

La consultazione psicologica come prima esperienza clinica trasformativa

Fabio Vanni,* Silvia Bertoli**

SOMMARIO. – Viene qui proposto un modello di un passaggio del processo clinico che riteniamo rilevante e meritevole di una migliore considerazione fra gli addetti ai lavori. Considerazione e rilevanza che stanno crescendo peraltro, soprattutto nel mondo psicoanalitico. A fronte di questa centralità e della pluralità di modelli teorico-clinici oggi presenti riteniamo sia utile offrire un contributo che, tenendo conto di questa storia, faccia un passo avanti nella concettualizzazione di questo primo step del percorso clinico di ogni paziente. Per fare questo è necessario, a nostro parere, partire dalla messa a fuoco di due concetti, soggetto e cura, per poi collocare la consultazione entro questo perimetro dandole un posto specifico. Pur riconoscendo la peculiarità della consultazione quando interessa alcune età specifiche, infanzia e adolescenza in particolare – età che hanno suggerito alcune delle concettualizzazioni più innovative e note della consultazione, alle quali si farà breve cenno – il presente scritto vuole occuparsi della consultazione come processo clinico di portata generale. Verrà proposta una breve vignetta clinica esemplificativa ed una esperienza concreta di organizzazione della consultazione in un ente del terzo settore; esempi che ben si prestano, a nostro parere, a concretizzare e chiarire quanto proposto senza pretesa alcuna di esaurire la complessità delle applicazioni possibili.

Parole chiave: consultazione psicologica, psicoterapia, psicodiagnosi, soggetto, relazione, bambino, adolescente, famiglia, rete.

*“Ci sono due modi di pensare alla complessità:
si può pensare che il mondo là fuori è complesso
e che noi lo guardiamo consapevoli
ma ritenendo di essere ordinatamente
al di fuori di questa complessità,
oppure possiamo pensarci parte di essa,
dentro alla complessità con tutti noi stessi
e solo con la possibilità di danzare dentro di lei.”*

S. Manghi

*Psicologo psicoterapeuta, già dirigente SSN, Presidente Progetto Sum ETS e Rete Psicoterapia Sociale ETS. Docente a contratto UNIPR, Italia.

E-mail: fabiovanni@progettosum.org

**Dirigente psicologa psicoterapeuta c/o NPIA ASL di Parma, esperta in infanzia, adolescenza e psicodiagnostica dell'età evolutiva, Italia. E-mail: bertoli.silvia@gmail.com

Dentro la complessità dell'incontro di cura

Mettere a fuoco il dispositivo clinico che chiamiamo ‘consultazione psicologica’ rende necessario, a nostro parere, fare alcune premesse su almeno due macrotemi: la cura psicologica e il soggetto.

Sul primo crediamo sia utile premettere che la cura psicologica è pensabile come un artefatto che le società contemporanee producono all'interno dei loro sistemi di welfare. Lo fanno in forme differenti in relazione a diverse variabili che le caratterizzano: il valore della soggettualità e del malessere e le forme della relazionalità sociale sono fra queste.

La cura psicologica si configura quindi all'interno di rappresentazioni culturali, norme, economie. Quello specifico sistema sociale la organizza però dando voce ad una relazionalità interumana che è presente da sempre e in ogni luogo. La cura caratterizza l'umano come poche altre pratiche relazionali.¹ Le forme che essa assume possono essere però molto differenti nel tempo della storia e nelle diverse culture.

Prendersi cura è una forma della relazione che si declina infatti in modi formali e informali, professionali e non. Un primo elemento che crediamo vada quindi sottolineato è che quando un essere umano incontra una domanda di cura, ovvero delle persone che la interpretano, lo fa all'interno di uno specifico universo culturale, e non nel vuoto.

La nostra civiltà, per ragioni che non descriveremo qui perché ci allontaneremmo dai limiti che ci siamo posti con questo scritto, produce figure professionali che svolgono funzioni di cura,² fra le quali gli psicoterapeuti

¹ “Uno studente chiese all'antropologa Margaret Mead quale riteneva fosse il primo segno di civiltà in una cultura. Lo studente si aspettava che Mead parlasse di ami, pentole di terracotta o macine di pietra. Ma non fu così.

Mead disse che il primo segno di civiltà in una cultura antica era un femore rotto e poi guarito. Spiegò che nel regno animale, se ti rompi una gamba, muori. Non puoi scappare dal pericolo, andare al fiume a bere qualcosa o cercare cibo. Sei carne per bestie predatrici che si aggirano intorno a te. Nessun animale sopravvive a una gamba rotta abbastanza a lungo perché l'osso guarisca.

Un femore rotto che è guarito è la prova che qualcuno si è preso il tempo di stare con colui che è caduto, ne ha bendato la ferita, lo ha portato in un luogo sicuro e lo ha aiutato a riprendersi. Mead disse che aiutare qualcun altro nelle difficoltà è il punto preciso in cui la civiltà inizia. Noi siamo al nostro meglio quando serviamo gli altri. Essere civili è questo”.

Giuseppe Melillo, Huffpost, 26.3.2020

² Anche una disamina sommaria della storia recente in questa parte di mondo renderebbe evidente come si sia passati da funzioni di cura limitate ad alcune figure professionali (il medico, la levatrice, la maestra...) dove era il sistema familiare (e particolarmente le donne) che si faceva carico della gran parte delle funzioni stesse ad una storia più recente che ha visto sorgere ed affermarsi numerose figure (tutor e counselor, psicologi e assistenti sociali, le infinite specialistiche mediche, etc.) che articolano sempre più i loro compiti all'interno di un sistema di welfare che fa di esse figure chiave che integrano le funzioni di ciò che oggi sono le famiglie nella loro multiformità.

che lo fanno dopo un lungo processo formativo che li aiuta ad organizzare una forma di presenza in rapporto alla domanda di cura stessa che è esplicitamente fondata su saperi scientifici e che li traduce in strumenti di interpretazione e d'intervento.

Fra questi saperi è forse utile mettere a fuoco qualche pensiero sul soggetto umano, la persona, giacché egli è sia l'artefice che il destinatario della cura psicologica.

Facciamo qui riferimento ad un pensiero (Minolli, 2015; Vanni, 2023, fra gli altri) che considera utile l'idea di una *unitarietà* e *relazionalità* del soggetto umano – il 'soggetto relazionale' – che sviluppa un suo divenire nel tempo a partire da un inizio e fino alla fine. Dal concepimento di un genotipo che è portatore di un patrimonio genetico unico collocato in un contesto altrettanto unico – il soggetto materno che è parte di un mondo – binomio che forma la sua 'configurazione iniziale', esso realizza sé stesso nella relazionalità fino alla sua morte.

Essendo posto all'interno di questa cornice il soggetto umano *diviene* facendo sue le esperienze nelle quali vive che man mano costituiscono forme più stabili di interpretazione di sé e del suo divenire stesso nel mondo. L'uso dell'esperienza – esplicita e, soprattutto, implicita - del soggetto come vertice per stare nel presente è pensabile come un criterio utile per comprendere le sue capacità ma anche le sue difficoltà giacché per definizione ciò che egli incontrerà nel suo divenire sarà in parte differente da ciò che ha esperito prima e che costituisce man mano autoriflessivamente la sua identità. Ogni nuova esperienza verrà letta alla luce di come quel soggetto si è formato nel tempo ma non sarà mai identica a ciò che ha vissuto. Questa dinamica fra aspettativa di conferma di sé e dei propri criteri di lettura del mondo e novità dell'esperienza in arrivo, come vedremo, è un punto chiave della teoria e quindi del metodo che ne deriva.

Se questo è, a grandissime linee, il soggetto umano questo è ciò che porterà anche nella sua domanda di cura. Non potrebbe fare altrimenti. E se l'organizzazione relazionale che è per lui rilevante è costituita dagli umani attorno a lui – la sua coppia, la sua famiglia, il suo ambiente formativo e/o di lavoro, etc. – sono questi che comparteciperanno del suo divenire – e quindi lui del loro - ed è questa 'configurazione ulteriore' che si presenterà – in azione e in narrazione – sulla scena della cura. Come vedremo è quindi proprio a questo che dovremo dare *accoglienza* nella consultazione psicologica.

Le teorie e le tecniche sono quindi delle boe che ci diamo (come professionisti e come persone) per mettere un po' d'ordine nel caos, nella consapevolezza che il disordine ci vive e ci pervade, come suggerisce l'esergo del presente lavoro, e che non ne siamo magicamente fuori, ma bensì densamente, drammaticamente, dentro. Ogni soggetto psicoterapeuta dà quindi la sua interpretazione singolare del ruolo di artefice sociale che ricopre.

