

AFFINITÀ E COMPLEMENTARIETÀ NELLE PROFESSIONI D'AIUTO

IL COUNSELING FILOSOFICO E LA CURA

Gianfranco Buffardi

Lo scopo di questo breve lavoro è rintracciare alcuni elementi di affinità nelle diverse metodologie di aiuto, al fine di una corretta valutazione epistemologica per favorire un orientamento tra di esse e la possibilità di un'integrazione; in questo lavoro mi limiterò a valutare affinità e complementarietà tra le diverse metodologie d'aiuto, particolarmente tra il Counseling filosofico e la Psicoterapia.

L'argomento di questo scritto necessita, preliminarmente, di alcune precisazioni sul significato che ho preferito per alcuni termini chiaramente centrali del discorso.

Tralascio in questa sede il concetto di Counseling Filosofico, perché sarà enucleato dalla serie di scritti che riproponiamo in questo spazio: l'altro termine del discorso, la cura, ha bisogno di una qualche chiarificazione.

Terapia ovvero Cura

Da psichiatra e clinico, parto da quella che può apparire ancora una dicotomia: terapia/cura, intendendo con la prima l'azione singola o integrata volta a restituire ad integrum l'organo colpito; ormai gran parte della medicina rifiuta il concetto di *restituito ad integrum*, inapplicabile nella maggior parte delle patologie, assolutamente improponibile per le malattie psichiatriche come per le condizioni di disagio psicologico, sia perché non vi è chiarezza su quale organo, parte di organo o funzione debba essere reintegrata, sia perché l'esperienza di malattia o di disagio, la terapia adottata, i terapeuti stessi ed il contesto in cui si svolgono le terapie incidono in maniera inalienabile sulla persona, modificandone aspetti a volte salienti. Ma ogni terapia agisce in un conteso di cura, nel senso di atteggiamento che la persona, i terapeuti, i familiari, le istituzioni e qualsiasi altro soggetto/oggetto interagente intraprende al fine di migliorare la condizione esistenziale della persona: in questo senso la cura non necessita assolutamente di una terapia perché si applica anche a chi non è affetto da alcuna malattia, che non soffra di disagi o sia colpito da calamità avverse. La cura è stata considerata in ambito medico sinonimo di trattamento, quindi, generalisticamente, di terapia; ma applicata alla sofferenza psichica o psicologica, "siccome [] la sofferenza psichica, a differenza di quella fisica, non è tanto un incidente che si lascia circoscrivere nel normale corso della vita, quanto piuttosto un modo di declinare l'esistenza [] la cura psicologica non può prescindere da quella relazione che C. G. Jung evidenzia tra psiche e senso"¹; se a questo ampliamento verso il senso più che la "riparazione" dell'alterato, integriamo anche il concetto generale di cura, prendersi cura di sé, avere attenzione ad alcuni aspetti della persona, migliorare le proprie abilità e conoscenze, prevenire le malattie e le evenienze negative etc, giungiamo alla conclusione che la cura è un complesso di strumenti di attenzione e salvaguardia della persona agiti autonomamente o attraverso altri soggetti/oggetti.

Tentando una schematizzazione delle caratteristiche della cura assumerei che essa:

- ha lo scopo di migliorare la qualità di vita della persona, nella sua accezione più ampia;
- è caratterizzata da comportamenti complessi che si sono evoluti nel tempo e che sono propri della natura umana;
- è orientata verso se stessi o verso gli altri con modalità di interazione di volta in volta differenziati;
- inerisce anche un rapporto con il mondo contestuale, inteso nel senso di Umwelt binswangeriano;

¹ U. Galimberti: Dizionario di Psicologia, voce "CURA", UTET, Torino 1992, pag. 251

