranei, l'astinenza dall'agire, la solitudine, la difficoltà a valutare i risultati terapeutici, la fatica di tollerare emozioni e affetti sollecitati dall'emergenza di aree di sé ancora ignote, attivate nel rapporto con il paziente. Le capacità autoanalitiche, che costituiscono il lascito di una buona analisi, riducono il rischio di ricorrere, in situazioni di difficoltà, a difese disfunzionali o a funzionamenti di tipo imitativo e stereotipati.

In conclusione, una buona formazione non può che essere concepita come un processo continuo i cui tasselli sono l'analisi personale, l'acquisizione di nozioni teorico-tecniche specifiche, le supervisioni, il confronto con i colleghi e con gli autori di riferimento, e poi l'autoanalisi, l'analisi del controtransfert, e ancora le occasioni seminariali e congressuali, nazionali e internazionali, che consentono di scambiare idee con colleghi di diverse aree geografiche e di differenti impostazione teoriche.

Veniamo infine all'identità, un argomento di cui Carloni si è molto occupato, insieme a Daniela Nobili e a Magda Mantovani. In un lavoro sull'identità personale e professionale dell'analista (1981), Carloni sottolinea la relazione esistente tra costituzione dell'identità e tramonto dell'onnipotenza infantile, in quanto l'assunzione di una identità definita istituisce un confine e comporta una delimitazione. La formazione dell'identità è quindi embriata con i lutti impliciti nel processo di crescita: identità e cambiamento si configurano così come concetti strettamente correlati.

In questa prospettiva, è implicito che l'identità professionale non possa essere raggiunta una volta per tutte, ma che costituisca una processualità insatura, suscettibile di sempre ulteriori trasformazioni: se da una parte, essa costituisce l'esito (comunque sempre modificabile) di una successione di identificazioni con l'analista personale, i supervisori, i colleghi e gli autori di riferimento, dall'altra continua a modificarsi attraverso la pratica professionale, che permane un fattore potenzialmente trasformativo ed evolutivo.

E' in questa prospettiva che alcuni colleghi (Amati Mehler et al., 1981) hanno proposto di distinguere, all'interno dell'identità concepita come relazione, una prospettiva verticale (l'individuo in relazione a se stesso, nel suo assetto interno di struttura e funzioni) e una orizzontale (l'individuo in relazione all'Altro). Dell'identità professionale "verticale" fanno parte tutte le relazioni formative pregresse, con le identificazioni che ne costituiscono il lascito, quelle con l'analista personale, con i

supervisor, ecc; di quella "orizzontale", tutte quelle "zone" identitarie che vengono attivate e che risuonano nella relazione con un determinato paziente (e che non si attiverebbero con un altro).

Quanto l'identità professionale possa modificarsi nel corso del tempo dipende anche dalla disponibilità dell'analista a mettere autenticamente in gioco nella relazione con il paziente i suoi nuclei identitari più autentici: se l'analista è internamente libero e flessibile, non potrà che uscire modificato da ogni nuova esperienza analitica, sia pure all'interno di una stabilità e continuità nel suo assetto interno; se, al contrario, prevarrà l'aspetto resistenziale (teso a rinforzare il proprio assetto identitario, a confermare le convinzioni teoriche della propria scuola di appartenenza) entreranno in gioco nella relazione analitica aspetti di "falso Sé" e gli elementi tecnici e formali della professione verranno utilizzati per mascherare le falle dell'identità personale: sarà allora possibile soltanto "fare" gli analisti senza realmente esserlo (Klauber, 1979).

Identità personale e identità professionale dovrebbero augurabilmente rimanere distinte, pur mantenendo una certa relazione dialettica; quando questo non accade, e le due identità si mantengono scisse o al contrario si fondono fino a coincidere, la loro relazione può assumere connotazioni patologiche che possono giungere da un lato fino al dogmatismo, dall'altro fino alla finzione (Carloni, 1981). Se infatti identità personale e professionale sono troppo strettamente collegate, la funzione professionale potrà essere utilizzata per riaffermare un'identità personale sentita come precaria, facendo l'analista con scopi inconsci prevalentemente proiettivi e manipolatori (Nobili, 1981). È invece proprio dalla rinuncia ad un investimento narcisistico della professione terapeutica allo scopo di difendersi da esperienze dolorose interne, che potrà svilupparsi il nucleo di una identità professionale più autentica e matura, fondata sul superamento di quei processi imitativi su cui si fonda il falso Sé professionale, che costituisce l'espressione di un difetto di stabilità dell'identità dell'analista (Mantovani, 1981).