Interpretazione non solo e non tanto cognitiva, ma soggettuale a tutto tondo. È quindi un soggetto umano che nel tempo ha acquisito e, in una certa misura, integrato nella sua umanità saperi, strumenti, che gli danno un'esperienza di *ordine nel disordine* (Morin, 1983). Questo nostro contributo, in fondo, vuole porsi su questo piano. Questa densità è presente fin dal primo momento d'incontro ed è portata con sé in esso sia dal richiedente che dal curante e, come vedremo meglio, sia dal 'sistema richiedente cura' che dal 'sistema clinico' giacché anche il curante non è da solo nel mondo della cura ma fa parte di un sistema che ci pare utile tenere in considerazione nel nostro pensiero clinico.

Alcuni modelli di consultazione

Nella storia della clinica psicologica sono apparsi nell'ultimo mezzo secolo diversi modelli di consultazione, a partire da alcune esperienze inglesi – dalla Tavistock Clinic al Brent Center - e poi anche italiane – da Tommaso Senise ad Arnaldo Novelletto – e nordamericane – Finn – ma vogliamo qui ricordarne brevemente alcune che sentiamo più significative per noi.³

Un modello di consultazione in infanzia: la 'consultazione partecipata' di Dina Vallino

Uno degli approcci più interessanti e più spesso utilizzati con i bambini è quello della consultazione partecipata. La consultazione partecipata è il termine introdotto da Dina Vallino per parlare di un percorso di consultazione psicanalitica rivolto a genitori e figli.

È un processo che non esclude la psicoanalisi individuale del bambino, ma la amplia, perché coinvolge i genitori nella responsabilità della cura dei figli prima di qualsiasi ulteriore percorso clinico.

Nelle sedute partecipate si possono evidenziare due elementi costitutivi: non solo la proposta rivolta ai genitori a coinvolgersi, nell'osservazione come nel gioco condiviso in seduta con il bambino, ma anche l'invito al bambino a dare espressione ai suoi contenuti emozionali e ai suoi pensieri (Sala 2019), ovvero ad aprire la comunicazione attraverso il disegno, il gioco e la narrazione di piccole storie.

Nelle sedute che prevedono invece la presenza dei soli genitori, l'atten-

³ Si rimanda al volume 'La consultazione psicologica con l'adolescente' (Vanni, 2015) ma anche a 'Un breve viaggio nella propria mente' (a cura di Adamo, 2000) per una disamina storica più approfondita del tema.

zione è posta sulla condivisione di quanto è emerso durante le sedute partecipate, con particolare attenzione ai vissuti, del bambino e propri, dando loro l'opportunità di chiarire il significato, e anche di poter trovare da sé, risposte concernenti i vissuti, i pensieri e gli stati d'animo del loro piccolo (Vallino, 2009).

L'obiettivo principale è dare sostegno al bambino affinché egli pervenga, tramite gli strumenti del simbolo e della metafora, ad una rivelazione di sé, ed è questo che favorisce il recupero delle competenze genitoriali e che nel contempo arricchisce la rivelazione di sé del bambino.

Il terapeuta osserva e gioca insieme al bambino e ai genitori, si lascia permeare dall'atmosfera emotiva della seduta, esercitando quanto possibile la sua 'capacità negativa'.⁴

La via proposta è quella di far emergere ed iniziare a dipanare l'intricata matassa formata dal sintomo del bambino, dal 'frintendimento' della comunicazione e dalla confusione tra disagio del bambino e disagio dei genitori.

Uno degli scopi della consultazione partecipata, è cogliere il frintendimento dei genitori rispetto al figlio, sia per quanto riguarda la comunicazione, il sentimento, i vissuti, sia in relazione all'origine del sintomo del bambino, che può collocarsi nella relazione con i suoi bisogni (Vallino, 2009).

Il modello 'Minotauro'

A partire dagli anni '80-'90 del secolo scorso il gruppo milanese del 'Minotauro' ha sviluppato un pensiero originale sulla clinica dell'adolescenza che, pur facendo riferimento al lascito teorico di Franco Fornari, contiene elementi assai specifici sia sul piano teorico che clinico (Charmet, 2000). Il modello di consultazione prevedeva uno spazio distinto per il figlio e per ciascuna figura genitoriale ed un luogo di condivisione formato dai diversi clinici che vedevano i soggetti componenti la famiglia. L'idea di fondo può essere rintracciata nel dare voce al ruolo (materno, paterno, fraterno, etc.) e di effettuarne un lavoro di sintesi come gruppo di clinici ove ognuno riporta le 'voci' che ha incontrato. Il modello si connota in particolare come intervento sulla crisi adolescenziale in quanto momento di comunicazione sintomatica intrafamiliare, da trattare anche con una certa tempestività ed intensità nonché da concludere spesso con una restituzione 'drammatizzata' in forma corale fra i due gruppi – familiare e clinico.

Il modello, che naturalmente ha trovato declinazioni in parte specifiche in relazione ad alcuni temi chiave – tentativi di suicidio, disturbi alimentari, antisocialità – si configura tutt'oggi come fortemente orientato al coinvol-

⁴ Neri, C. (2017). La consultazione partecipata. In F. Borgogno, G. Maggioni (a cura di), Una mente a più voci. Sulla vita e sull'opera di Dina Vallino. Mimesis Edizioni, Milano.

gimento delle figure familiari nella significazione della crisi stessa e può prevedere l'uso di strumenti testistici a fini euristici più che diagnostici. (Si veda per approfondimenti Lancini, 2007).

Questa proposta clinica – ed i suoi sviluppi nella cosiddetta ‘psicoterapia evolutiva’ (Lancini *et al.*, 2020) - ha costituito a suo tempo una discontinuità importante nel trattamento degli adolescenti e dei giovani adulti ed è oggi presente anche in riferimento ad età e tematiche diverse, compresa l'infanzia e l'età adulta.

L'Open Dialogue

Il gruppo finlandese che fa capo a Jaakko Seikkula ha sviluppato negli ultimi decenni del secolo scorso un modello d'intervento sulla crisi, in particolare con persone adulte con emergenze di tipo psicotico o della condotta, che si è poi allargato ad una popolazione clinica più ampia e si è diffuso in tutto il mondo anche grazie ad un parallelo e attento lavoro di ricerca sugli interventi stessi che ne mostravano l'efficacia.

Il retroterra teorico è prevalentemente sistemico ma sono presenti influenze dell'*Infant Research* e di filosofi di scuola sovietica (Seikkula, 2021). L'intervento, che solo con parole nostre potremmo definire di consultazione, è svolto solitamente a domicilio del paziente e coinvolge fin da subito l'intero contesto familiare e allargato, è caratterizzato da alta intensità e tempistiche prolungate e solo raramente prevede l'uso di farmaci o di ricoveri in luoghi dedicati. Il dispositivo di ascolto è fortemente rispettoso degli attori presenti e il tentativo di dare voce e di portare in dialogo aperto le istanze silenziose si configura come un avvio di quanto poi ispirerà anche i trattamenti successivi che coinvolgeranno gli stessi protagonisti familiari. L'équipe clinica della consultazione è sempre sovraindividuale con una precisa definizione dei ruoli interni che è di tipo squisitamente psicoterapeutico e mirato alla produzione di esperienze di tipo trasformativo e orientativo basate sull'ascolto e sul dialogo aperto.

Alcuni aspetti paiono comuni ai tre modelli: una attenzione alla consultazione psicologica come snodo fondamentale della clinica psicologica, una visione attenta al singolo soggetto e al sistema nel quale vive e che viene reso partecipe del processo clinico fin dal suo avvio, la presenza di aspetti di specificità tecnica all'interno di una prospettiva più generale che valorizza la relazionalità dei soggetti facenti parte dei due sistemi, clinico e richiedente cura.

Nella nostra proposta di consultazione sarà agevole rintracciare questi ed altri spunti presenti nei modelli qui sommariamente introdotti. Vediamo come li sviluppiamo sul piano clinico a partire da una differente prospettiva teorica come quella precedentemente sintetizzata e che preciseremo ulteriormente nelle pagine a seguire.

Allestire l'incontro

Quando lo psicoterapeuta incontra una domanda di cura, dicevamo, il pensiero teorico e gli strumenti tecnici che possiede sono immersi in una sua umanità e socialità più ampia.

L'incontro con persone che portano una domanda di cura non è quindi, se non in parte, un incontro di parole e di pensieri. Prima di tutto lo pensiamo come *un incontro di soggetti che avviene in un contesto sociale*.

Come possiamo quindi pensare di organizzare, di predisporre, questo incontro? E di predisporci ad esso...