- orientata a specifici problemi, risulta essere il complesso intenzionale che cerca una risoluzione a quei problemi, anche indiretta;
- in quest'ottica, all'interno della cura può svolgersi una terapia;
- la terapia diventa uno strumento della cura;
- orientata alla sofferenza psichica, la cura necessita di un "rapporto più o meno organico tra ricerca, diagnosi e terapia"²;
- come ogni strumento, ovvero "polistrumento complesso", possiamo tracciare un profilo epistemologico della cura;
- alcune caratteristiche di questo profilo riguarderebbero,
 - o "diverse identità concettuali: a) la salute; b) la malattia; c) la diagnosi; d) la terapia; e) il medico; f) il paziente; g) il rapporto medico-paziente; h) il rapporto tra il paziente e la sua stessa condizione patologica..."³
 - o i modelli di riferimento;
 - o gli orientamenti della cura;
 - o gli strumenti adottabili;
 - o le procedure metodologiche;
 - o la valutazione del target per le diverse metodologie ed orientamenti;
- l'evolversi delle conoscenze scientifiche, cognitive, sociali incide sull'epistemologia della cura, rendendola sempre cangiante;
- in questo senso, le metodologie di cura, vale a dire le procedure che vengono attivate per utilizzare strumenti diversi al fine di "curare", cangiano nel tempo e nei contesti.

Ma quando interviene alla cura? Troppi ed ampi sono i campi di intervento perché possano essere qui enucleati: nell'ottica di questo scritto mi limiterò a considerare quelle cure che vengono poste in essere quando una persona o un gruppo di persone chiede aiuto ad un'altra persona, o gruppo, in merito a problemi che ineriscono la sfera esistenziale, dalla malattia psichiatrica, al disagio psicologico, dal disagio esistenziale propriamente detto al dubbio filosofico, dalla difficoltà bioetica al problema di interazione sociale etc.

Tentando una generalizzazione potrei considerare la cura come atto a incrementare il benessere del singolo o del gruppo, ovvero a ridurre i rischi di decremento.

In quest'ottica anche il piacere di dialogare su temi specifici può essere una fonte di cura, migliorando il mio benessere sia in termini di piacere, sia in termini di conoscenza: anche la ricerca del piacere potrebbe essere interpretato come una forma di cura ma solo in funzione del "costo" che il singolo o la collettività dovrà pagare per quel piacere, valutandone i pro e i contro; scivoleremmo in una discussione sul relativismo che qui non ha luogo ad intervenire.

Le professioni d'aiuto e la cura

Riprendendo il discorso su le ultime tipologie di cura di cui accennavo, due elementi fondamentali che contraddistinguono gli interventi di cura sono la richiesta di "aiuto", per quanto vaga o inespressa essa possa essere e per quanto relativo possa essere l'apporto di un ausilio esterno a specifiche situazioni esistenziali, ed il fatto che la Persona che richiede aiuto riconosca in colui a cui si rivolge una qualche forma di competenza o conoscenza in quel campo: senza che vi siano ancora rigide etichette internazionali su queste tipologie di cura, oggi si individuano professionisti che rispondono a questa esigenza quali "professionisti d'aiuto".

"Sotto l'etichetta di PROFESSIONI D'AIUTO (il termine anglosassone *helping professionist* sta recentemente prendendo il posto del più generico *caretaker*) si raccolgono oggi tutte le competenze che possono sostenere le persone al momento di una difficoltà psicologica, sia essa causata da concreti problemi personali, sia da problemi esistenziali, sia da problemi psicologici o psichiatrici. L'espressione è invalsa

² G. Traversa: Per una epistemologia della cura, Keiron, settembre 2003, pag. 32

³ *Ibidem*, pag. 32

nell'uso ma non ha una sicura origine; in qualche modo traduce la categorizzazione che viene fatta nel mondo anglosassone di tutte le professioni che si interessano di aiuto psicologico: educational, counseling & therapeutic help, da cui deriva la differenziazione dei professionisti in educators, counselors & therapists.”⁴

In questa accezione la cura che operano i professionisti d'aiuto è rivolta a problemi ed ambiti della sfera psicologica, sociale, spirituale ed esistenziale: non vengono considerati, in quest'ottica, tutti coloro che offrono le loro competenze per migliorare o guarire il corpo (per quanto vogliamo considerare la psiche altra dal soma), per sostenere le conoscenze e l'istruzione, per acquisire competenze ed abilità, per incrementare guadagni o potenzialità lavorative.