Sappiamo (Kaes, 1994) che le trasformazioni, le disorganizzazioni e le ricomposizioni che caratterizzano la vita sociale si ripercuotono inevitabilmente sui processi identificatori che presiedono alla costituzione dell'identità individuale e, conseguentemente, anche di quella professionale. Concludo così con qualche domanda aperta: che effetto hanno sull'identità terapeutica la crescente estensione dei disturbi borderline, la diffusione sempre maggiore di problematiche narcisistiche e identitarie, le modificazioni nelle richieste di cura (concernenti, per esempio, il numero di sedute e la durata del trattamento), la moltiplicazione dei modelli teorico-tecnici?

BIBLIOGRAFIA

Berry N. (1978). De l'interprétation au narcissisme du psychanalyste. Congresso FEP. Bulletin 13. Estoril

Brenman E. (1978). The narcissism of the analyst: its effects on clinical practise. Congresso FEP. Bulletin 13. Estoril

Carloni G. (1979). Sofferenza psichica e vocazione terapeutica. In La meravigliosa avventura della psicoanalisi. Guaraldi, Rimini, 2006.

Carloni G. (1981). L'identità professionale dello psicoanalista. In Panel su "Identità personale e professionale dello psicoanalista". Riv. Psicoanal., 27, 154-164.

Ferenczi S. (1932). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In: Fondamenti di psicoanalisi. Rimini. Guaraldi, 1974, volume III.

Freud S. (1910). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. O.S.F., 6.

Freud S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. O.S.F., 6.

Freud S. (1937). Analisi interminabile e interminabile. O.S.F., 11.

- Grumberger B. (1963). Intervention sur le rapport de Bofill et Folch Maten P. « Problèmes cliniques et techniques du contretransfert », Rev. Franç. Psychanal., 27, 1309-150.
- Chasseguet Smirgel J. - Grumberger B. (1978). Le narcissisme de l'analyste. Une introduction. Congresso FEP. Bulletin 13. Estoril.
- Gary Romain (1979). L'angoscia di Re Salomone. La Giuntina. Firenze, 2008.
- Kaes R. (1994). Il gruppo e il soggetto del gruppo. Roma, Borla, 1994.
- Klauber J. (1979). L'identità dello psicoanalista. In Difficoltà nell'incontro analitico. Roma. Il pensiero scientifico, 1984.
- Kohut H. (1971). Narcisismo e analisi del Sé. Torino, Boringhieri, 1976.
- Mantovani .M. (1981). La pseudo-identità psicoanalitica dello psicoanalista. In Panel su "Identità personale e professionale dello psicoanalista". Riv. Psicoanal., 27, 146-153.
- Marinetti M. (1999). Alcune riflessioni sul narcisismo dell'analista e sul suo rapporto con l'identità, la vocazione e la formazione psicoanalitiche. Riv. Psicoan., 45, 507-533.
- Miller A. (1979). Il dramma del bambino adottato. Torino, Boringhieri, 1982.
- Nobili D. (1981). Lo psicoanalista coatto. Riv. Psicoan., 27, 137-145.
- Tagliacozzo R. (1976). Termine abilità e interminabilità dell'analisi personale in didattici. Riv. Psicoanal., 22, 36-50.
- Winnicott D. (1949). L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma. In Dalla pediatria alla psicoanalisi. Firenze, Martinelli, 1975
- Amati Mehler et Al. (1981). L'identità dell'analista. In Panel su "Formazione della coppia analitica e identità dello psicoanalista". Riv. Psicoan., 27, 108-111.