L'allestimento del primo incontro è, di solito, a cura dello psicologo/psicoterapeuta e dell'organizzazione di cui fa parte, all'interno di norme giuridiche e di prospettive culturali che ne delimitano, come detto, le opzioni ma che lasciano sempre spazio ad una sua – del clinico – e loro – dell'organizzazione – interpretazione.

D'altra parte chi presenta una domanda di cura lo fa ad un interlocutore, persona e/o organizzazione, della quale ha previamente una rappresentazione affettiva, delle aspettative, pur insature.

Non asseconderemmo quindi una visione 'industriale', manualistica, della cura ma una sua rappresentazione come 'pratica scientifica artigianale' (Lingiardi, 2018), dove le singolarità non sono ostacoli ma dove certamente la serialità e la ripetitività sono molto contenute non solo in omaggio al rispetto delle singolarità dei protagonisti ma anche all'esigenza di favorire la complessificazione della domanda di cura in quanto espressiva della complessità dei soggetti presenti, come vedremo meglio.

Per il momento ci limiteremo, per comodità espositiva, a considerare che vi è chi fa una domanda di cura e chi risponde ad essa, anche se esistono forme di consultazione ove questa configurazione dei ruoli è inversa ed esistono contesti di cura ove non è il sistema clinico che allestisce il palcoscenico dell'incontro ma il paziente o altri attori.⁵ Conviene però partire, per facilitare la comprensione, dalla forma più comune, ritenendo che il modello generale di pensiero che proponiamo non cambi anche nelle altre forme possibili.

Se quindi chi porta una domanda di cura lo fa non solo con le parole ma portando sé stesso e chi accoglie questa domanda fa altrettanto è da qui che dobbiamo partire per domandarci come considerare, e prima ancora come allestire, come attrezzare sia concretamente che simbolicamente questo incontro.

⁵ Nel volume 'La consultazione psicologica con l'adolescente' (Vanni, 2015) vi sono alcuni approfondimenti esemplificativi di queste tipologie nel mondo adolescenziale: dalla consultazione domiciliare a quella in Pronto Soccorso.

Se fossimo interessati solo alle parole, ribadiamo, allestiremmo delle buone *call* telefoniche, ma ci mancherebbe il meglio dell'incontro con l'altro: i corpi e l'azione reciproca di essi nello spazio che s'intreccia con le parole e i caratteri paraverbali che le accompagnano e le qualificano. Chi lavora con i bambini lo sa particolarmente bene ma è opportuno che anche chi si occupa di chi è più grande non pensi di disfarsene.

Immaginiamo quindi che, per la possibilità che lo psicoterapeuta ha di configurare lo spazio e il tempo dell'incontro, egli possa farlo per favorire il *matching* di soggetti umani concreti, fra i quali lui stesso e/o altri che rappresentino la parte dei curanti.

Troviamo utile, dicevamo, distinguere *ab initio* fra due sistemi, due 'configurazioni relazionali' che s'incontrano: quella clinica e quella che pone una domanda di cura. La consultazione prende avvio a partire da questi due artefici che possono essere costituiti ognuno da più persone oppure, naturalmente, da una sola per ciascun sistema.

Può essere cioè che la telefonata, la mail, il bussare alla porta, trovino qualcuno che risponde che non è lo psicoterapeuta - che farà il secondo o il terzo step, l'incontro clinico in senso stretto - ma che sia una segretaria, un infermiere, una collega...oppure può essere lo psicoterapeuta stesso. È importante però che affermiamo che la consultazione inizia lì, da questo primo contatto, e che esso è già una prima risposta, una prima forma di significazione, un primo rimbalzo che la domanda di cura compie al momento della sua formulazione. Si tratta dell' 'accoglienza', e non è cosa da poco fra umani. Non la si può dare per scontata, soprattutto quando si porta sé stessi pervasi di fragilità ad un incontro con uno sconosciuto che ci riceve in luoghi per lui familiari. Luoghi e persone che per i pazienti sono invece estranei.

A seconda delle organizzazioni, dei tempi, delle quantità di domanda, etc. questa prima interlocuzione può assumere varie forme. Ne vedremo alcune più avanti, ma è da lì che parte la consultazione, dal primo incontro dei due sistemi.

Di solito la domanda di cura non viene posta in presenza, perlopiù avviene con mezzi telefonici o comunque dispositivi che consentono una distanza e una dialettica duale. Fa parte dei vincoli attuali della tecnologia, e non solo. Chi chiama però non è detto lo faccia per sé, o solo per sé. Spesso lo fa 'a nome di', o 'con'. Considereremmo quindi riduttivo approfondire troppo quel momento duale a distanza in quanto esso potrebbe dualizzare artificialmente una molteplicità possibile e potenzialmente ricca. Con i bambini e gli adolescenti questa è praticamente la norma ma potrebbe esserlo anche più avanti nelle età della traiettoria evolutiva se diamo spazio noi per primi a questa possibilità.

Il nostro auspicio e accorgimento è quindi quello di invitare prima possibile a portare la propria domanda di cura in presenza insieme a chi sente

di essere coinvolto in essa. 'Venga chi vuole' è l'espressione sintetica che potrebbe essere espressa a conclusione della telefonata.⁶

Questa mossa può apparire azzardata e soprattutto portatrice d'incertezze. Chi verrà lunedì alle 16? Maria? Lei e suo figlio? O verrà con suo marito? E la nonna che sta in casa con il piccolo durante il giorno?

Crediamo che mettersi a questionare al telefono su chi sia rilevante che venga sia operazione da evitare per l'inattendibilità degli esiti, dovuta banalmente alla non conoscenza che il clinico ha del suo interlocutore, e quindi tanto vale prendere sul serio il fatto che fino a quel momento, e anche dopo in realtà, chi ci interpella sa meglio di noi che questione portare e chi può interpretarla al meglio. Fare diversamente, scegliere noi, determinerebbe un'aleatorietà arbitraria da parte del rispondente, per quanto sperato e attento esso sia.

Si fa in tempo poi pian piano a dividere i presenti alla seduta e a richiedere altre presenze. Accogliere è avviare un processo che può partire in molti modi, importante è che si avii in forme le più utili fra le possibili.

Perché la consultazione non è una fotografia, ma un film, che abbiamo indicato or ora quando inizia e diremo quando finisce, ma che prevede un incontro, o una serie di incontri, in un luogo e con dei tempi da negoziare fra i due sistemi.

Gli attori possono essere diversi nei diversi colloqui o all'interno dello stesso. Possiamo chiedere a due genitori di un bambino di uscire un momento per parlare con lui, o al papà che è arrivato in ritardo di entrare in scena, oppure di attendere un attimo in sala d'attesa. Ma lo si farà man mano che emergeranno ragioni per farlo dalla contingenza delle relazioni che avverranno.

Lo psicoterapeuta/il sistema clinico dovranno però avere un'avvertenza previa oltre all'allestimento del luogo e alla proposta dello spazio-tempo dell'incontro: decidere se lo psicologo sarà da solo ad accogliere gli ospiti o in compagnia, e poi, come vedremo, proporrà chi invitare del sistema clinico nel corso del tempo al dialogo e con chi, e per fare cosa.⁷ Questa opzione di partenza va naturalmente comunicata prima a chi telefona e fa parte, una parte non secondaria, dell'allestimento dell'incontro di cui dicevamo.

⁶ Questa prospettiva clinica è naturalmente integrabile, ed è possibile farlo in molti modi, con le norme giuridiche vigenti che sono, come sempre, espressive di una cultura nella quale clinico e paziente convivono.

⁷ In assenza di informazioni su chi sarà presente al primo incontro e per ragioni legate anche all'esigenza di prevedere una figura competente come regista della consultazione e che quindi ne tenga le fila nel suo dipanarsi, alcuni di noi preferiscono proporre che il primo incontro veda la presenza di un solo clinico che può attingere ad altre opzioni al bisogno, ma naturalmente sono possibili anche altre scelte che, peraltro, attengono anche a preferenze e idiosincrasie soggettuali dei clinici stessi.

A che serve la consultazione?

Ma a questo punto dobbiamo porci una domanda importante. Che obiettivi ha la consultazione alla luce del pensiero teorico da cui siamo partiti?

La consultazione ha due obiettivi: co-costruire una forma di cura utile per chi la richiede e possibile per entrambi i sistemi – obiettivo ‘orientativo’ - e costituire un assaggio di esperienza di cura possibile – obiettivo ‘esperienziale o trasformativo’.

A volte gli assaggi possono saziare, il più delle volte mettono più appetito. È così anche per la consultazione. È più raro, ma accade, che qualche incontro esaurisca le esigenze di cura e ci sono situazioni ove - vuoi per la significatività degli incontri in relazione alla qualità dei bisogni, vuoi per la difficoltà a darsi modo di procedere insieme – non vi è un seguito, o magari non con quel professionista o con quel sistema clinico, o in quel momento.