Riferendomi, quale esempio, alla situazione italiana, debbo sottolineare che “[l]e sole professionalità chiaramente riconosciute sino al 2000 erano [...] quelle del medico, specificatamente del medico psichiatra, e quella dello psicologo, grazie alle legge Ossicini del 1989, che chiariva, anche, che sia medici che psicologi, potevano fregiarsi del titolo di psicoterapeuti se avessero completato, dopo la loro laurea, una formazione quadriennale presso una Scuola di Psicoterapia Riconosciuta [...]. Nel maggio 2000 il CNEL riconosceva come professionalità anche la Mediazione ed il Counseling, pur se non le obbligava alla creazione di un ordine professionale; nel frattempo erano stati attivati già da alcuni anni corsi universitari per la riqualificazione degli Assistenti Sociali e corsi specifici per i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociali; l'attivazione delle lauree triennali nel campo psicologico completava il quadro generale.”⁵

La situazione attuale è molto più complessa, grazie anche alle proposte di legge avanzate in materia⁶: tentando un elenco delle professioni d'aiuto intese nell'accezione di cui sopra, troveremmo:

- medici psichiatri
- psicologi
- psicoterapeuti
- mediatori familiari et alia
- counselor
- assistenti sociali
- tecnici della riabilitazione psicosociale
- educatori
- counselor filosofici
- antropologi clinici etc. etc.

La proliferazione di nuovi profili professionali ha fatto sorgere diatribe su ambiti e competenze, su target e limiti di operatività, creando una ridda di distinguo e di prevaricazioni. Oggi credo che sia opinione comune che vi sia una discreta confusione tra specificità e competenze dei singoli ambiti, soprattutto se raffrontati con le specificità e competenze di psicoterapie e psichiatria, strutturalmente codificate con compiti ed ambiti individuati per statuto. Ma “[i]n psichiatria e in psicoanalisi la cura ha il vantaggio di avere dei limiti”⁷.

Affinità, complementarità e differenze tra Counseling Filosofico e Psicoterapia (psichiatria)

Ed arriviamo al punto centrale del presente lavoro: i rapporti e le differenze che intercorrono tra alcuni tipi di “cura”. Partendo dagli interventi di Counseling è utile chiarire in cosa questi interventi possano differenziarsi o integrarsi con cure psicologiche o psichiatriche, autorevolmente inserite nell'ambito delle psicoterapie; ed ancor più specificamente mi riferirò a due professioni d'aiuto che spesso sono alla cronica quotidiana per le accese polemiche che stanno sollevando: il Counseling filosofico e le psicoterapia.

⁴ G. Buffardi: Psychiatric Help: 5 cents, Introduzione; Atti del Congresso di Benevento 2004, , in press

⁵ ibidem

⁶ Si veda, tra le altre, la proposta di legge dell'On. Mazzoni al sito www.mondointermedio.it

⁷ G. Riefolo: Keiron, rivista citata, Settembre 2003, pag. 46

Gran parte delle parole scritte nei testi che da 20 anni a questa parte supportano, con l'autorevolezza più o meno acclarata dei propri autori, la nascita e l'affermarsi del Counseling Filosofico hanno lo scopo di sottolineare le differenze tra il counseling e la psicoterapia; lo sforzo prodotto da questi autori ha in parte sanato l'assenza di analogo valutazione critica da parte di professioni d'aiuto con background storico più ampio.

Ma l'essenza del mio scritto sta tutta nel cercare non le differenze tra le diverse professioni d'aiuto e le psicoterapia bensì le affinità e complementarietà che emergono nel rispetto di quello che è il compito della cura.

Vediamo, in sintesi, quali possono essere gli elementi comuni ai diversi approcci di cura.