Nella maggior parte dei casi però le esigenze di cura permangono intrecciate con quelle che i curanti possono sostenere e ciò dà luogo ad un percorso che si sviluppa nel tempo.

È nostra convinzione che lo scopo orientativo della consultazione si concretizzi nell’individuare congiuntamente fra i due sistemi la forma migliore possibile per proseguire il processo di cura.⁸ Qui termina la consultazione e si avvia, con gli stessi o con altri attori, il percorso terapeutico successivo.

Abbiamo usato spesso il prefisso ‘co’ o ‘con’ – già, e non per caso, presente nella parola ‘consultazione’ e crediamo sia utile dire qualche parola sull’importanza di questo prefisso.

Se abbiamo rispetto e considerazione per il soggetto, appare evidente che non lo si possa trattare come un oggetto, ovvero come qualcosa che viene conosciuto e ‘sul’ quale si decide di pronunciarsi in termini diagnostici – ne riparleremo fra poco – e di indicazioni terapeutiche. Il clinico non conosce il paziente⁹ o la configurazione di persone che si presentano da lui e non li conoscerà fino in fondo nemmeno alla fine del più lungo e accurato percorso psicoterapeutico. Ne avrà una rappresentazione che si arricchirà e si complessificherà nel tempo, ma ciò non potrà giustificare decisioni ‘su’ di lui o ‘su’ di loro.

Questo significa forse che egli debba astenersi dal proporre, oppure sottrarsi a proposte che vengono dal sistema del paziente? Niente affatto. Sarebbe irrispettoso sia del clinico e del suo sistema che dei saperi che in

⁸ Vedremo meglio in un successivo paragrafo all’interno di quale idea più generale di cura si colloca la nostra proposta.

⁹ Michele Minolli (comunicazione personale) diceva ai pazienti, o talvolta formulava dentro di sé, nei primi incontri una frase che vogliamo qui ricordare: ‘Ho letto molti libri e ho tanta esperienza ma di te non so nulla’. Una postura doverosamente rispettosa nell’incontro con l’altro.

esso risiedono, che del paziente stesso. Ed ecco il senso del co-costruire. Processo negoziale che mette in campo rispettosamente le opzioni e le idiosincrasie delle quali i due sistemi sono portatori come sistemi viventi.

Le forme attraverso le quali i soggetti si pongono nella relazione di consultazione costituiscono il loro modo di essere insieme e ci permette di osservare ed esperire come esse si configurano nel rapporto fra i due sistemi in quello specifico spazio e tempo. Nel divenire dell'interazione di consultazione tutti i partecipanti faranno esperienza di una relazione in parte nuova dove porteranno, inevitabilmente e opportunamente, la loro esperienza di una vita, breve o lunga che sia, e così sarà anche per noi clinici naturalmente.

Ha una certa diffusione la convinzione che i primi incontri clinici servano a valutare l'altro, ovvero vi è un modo di pensare alla consultazione, che assume in questo caso nomi diversi – *assessment*, valutazione, etc. – riducendola alla sua focalizzazione sull'oggetto, il paziente – individuo o famiglia che sia.

Non ci sfugge il valore di questo approccio che consiste nel dare attenzione a chi ci porta la domanda di cura, ma riteniamo che esso vada integrato con altri tre aspetti: la pluralità di soggetti talvolta costituenti il sistema che pone una domanda di cura – una famiglia per esempio –, la parte di significazione che effettua il sistema clinico e la specificità e singolarità dell'incontro di quei due sistemi *in quel contesto*. Aggiungiamo qualche parola su questi ultimi aspetti. Nei paragrafi successivi diremo qualcosa sul primo.

Non dobbiamo sottovalutare che il primo incontro lo è anche per noi e quindi i riferimenti che abbiamo costruito nel tempo della nostra vita personale e professionale sono messi ogni volta alla prova dalla singolarità di chi incontriamo e naturalmente questo non può essere scotomizzato ma, anzi, oggetto di specifica attenzione perché è il punto di partenza della nostra esperienza dell'altro, di *quell'*altro, che si evolverà poi nel tempo.

Il nostro/i nostri interlocutore/i si porrà/nno inoltre verso di noi all'interno del significato che darà/nno a quella domanda di cura, e quindi a quel sistema verso cui si rivolgono. È vero quindi che anche in ciò esprimeranno il loro modo di essere ma dovremo fare attenzione a collocare questa informazione all'interno di quella specifica relazione, non trattando quindi il contesto di cura come un luogo osservativo neutro perché la neutralità semplicemente non è data. Se quella persona o quella famiglia venisse incontrata in un contesto di ricerca o in un ospedale o in una casa mostrerebbe aspetti in parte differenti in relazione a come significa quell'incontro.

Da un'altra prospettiva, e con un linguaggio più classico, possiamo sottolineare gli aspetti relazionali dell'incontro, e quindi il ruolo centrale della dinamica transfert/contro transfert, concepita come una trama profonda del processo tra il sistema di cura e il sistema del paziente con tutti gli intrecci duali e sovraduali spesso presenti, come detto, dinamica presente fin da subito anche nella trama degli incontri consultivi.

Soggetti e sistemi che s'incontrano

Dobbiamo fare qui un'ulteriore esplicitazione teorica aggiungendo qualcosa a quanto già accennato: la domanda di cura, pensiamo, è una 'domanda di conferma' che contiene, implicitamente, anche un'aspettativa di disconferma'. Proviamo a spiegare meglio. La nostra postura nel mondo è sempre il portato di come siamo giunti fin lì applicato in ogni momento ad un'esperienza che in qualche misura sarà sempre nuova e vecchia. Per definizione essa sarà quindi sempre occasione di conferma e di smentita di ciò che siamo perché siamo costituiti proprio dall'autodefinizione di ciò che abbiamo imparato ad essere. La nostra identità. Se un soggetto sente di star bene non formulerà una domanda di aiuto psicologico, ma anche nelle altre sue relazioni presenti in quello o in altri momenti della sua vita, egli tenderà a leggere la sua esperienza presente alla luce di ciò che ha imparato dalla sua storia e se sentirà che questo 'funziona', se non percepirà discrepanze incolmabili, quelle che esperirà – e ce ne saranno sempre in realtà dicevamo – saranno sollecitazioni delle quali saprà tener conto per allargare la sua complessità esperienziale e la sua identità stessa quindi. L'incontro con disconferme piccole o grandi costituirà una continua sollecitazione a rivedere la propria idea di sé e del mondo. Per quanto riguarda la prima parte di questo binomio ciò costituirà quello che uno degli autori ha chiamato altrove 'apprendimento di sé' (Vanni, 2023)

Se formulerà una domanda di cura egli sarà portatore di esperienze di discontinuità che non riesce ad integrare nella sua identità, ovvero nella sua 'definizione di sé'. Il sintomo è tipicamente questo.¹⁰

Quello che porterà sulla scena della cura è quindi questa ferita, questo fallimento, questa aspettativa di conferma/disconferma, che contiene però per noi elementi informativi molto utili.

Ovviamente ogni soggetto che si presentificherà sulla scena della cura, se e come glielo consentiremo, se e come lo favoriremo o lo ostacoleremo in questo, sarà portatore di questa prospettiva e ciò che avverrà nella consultazione è il trasferirla nell'incontro con il sistema clinico.

Se pensiamo ad un soggetto singolo, una persona, egli porterà, tenderà ad attuare sulla scena clinica il suo modo di essere e questo è esattamente l'oggetto della diagnosi psicologica, come vedremo fra poco.

Nel caso di bambini o adolescenti, per esempio, ci troviamo spesso di fronte a genitori che portano in consultazione il loro 'figlio rotto': un bambino o un adolescente da aggiustare, e in quel caso lo scopo della consulta-

¹⁰ Ci pare di poter dire che lo sia anche in ambito medico, e non vi è nulla di strano perché parliamo unitariamente di soggetto la cui parte biologica funziona in base a principi generali che valgono anche per la parte 'mentale', per usare questa distinzione dualistica ormai desueta.

zione diventa anche il 'significare' quell'esperienza di rottura all'interno del funzionamento familiare.

Il disagio del bambino o dell'adolescente può rappresentare il sintomo di un disagio che va ben oltre il soggetto stesso e può essere l'espressione dell'identificazione del figlio con aspetti inconsci, dolorosi, traumatizzati e mai elaborati dei genitori. In un certo senso, è come se i genitori ci chiedessero talvolta di essere curati attraverso i loro figli.