Elementi di affinità; intendo qui quegli elementi epistemologici, metodologici, strumentali che si riscontrano in ogni approccio e in ogni modello delle c.d. professioni d'aiuto:

- La centralità della persona
- Il rapporto dialogico
- L'empatia
- La comunicazione
- La ricerca dell'ampliamento delle mappe interne
- La prescrittività

La centralità della Persona

Anche se colui che chiede l'intervento del professionista non è un singolo ma un gruppo, la centralità della Persona è inalienabile:

- la Persona sperimenta in proprio la difficoltà o l'esigenza per cui chiede aiuto, anche se quest'esigenza sia condivisa da un gruppo, dalla coppia, dalla famiglia o da ampi strati della società
- il professionista si rivolge alla Persona nella sua interazione con le circostanze esistenziali (Umwelt), con gli Altri (Mitwelt), con se stesso (Eigenwelt)
- l'azione d'aiuto è della Persona che chiede: è lei l'artefice di un eventuale cambiamento, attraverso una nuova sua visione del mondo che, in quanto tale, è agita ed operata dal singolo
- la Persona è uno dei due contraenti e, contemporaneamente, l'oggetto del contratto in una qualche misura.

Il dialogo

Qualsiasi tipo di relazione d'aiuto avviene in una qualche forma di dialogo, dia-logos, nel senso etimologico del termine: un discorrere tra due, topos della filosofia antica e moderna, attraverso il sistema di domande e risposte. Il dialogo sancisce:

- la necessità di un rapporto, che può essere letto come strutturato alla richiesta e, quindi, legato al solo problema di cui si discorre, ma anche essere considerato come rapporto più ampio, un'interazione IO-TU, un porre in comune, un trasferire con le competenze il feeling necessario alla "presa in cura"; anche un medico prescrittore, per quanto fredda e tecnocratica possa essere la ricetta di un farmaco sintomatico, non invia solo il messaggio terapeutico;
- una parziale paritarietà di rapporto, dove se è vero (in alcuni casi, ma non in tutti⁸) che il consulente ha, mediamente, conoscenze e competenze specifiche nel campo della richiesta di aiuto tali da risultare survalenti quelle del consultante e, pertanto, essere in questo modo in grado di sostenere una

⁸ Gran parte del lavoro di uno psicoterapeuta o di un counselor può essere orientato solo a stimolare l'ampliamento delle mappe interne della Persona, che ha competenze sufficienti a trovare la soluzione al problema o ad operare scelte al riguardo ma, a volte, non è in grado di "leggerle", competenze che potrebbero essere del tutto aliene al consulente o allo psicoterapeuta.

richiesta d'aiuto nel campo, è solo la richiesta del consultante e la sua disponibilità a discutere del suo problema o della sua esigenza, per quanto questa richiesta possa essere consapevolizzata o meno, a rendere possibile quell'interazione e quel dialogo: i due protagonisti del rapporto hanno paritario e differenziato "potere" nell'essere in quel rapporto;

- una complementarità nel rapporto, per le ragioni suddette, e per le esigenze dei singoli, che consente di sviluppare ogni momento dialogico come "unico, irriducibile ed irripetibile", refrattario a classificazioni e categorizzazioni;
- un terreno privilegiato per lo sviluppo di interazioni empatiche.

L'empatia

Proprio la forma dialogica favorisce un elemento insostituibile che è l'empatia; considero l'empatia la tendenza a porsi in rapporto con l'altro misurandosi in un corpo a corpo immaginario, uno stato d'animo immediato di comprensione, che prescinde dal piacere, diversamente dalla *simpatia* che è lo stare insieme come stare vicini volentieri, stato d'animo, quest'ultimo, immediato, imprescindibile dal piacere; l'empatia è anche capacità di focalizzazione sul mondo interiore dell'altro, intuendone gli stati d'animo o rendendosi conto è la capacità di intuire cosa si agiti in lui, come si senta in una situazione e cosa realmente provi al di là di quello che esprime verbalmente.

In ambito evolutivo l'empatia viene interpretata come quella capacità innata che ha consentito alla specie umana di realizzarsi come specie altamente sociale: la teoria della mente considera l'empatia tra le principali competenze che attribuiamo a tutti i nostri simili.

In alcuni ambiti psicoterapeutici la tecnica è stata a volte privilegiata rispetto l'empatia: ritengo che questa contrapposizione nasca da un sottacere la presenza dell'empatia malgrado la volontà delle Persone partecipanti al dialogo.