La trama di queste dinamiche mette in evidenza come vi siano differenze nei modi di stare entro una famiglia o una coppia che porta una domanda di cura e come quindi le strade terapeutiche che faranno da esito della consultazione possano essere molto varie. Queste trame hanno costituito fin lì un equilibrio che oggi viene portato nell'incontro di consultazione e che quindi riceverà da esso una sollecitazione. Questa è nostra responsabilità.

È però il caso di sottolineare come il terapeuta ed il sistema clinico tutto vengano investiti da questa qualità della domanda. Anche i professionisti che compongono il sistema clinico sono infatti dei soggetti che hanno una storia personale che, come abbiamo ricordato nella prima parte di questo scritto, si è poi arricchita ed integrata con i saperi e le esperienze formative ma che sopravvive e spinge a sua volta per trovare nella terapia come nella vita occasioni di conferma, anche con quel paziente, anche con quella famiglia, anche con quella coppia. Ecco che allora ciò che l'incontro con quei pazienti produrrà nel clinico e nel suo sistema diverrà molto interessante non già perché immesso in lui/lei dal paziente ma perché riflesso esperienziale personale di ciò che quel paziente/famiglia/coppia produce in lui/lei clinico. Diviene quindi molto ricco poter sostare su queste sollecitazioni vissute fin dalla consultazione perché già dalla consultazione la densità del mondo interno della configurazione relazionale che condivide con noi quello spaziotempo ci chiederanno complementarietà e dunque conferma/disconferma.

Essere presenti a questo sentire è moltissimo e ci aiuterà a stare nella forma di relazione possibile anche per noi e a mettere in campo opzioni terapeutiche utili.

La psicodiagnosi: una brutta parola?¹¹

Farsi un'idea di ciò che esperiamo è una delle forme che gli umani hanno per reperire ordine nel caos dell'incertezza. Lo fanno continuamente e lo fanno anche nella loro attività clinica quando sono dei professionisti della cura. La diagnosi psicologica non è che l'organizzazione di questa attitudine. Essa viene orientata da saperi, da teorie, e prodotta per mezzo di

¹¹ La frase allude ad una famosa espressione di Nancy Mc Williams (1994).

tecniche che a volte sono anche molto raffinate e specifiche. In molti casi esse sono finalizzate a collocare quello specifico soggetto all'interno di un range di popolazione per quanto riguarda alcuni parametri (per esempio l'apprendimento o l'ansia). Pur comprendendo l'utilità sociale di questa forma di diagnosi essa non è da collocarsi al centro dell'idea di consultazione che proponiamo giacché ciò che c'interessa è accompagnare il soggetto ad un contatto con il suo specifico modo di essere in quel momento e dunque c'interessa la singolarità e non già la relazione di essa con la popolazione generale. Questa singolarità però richiede anch'essa un pensiero poiché è anche in base al pensiero – un pensiero che si nutre ed integra emozioni e azioni – che ci costruiremo di quel soggetto che potremo confrontarlo con sé. Gli strumenti 'diagnostici' che c'interesseranno maggiormente, o se volete l'uso che faremo preferenzialmente degli strumenti diagnostici – in senso ampio, dal colloquio ai test, all'uso di materiali di gioco, etc. – sarà quindi orientato dalla loro funzione 'euristica', ovvero dalla capacità che avranno di facilitare un'espressione di sé e un avvicinamento a sé¹² da parte nostra e del soggetto che avremo in stanza con noi.

La diagnosi, quindi, è la progressiva messa a fuoco del modo di essere di un soggetto all'interno di una relazione di cura e a premessa e oggetto della futura relazione di cura stessa. Questo 'modo di essere', nelle sue forme più stabili nel tempo, viene espresso dagli psicologi con la parola 'personalità' e dunque gli stili di personalità sono da intendersi come macrocategorie che contengono le forme specifiche di quel soggetto singolare nel divenire dell'esperienza relazionale.

Configurazioni soggettuali più o meno stabili

Se allarghiamo adesso il campo al mondo familiare o comunque prossimale del nostro soggetto in cura (la relazione di coppia o quella con la propria amica del cuore o con la propria madre per esempio) vedremo che in queste relazioni si attua una complementarità delle configurazioni soggettuali. L'altro, ipotizziamo, è sufficientemente confermante il nostro modo di essere. Non potrà mai esserlo del tutto, non sarebbe una relazione fra viventi, ma se lo fosse troppo poco ci sentiremmo molto più minacciati che confermati, o forse semplicemente indifferenti, e difficilmente, crediamo, manterremmo in essere quella relazione. Chi cresce all'interno di relazioni soggettualmente importanti (i bambini, gli adolescenti...) farà una continua operazione di apprendimento per collocare attivamente ciò che man mano

¹² Come abbiamo accennato poc'anzi la consultazione psicologica ha anche un obiettivo esperienziale e dunque, pur in forma contenuta e di assaggio, trasformativa.

diviene all'interno di quel contesto familiare e poi scolastico, amicale, etc

Ciò che quindi una famiglia ci porterà sulla scena della cura sarà proprio questo equilibrio di forme dei diversi modi di essere ove ognuno porterà la sua esperienza nello starci, e ciò che ogni soggetto tenderà a fare è attuare una propria cultura affettiva che, se sono da noi, presenta qualche discontinuità che sente non facilmente integrabile.

Diviene quindi importante e utile dare al soggetto/ai soggetti richiedente/i cura un'opportunità ulteriore fra quelle che la vita gli ha proposto per entrare in contatto e ricollocare la propria esperienza ricomponendo le fratture, riconnettendo le discontinuità, riunendo le alterità interne in una forma differente da quanto storicamente acquisito.

Qui dobbiamo aggiungere un altro tassello teorico che riguarda ancora una volta la teoria del soggetto e, in una certa misura, l'etica della cura. La nostra funzione di terapeuti non consiste nel ripristinare un funzionamento più vicino alla norma (statistica o sociale) né nel facilitare un adeguamento alla domanda del contesto (sociale, scolastico, familiare) ma per fornire un'opportunità di migliore presenza a sé del soggetto/dei soggetti in cura. Potremmo dire che qualsiasi configurazione di personalità, qualsiasi forma il soggetto abbia realizzato per stare nel mondo merita rispetto perché è la sua, è ciò che di meglio è riuscito a fare, e se è lì da noi possiamo, se vuole, aiutarlo a confrontarsi con uno sguardo altro che lo metta meglio in contatto con ciò che esperisce nella sua vita che, in questo momento, costituisce una discontinuità che egli non riesce a gestire, a digerire, ad integrare. È questa discontinuità - ciò che leggiamo dell'esperienza che viviamo - che oggi in parte sembra non funzionare e non riusciamo a far evolvere perché ancorati alla nostra identità storica, che ci fa problema e ci porta in consultazione. Ed è la consultazione l'avvio, l'assaggio, l'indirizzarsi verso questa migliore qualità della presenza a sé stessi che potrà essere perseguita poi dopo nella terapia e nella vita.

Va da sé che questa visione non normativa valga anche per le configurazioni familiari, di coppia, etc giacché altrimenti porteremmo nella cura un'ortopedia sociale e non già un'istanza di libertà.

L'oggi diventa quindi un'opportunità nuova e unica e noi siamo, come sistema clinico, parte di questa opportunità con la funzione di osservatore/restitutore di ciò che il soggetto o la configurazione sovrasoggettuale mettono in campo con noi come rappresentativo di ciò che è/sono nel suo/loro mondo.

Come è ben comprensibile, crediamo, da quanto fin qui raccontato, ciò che i soggetti, singoli o all'interno di una configurazione relazionale, portano sulla scena della consultazione psicologica è quantomai imprevedibile prima dell'incontro e si articolerà ulteriormente nel procedere degli incontri, ma ci fornirà, e fornirà loro, man mano materiale per cogliere e proporre esperienze e pensieri sul modo di essere dei soggetti che sono lì con noi e sulle complementarietà e discontinuità fra gli stessi.

Ciò che avviene se ci poniamo in questa forma di ascolto è che ognuno degli attori in campo si disporrà verso la cura che man mano sta assaggiando. Terapeuti compresi.

Un altro principio al quale ci ispiriamo, e che proponiamo, è che nessuno va escluso fra chi chiede cura, si tratta di vedere insieme in che forme dare risposta ad essa, non di scegliere chi ha bisogno e chi no. Ancora una volta sarebbe presuntuoso e irrispettoso.

L'esito della consultazione è proprio questo. È individuare congiuntamente le forme che sono possibili e utili per i diversi soggetti presenti sulla scena per avviare il loro percorso di presenza a sé. Compreso il sistema clinico che non è onnipotentemente dotato di ogni skill, ma che può disporre di alcune opportunità o orientare verso altre presenti nel sistema più ampio di cui fa parte. La consapevolezza di essere parte di un sistema di welfare che è parte di un sistema sociale e di una cultura ci orienterà a costruire in anticipo e a mantenere relazioni di collaborazione anche al di fuori del sistema clinico in senso stretto di cui facciamo parte e che, ai fini della specifica situazione – quel paziente, quella famiglia – coordiniamo.

Tornando alla diagnosi psicologica quello che proponiamo di pensare è che le focalizzazioni diagnostiche settoriali e specifiche – quelle psicologiche relative a funzioni come apprendimento o ansia, ma anche quelle mediche relative ad aspetti della corporeità come malattie o disabilità – vadano collocate all'interno di una rappresentazione del 'soggetto relazionale' che costituisce quindi il focus centrale della consultazione e che, in molti casi, si presentifica nella consultazione psicologica stessa unitamente ad altri soggetti reciprocamente significativi che portano e propongono nel qui ed ora dell'incontro con quel sistema clinico le loro forme dell'esistere fornendoci quindi un materiale tanto ricco e prezioso per comprendere, quanto delicato da trattare.

Criteri per la proposta di assetto terapeutico: l'agibilità

Ma quali criteri ulteriori possiamo utilizzare per pensare agli assetti di cura successivi da proporre ai nostri pazienti? La domanda è importante e densa. È una domanda che ci guida, spesso in forme implicite, nel nostro proporre e che invece merita una maggiore esplicitazione che proviamo qui ad avviare. Il lavoro con i bambini e gli adolescenti e con le loro famiglie, forse più di altri, ci aiuta a considerare una variabile come centrale, ovvero si tratta dell'agibilità'. Potremmo dire, ad un estremo, che un soggetto sia portatore di una agibilità ad occuparsi proficuamente di sé o all'altro estremo, che invece questa possibilità sia pressoché assente o irrintracciabile in quel momento della sua vita e nel rapporto con noi. L'autonomia del soggetto è evidentemente una questione chiave: laddove l'altro è così rilevante nella vita quotidiana del paziente, come per esempio accade di solito nei

bambini versus i genitori, appare evidente che lo spazio di agibilità psicologica che il bambino può esercitare è ridotta e ciò consiglia una compartecipazione al processo terapeutico – in varie forme possibili – di quelle figure che sono così determinanti.

Naturalmente questa rilevanza riguarda anche la possibilità stessa di partecipare ad un processo terapeutico che, qualora ad esempio non condiviso dalle figure di riferimento, potrebbe risultare non fattibile o addirittura non presentabile nemmeno come domanda di cura – salvo esprimersi in forme sintomatiche naturalmente.

Questo criterio, evidente in infanzia e adolescenza, è in realtà presente anche successivamente se pensiamo alla agibilità nell'introduzione di un terzo con funzioni terapeutiche all'interno di una coppia o di una famiglia, in qualsiasi forma essa avvenga, e della rilevanza fantasmatica di costui nella dinamica relazionale. Non si tratta quindi di una dipendenza concreta ma psicologica che salda e stabilizza l'esistente rendendo il terzo minaccia anziché opportunità.

Nella consultazione quindi sarà necessario esplorare le possibilità di sviluppo del percorso terapeutico in una direzione piuttosto che in un'altra arrivando poi ad un esito che è quello possibile per il sistema clinico e per i suoi interlocutori e che potrebbe anche essere non coincidente con l'assetto auspicato dai clinici stessi ma possibile invece, al momento, per i pazienti o per alcuni di loro.

La consultazione con bambini e adolescenti: alcuni aspetti specifici

Dobbiamo specificare meglio alcuni aspetti del processo di consultazione con bambini e adolescenti, che prevede almeno un grande tema: il bambino presume un adulto che lo abbia messo al mondo (Badoni, 2013): il bambino ha bisogno della presenza dei genitori non solo per la sicurezza del vivere, ma come garanzia di crescita e sviluppo mentale.

Da questo concetto emerge un'ulteriore evidenza: stante l'incompiutezza¹³ del bambino il lavoro con lui presume che la mente del terapeuta ospiti una dimensione gruppale: non si tratta solo di fantasmi, ma di vere presenze, con un potente impatto sullo sviluppo mentale del bambino stesso.

Aspetto-chiave della consultazione con un bambino è quindi la considerazione della capacità da parte dei genitori di tollerare l'intervento stesso con il bambino, come poc'anzi accennato.

¹³ Il soggetto vivente è sempre incompiuto ma qui si fa riferimento ad una forma di legame bambino-caregiver che appare particolarmente radicale e che nella letteratura etologica viene denominata anche come 'neotenia' (Bolk, 1926).

Come si può entrare nella «casa familiare», noi altri adulti, senza intrudere, senza giudicare e d'altra parte senza essere considerati semplicemente ospiti?

L'imprescindibile ruolo dell'adulto, dei genitori, è fortemente sottolineato in tutta l'opera di Vallino, per esempio: «Non solo non possiamo negare che la famiglia e l'ambiente abbiano un'influenza sullo sviluppo sano e patologico del figlio, ma neanche possiamo idealizzare le trasformazioni che un bambino può fare con il solo aiuto del terapeuta» (Vallino, 2013).

Lo sviluppo mentale del bambino è quindi funzione della matrice relazionale: una delle conseguenze è che la posizione dei genitori e del contesto di vita del minore acquistano una particolare rilevanza all'interno del percorso della consultazione. Questo non comporta che l'unico intervento possibile siano sedute condivise genitori-bambino e tanto meno che non ci siano sedute individuali per il bambino: comporta che si configuri come imprescindibile un lavoro con e attraverso le figure significative del suo contesto di vita.

Quanto detto può in gran parte essere riportato anche nella consultazione con gli adolescenti naturalmente ma assume in infanzia una particolare radicalità.

Un breve esempio clinico: la famiglia A

Beppe e Carla sono i coniugi, entrambi operanti nel mondo della cura e dell'educazione, che presentano la loro richiesta – è Beppe che telefona al Consultorio di Progetto Sum – spiegando che sono genitori di due figli di tredici e quattordici anni (Dario e Franco) e di una bimba di sette anni, Giada, e che uno dei due maschi, Dario, non sta bene e crea problemi in casa.

La richiesta viene ricevuta dallo psicoterapeuta Hans che l'accoglie telefonicamente¹⁴ e presentata in équipe ove essa viene accolta da un altro psicoterapeuta, Italo, che chiama il papà e gli propone un appuntamento con chi quest'ultimo ritiene opportuno partecipi ad esso.

Beppe e Carla si presentano con il figlio Dario del quale lamentano le intemperanze domestiche consistenti nella scarsa disponibilità ad aiutare in casa, in un certo disordine della sua stanza, e nell'aver avuto all'inizio dell'anno scolastico difficoltà nella nuova scuola secondaria frequentata. I genitori raccontano di aver poi rapidamente effettuato il trasferimento ad un'altra scuola, quella frequentata dal fratello maggiore, dove le cose stanno andando bene.

¹⁴ Nel successivo capitolo 14 verrà meglio illustrato il processo di consultazione in Progetto Sum anche nei suoi aspetti clinico-organizzativi.

La domanda appare subito particolare al clinico Italo sia perché il problema scolastico appare risolto, sia perché le criticità casalinghe appaiono davvero fisiologiche in adolescenza soprattutto agli occhi di due genitori ‘addetti ai lavori’ che appaiono inoltre attenti e capaci sul piano educativo. Italo si prende uno spazio di dialogo con Dario che non fa emergere criticità particolari se non la testimonianza di un periodo di conflitto fra i genitori del quale Dario stesso appare dispiaciuto. Nella parte finale del primo colloquio, al rientro dei genitori in stanza e a fronte di una posizione in qualche modo interrogativa e aperta del clinico, il papà Beppe racconta che vi è stata nella sua vita personale, circa un anno fa, una fase di crisi legata a sue tematiche pregresse, che egli ha affrontato con una psicoterapia individuale, oggi conclusa, e con farmaci e che questo ha prodotto alcuni disagi familiari. Il terapeuta propone uno scenario aperto per il successivo colloquio che prevede l’opportunità di includere anche gli altri due figli nella consultazione ma anche di pensare ad uno spazio singolo per i due coniugi. Si opta per un prossimo incontro di tutta la famiglia ove emerge sia il permanere di una difficoltà fra i coniugi nella gestione dei figli e nel loro sostenersi nelle loro vicissitudini di vita – Beppe in ordine alla sua crisi, Carla nella gestione quotidiana di una vita familiare complessa.

Le criticità relative a Dario vengono condivise anche in parte dal fratello Franco e viene riferito che Giada ha iniziato con qualche difficoltà la primaria e che le maestre hanno segnalato ai genitori l’opportunità di una valutazione specialistica sugli apprendimenti e l’attenzione.

Nei colloqui individuali con Beppe e Carla emerge una difficoltà e un disagio che riguarda, da tempo ma con un acutizzarsi dal momento della crisi di Beppe, la relazione di coppia sia sul versante relazionale che della funzione educativa e, per Beppe, una sensazione di non essersi sentito capito e appoggiato, per Carla di essere stata ‘tradita’ dalla crisi del marito che è risultata per lei un fulmine a ciel sereno, una perdita di un riferimento stabile.

Dopo questo processo, e al ripresentarsi dei coniugi congiuntamente in seduta, l’esigenza di approfondire questo aspetto duale è emersa con chiarezza in parallelo all’allontanarsi delle criticità filiali.

Italo porta nuovamente in équipe la situazione con l’ipotesi di un percorso di psicoterapia di coppia che viene accolto da una collega, Laura, viene proposto ai coniugi A con loro gradimento e ad oggi è un percorso in atto da alcuni mesi.

Giada attende un appuntamento dal servizio di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza dell’ASL locale.

La situazione proposta, nella sinteticità espositiva necessaria e nel rispetto della privacy da tutelare, mostra però con chiarezza diversi aspetti: la domanda di cura viene fatta portando un problema di un figlio e la consultazione conduce ad un esito che riguarda la coppia genitoriale. Il processo, durato in tutto un paio di mesi con sette incontri in totale, ha con-

sentito di attivare la presenza partecipata di tutti i componenti che si sono mossi significando ciascuno le azioni proprie e degli altri e quindi la cornice consultiva ha consentito di tenere dentro tutti in un processo comune ma con forme specifiche negoziate per ognuno. Il terapeuta ha progressivamente messo a fuoco sia le forme di funzionamento psicologico di ognuno – a diversi livelli di comprensione e approfondimento necessario – sia le complementarità/discontinuità reciproche favorendo l'emergere di una direzione della cura che partisse da ciò che era più rilevante e fattibile per loro: il tema coniugale che non era stato possibile portare in prima istanza. Per Italo l'équipe ha costituito sia il luogo dove ha ascoltato la presentazione della domanda di cura che il luogo dove ha potuto portare l'evolversi del processo che, infine, il luogo dove è stata condivisa la proposta di esito della consultazione nonché il suo sbocco operativo con un'altra terapeuta, Laura, appartenente allo stesso sistema clinico, cosa che ha favorito la compliance dei due coniugi che si sono sentiti accolti e seguiti, certo, da uno psicoterapeuta – e prima ascoltati telefonicamente da un altro – ma che poi hanno sentito che potevano affidarsi ad un terzo che faceva parte del sistema clinico con il quale oramai avevano preso confidenza e fiducia e che rispondeva alle loro, adesso più chiare, esigenze di cura come coppia.

Si potrebbe aggiungere, per completezza ma anche per evidenziarne l'importanza, che questa situazione è stata portata da Italo, in fase intermedia della consultazione, all'interno di un gruppo d'intervisione fra psicoterapeuti che si occupano di bambini, adolescenti e famiglie con indubbia utilità per la messa a fuoco delle forme della presenza di Italo verso sé stesso e nel suo operare clinico.

Il processo consultivo e la consultazione come postura permanente

Siamo adesso in grado di comprendere meglio il processo consultivo che segue l'incontro telefonico e l'avvio di quello in presenza perché il posizionamento reciproco degli attori in campo, appartenenti ai due sistemi, li indurrà ad azioni che, per quanto riguarda il sistema clinico, saranno ispirate alle esigenze che abbiamo descritto, che sono di esplorazione di esperienze che favoriscano forme di accostamento, di contatto con sé.

Se quindi la posizione che suggeriamo *ab initio* è una posizione di accoglimento aperto a chi e come vuole essere presente sulla scena della cura psicologica, nel procedere degli incontri, ma anche già nel corso del primo di essi, il clinico e il suo sistema possono proporre e indicare azioni di vario genere divenendo quindi più attivi, per così dire, sulla base di ciò che man mano comprenderanno-sentiranno che sta accadendo.

La consultazione si configura quindi come uno spazio tempo di natura esplorativa che introduce assetti relazionali del tutto provvisori – uno spazio

di ascolto per un adolescente, un incontro con la coppia dei genitori e/o con ciascuno di essi, magari anche con la coordinatrice della classe scolastica – che forniscono, a noi e alle persone in cura, esperienze relazionali e sguardi restitutivi all'interno di quell'assetto ma che costituiscono altresì assaggi di possibili configurazioni più stabili future.

Stiamo naturalmente descrivendo situazioni ad alta complessità ma è ben presente nella consultazione la possibilità di accogliere un singolo soggetto che porta da sé un'esigenza di cura e dove le forme del percorso terapeutico che vengono negoziate nella consultazione riguardano aspetti del setting come la frequenza degli incontri, l'orario, l'onorario, e poco altro, questioni comunque presenti anche nelle consultazioni più complesse ovviamente. In età adulta questo tipo di domande di cura sono molto frequenti e naturalmente possono non richiedere alcun allargamento degli attori in campo al di là della coppia terapeutica e talvolta momenti di intervizione o supervisione che coinvolgono il terapeuta.

Va però anche detto che la consultazione, oltre ad essere il nome che diamo alla fase iniziale dell'incontro di cura – così l'abbiamo presentata finora – è anche una prospettiva, una postura, che può e, a nostro parere, deve accompagnare il sistema clinico, anche nel corso della cura successiva giacché le esigenze che il soggetto o i sistemi in cura porteranno nel tempo possono evolvere e consigliare evoluzioni anche delle forme di trattamento.

L'aver convenuto un assetto di cura ed un setting specifico a seguito della consultazione consente di trattare le esigenze di introdurre cambiamenti alla luce di una contrattualità condivisa e del suo significato per tutti i partecipanti al processo e dunque di valutare il da farsi avendo a mente il senso e il valore di quanto precedentemente concordato. Nulla è dunque intoccabile o perenne ma tutto, in fase di psicoterapia, è da produrre alla luce di una storia comune. Non così nella consultazione dove invece le scelte di attori, tempi, forme è caratterizzata da reversibilità e sperimentaltà esplicita.

L'équipe come rete

Se è importante salvaguardare la privatezza della relazione duale sia nella consultazione che nel successivo trattamento psicoterapeutico individuale credo sia utile considerare l'importanza di un gruppo di colleghi – uso qui l'espressione in senso ampio – con i quali condividere sia il percorso di cura – penso qui a supervisioni, intervizioni, discussioni in équipe – che eventuali esigenze di consulenza circoscritta o di allargamento o redirezionamento del percorso terapeutico.

Anche il paziente adulto individuale sente e vede se il terapeuta è dentro ad un sistema e come ci sta. Lo vede spesso anche dalla configurazione del

luogo, dal sito internet, da mezze frasi nel corridoio con i colleghi e ancora una volta la dimensione microsociale torna come presenza non estranea nel percorso di cura anche più duale e privato. Ciò non significa affatto sostenere la condivisione di pensieri sui pazienti in forme indiscriminate all'interno dell'équipe. La privatezza è importante per il paziente e lo è anche per il terapeuta. L'équipe può quindi essere una presenza relativamente muta e sorda ma che, se serve, può diventare parlante.

Questo richiede ovviamente una cura previa dei sistemi di cura sulla quale non ci soffermeremo ma che non s'improvvisa. Essa va invece prevista e mantenuta nel tempo come parte integrante del sistema clinico ed elemento imprescindibile di qualità di esso.

La formazione alla clinica psicologica e alla psicoterapia

Le forme più diffuse di curricula formativi alla psicoterapia all'interno delle scuole di specializzazione non sembrano dare il giusto peso alle considerazioni fin qui espresse. Abitualmente la formazione proposta riguarda un assetto terapeutico – individuale, familiare, gruppale – o talvolta alcuni di essi e magari spazi dedicati alla diagnostica – spesso intesa in senso testistico – ma si dedica pochissimo spazio a ciò che viene prima e che interroga da subito il neoterapeuta: quale assetto di cura sarebbe più adatto a costoro/costui che ho davanti? Quali di essi sono in grado di avviare e chi può invece fare bene altre cose? Ma soprattutto, in base a quali criteri e con quali processi arrivare a dare risposta a queste domande? Naturalmente nella peggiore delle ipotesi queste domande non vengono nemmeno formulate e semplicemente si darà corso con quel paziente a ciò che si è capaci o propensi a fare, ma per fortuna sempre più spesso non è così e quindi vi è un'esigenza di sviluppare le proprie competenze sia con altri assetti terapeutici che di interrogarsi sui criteri ed i processi di lettura della domanda di cura e di orientamento che sono il focus della consultazione psicologica nell'accezione che qui ne stiamo dando.

Questo *vulnus*, beninteso, è decisamente meno presente o talvolta assente nelle scuole di specializzazione che hanno come target clinico bambini, adolescenti o situazioni di gravità in età adulta dove la clinica da tempo ha posto l'esigenza di organizzare risposte di cura che comprendano più soggetti, come ampiamente descritto anche in questo scritto, ma non sempre, ci sembra, anche in questi casi il pensiero sui criteri che orientano la co-costruzione dell'assetto di cura è abbastanza sviluppato o talvolta esplicitato. In pochi ambiti clinici come nella consultazione si è in presenza di stereotipie professionali che guidano l'azione e che solo molto faticosamente vengono messe in discussione. Appare evidente come questo fattore incida in modo importante su fenomeni come lo shopping terapeutico o i drop out in fase iniziale d'intervento.

Sarebbe invece davvero importante che nella formazione alla clinica trovasse uno spazio adeguato la messa a fuoco di un pensiero e di strumentazioni tecniche su quella parte del processo di cura che va dall'arrivo della domanda di cura alla definizione, magari provvisoria ma comunque più stabile, del processo terapeutico. Cioè alla 'consultazione psicologica'. Questa maggiore rilevanza dovrebbe essere presente sia nella formazione prelaurea che in quella specialistica che nel lavoro di supervisione e intervizione che accompagna per lungo tempo, per non dire per sempre, il nostro lavoro clinico.

Un esempio di organizzazione della clinica psicologica: l'accoglienza e la consultazione in 'Progetto Sum'

Già nell'esemplificazione clinica proposta poc' anzi è emerso un soggetto organizzativo, Progetto Sum ETS, che fa da contenitore all'attività clinica di uno degli autori di questo scritto e che può essere utile illustrare meglio qui perché costituisce una delle declinazioni operative possibili del modello proposto, naturalmente non l'unica e non necessariamente quella ottimale ma utile a concretizzare ciò che abbiamo esposto fin qui sul piano dell'organizzazione del sistema clinico in modo più generale e astratto.

Progetto Sum, nel suo consultorio¹⁵ di Parma, ha un'organizzazione dell'accesso che prevede che una buona parte dei suoi psicoterapeuti (al momento il gruppo che opera nella stessa sede è formato da quattordici persone: undici psicologi psicoterapeuti e tre medici psicoterapeuti dei quali uno psichiatra e una NPJA¹⁶) gestisca un cellulare attivo dodici ore dal lunedì al venerdì e il sabato mattina. Alle chiamate lo psicoterapeuta accoglie la domanda e raccoglie una serie di elementi clinici e organizzativi (fra questi ultimi in particolare le disponibilità orarie, info sulla parte tariffaria,¹⁷ etc.) che riporta nell'équipe del venerdì mattina. Il gruppo la discute e ove possibile un clinico si candida per la consultazione della quale curerà la regia.

I luoghi ulteriori di condivisione interpersonale sono costituiti, oltre che

¹⁵ È evidente già nella scelta del nome 'consultorio' la coerenza fra il contenitore e il contenuto, ovvero il pensiero e la pratica di un luogo ove avvengono relazioni di *care* all'insegna della compartecipazione orizzontale – fra professionisti – e verticale – fra professionisti/organizzazione e soggetti/pazienti – che fa dell'universalità dei destinatari della cura – e dunque dell'abbattimento delle barriere all'accessibilità – con tariffe commisurate alla capacità contributiva dei pazienti – ma anche del tema della sostenibilità – economica ma anche psicologica – i suoi elementi etico-culturali di fondo.

¹⁶ Partecipante all'équipe ma operante all'esterno.

¹⁷ Il nostro sistema di tariffazione prevede, in linea di massima, fasce determinate in base all'ISEE. Per maggiori info e per una conoscenza più approfondita del progetto si veda www.progettosum.org

dai luoghi informali – la lounge e il corridoio per esempio – dalla stessa équipe settimanale che è ambito di discussione di situazioni in carico e di riorientamento dopo la consultazione – come accaduto nel caso della famiglia A, o il gruppo d'intervisione BAF (Bambini-Adolescenti-Famiglie) che è costituito in parte da colleghi esterni a Sum, o un gruppo intervizione mensile online con altri colleghi della rete Sumus – la rete delle altre città che ospitano consultori di Progetto Sum (Reggio Emilia, Torino, Pavia, Lecco, Cuneo, Fidenza-Salsomaggiore Terme- Collecchio), oppure ancora l'équipe Extra Large che una volta al mese arricchisce la nostra équipe con colleghi – in gran parte psicoterapeuti ma anche alcuni medici psichiatri, ginecologi, mediatori familiari, nutrizionisti – che operano nei loro studi a Parma ma alle condizioni etiche di Progetto Sum e che sono i destinatari delle situazioni che, per competenze cliniche e/o per indisponibilità del gruppo indoor, vengono loro mandate dopo la presentazione e discussione in équipe.

Qualche volta accade anche che i destinatari siano colleghi della Rete per la Psicoterapia Sociale¹⁸ che, sul territorio di Parma, offrono attività clinica all'insegna della qualità sostenibile come Progetto Sum, pur con alcune differenze teorico-cliniche, organizzative ed economiche.

Il processo di consultazione si sviluppa quindi nelle forme che abbiamo potuto qui condividere in una logica che valorizza la singolarità dell'incontro terapeuta-paziente (o 'sistema richiedente cura-sistema clinico') all'interno di una specularità organizzazione-contesto di vita nella quale siamo immersi, per tornare all'esergo di Sergio Manghi, noi soggetti in questo mondo, con le diverse funzioni che svolgiamo in esso.

È chiaro qui come la visione teorico clinica che abbiamo provato a raccontare in questo scritto trova la sua declinazione operativa in forme organizzative con essa coerenti che quindi, per citare i riferimenti maggiori, considera i soggetti in modo unitario, relazionale, situato in luoghi e tempi specifici sui quali incide e dai quali è inciso.

BIBLIOGRAFIA

- Adamo S.M. (a cura di) (2000). Un breve viaggio nella propria mente, consultazioni psicoanalitiche con adolescenti. Liguori, Napoli.
- Badoni M. (2013). Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile. Disponibile presso: www.spiweb.it.
- Bolk L. (1926). Il problema dell'ominazione. Derive Approdi, Roma, 2006.
- Charmet G.P. (2000). I nuovi adolescenti. Cortina, Milano.
- Lancini M. (2007). Genitori e psicologo: madri e padri di adolescenti in consultazione. FrancoAngeli, Milano.

¹⁸ Per approfondimenti www.retepsicoterapiasociale.it

- Lancini M., Cirillo L., Scoddeggio T., Zanella T. (2020) *L'adolescente: psicopatologia e psicoterapia evolutiva*. Cortina, Milano.
- Lingiardi V. (2018). *Diagnosi e destino*. Einaudi, Torino.
- Mc Williams N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*. Astrolabio, Roma, 1999.
- Morin E. (1983). *Il metodo: ordine, disordine, organizzazione*. Feltrinelli, Milano, 1994.
- Minolli M. (2015) *Essere e divenire, la sofferenza dell'individualismo*. FrancoAngeli, Milano.
- Neri, C. (2017). La consultazione partecipata. In: F. Borgogno, G. Maggioni, a cura di, *Una mente a più voci. Sulla vita e sull'opera di Dina Vallino*. Mimesis Edizioni, Milano.
- Sala A. (2019). *Psicoterapia Psicoanalitica per l'età evolutiva*. Mimesis, Milano-Udine.
- Seikkula J (2021). Dialogo Aperto: un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici. *Ricerca Psicoanalitica* 32(3), 565-582. <https://doi.org/10.4081/rp.2021.529>
- Vallino D. (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma.
- Vallino D. (2013). Incontrare l'inconscio di bambini e genitori con il gioco e con l'osservazione: Proposte della consultazione partecipata prolungata. *Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi* 1, 24-29. Disponibile presso: <http://www.cmpspiweb.it/publicazioni/quadernionline.asp>
- Vanni F. (2015). *La consultazione psicologica con l'adolescente*. FrancoAngeli, Milano.
- Vanni F. (2023). Presence and Self-learning: an evolutionary hypothesis. In: F. Irtelli, a cura di, *Happiness - Biopsychosocial and Anthropological Perspectives*. Intech Open Editore, 2023.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 21 giugno 2024.

Accettato: 23 agosto 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:936

doi:10.4081/rp.2024.936

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.