Nelle relazioni d'aiuto l'empatia è terreno comune di scambio tra consultante e consulente, è "reciprocità", complementarità, intersoggettiva, bidirezionale: pur in assenza di una totale "paritarietà", essendo i due ruoli complementare, non paritetici, l'empatia è il collante, non può essere alienata; o meglio, non dovrebbe essere alienata, pena la decadenza del rapporto ed il fallimento, più o meno cosciente, della relazione d'aiuto. La caduta d'empatia può essere mascherata da situazioni contingenti, come la difficoltà a rispettare un appuntamento, la ripetitività di schemi comunicativi, la "noia" di uno o tutti e due i protagonisti, etc.: situazioni che, spesso, si ritrovano particolarmente in psicoterapia e ne segnano inesorabilmente il declino terapeutico.

Non solo: in alcune modalità psicoterapeutiche e, in parte, in alcuni atteggiamenti clinici psichiatrici, l'empatia è totalmente o parzialmente rifiutata o trasformata in altra condizione affettiva: basti pensare all'utile se non necessario passaggio durante il lavoro psicoanalitico in quella condizione che Freud definisce "nevrosi da transfert". Devo dire che, nella mia conoscenza di percorsi psicoanalitici, la ricerca di una distanza empatica appare più come una risposta ad una rigidità della tecnica che non un'evenienza realmente ricercata dallo psicoanalista..

Al contrario ritengo che l'empatia si sviluppi reciprocamente tra i due dialoganti anche in assenza di una reale analisi del rapporto, e che, attraverso essa, sia possibile la condivisione del dialogo per un fine comune, anche se con modalità ed entità differenziate e pur nella, a volte imprescindibile, non coincidenza degli scopi.

La comunicazione

Dialogo, contratto, empatia non possono svilupparsi che attraverso la comunicazione; l'argomento è troppo vasto per essere esaurito in poche battute: è importante sottolineare che, nella diversità di tecniche, di strumenti, di metodologie, in ogni relazione d'aiuto la comunicazione è fondamentale, non solo perché, pleonasticamente, non si potrebbe richiedere aiuto, ricercare un beneficio, essere curato senza una qualche forma di comunicazione, ma anche perché, utilizzando modalità apposite comunicative, espressive,

somatiche, analogiche, il consulente può agevolare il consultate nella ricerca interna e favorirne il cambiamento.

“[I]l linguaggio costituisce "... uno dei principali modi in cui tutti gli uomini 'modellano' le loro esperienze"⁹ e che le caratteristiche del 'sistema rappresentazionale' del linguaggio sono le stesse di quelle con le quali gli uomini producono ogni altro 'modello' del mondo (di pensiero, visivo, di movimento, ecc.), giacché "...in ciascuno di questi sistemi operano gli stessi principi di struttura",¹⁰ pertanto [...] i principi formali che possono individuarsi nell'ambito del 'sistema rappresentazionale' chiamato linguaggio possono offrirci una valida modalità di approccio alla comprensione degli altri sistemi di modellamento umano.”¹¹

Attraverso il linguaggio intervengo sul sistema rappresentazionale della Persona.

Dovrei dilungarmi particolarmente sulla comunicazione, essendo questo il nodo specifico della tecnica operativa: per ora credo sia sufficiente segnalare come, modalità e sistemi diversi, essa operi nel rispetto, a volte non coscientizzato, di tutti gli altri elementi qui presi in considerazione. Attraverso un qualche livello comunicativo si esperisce l'empatia, il dialogo che è alla base del rapporto non potrebbe avvenire senza una qualche forma di comunicazione (non si può non comunicare), essa è lo strumento per centralizzare la Persona per aiutarla ad ampliare le proprie mappe interne e per favorire la prescrizione; apriamo uno spiraglio anche su questi ultimi due elementi, secondo me fondamentali nelle relazioni d'aiuto.

Le mappe interne

Ho utilizzato qui il termine di sistema rappresentazionale perché noi non abbiamo un accesso diretto alla nostra mente ma possiamo “leggerla” solamente attraverso una “rappresentazione”, una sorta di “mappa interna” che, come tutte le mappe, non è il territorio ma solo una rappresentazione parziale, a volte anche distorta, della realtà della nostra mente.

“[L]e capacità di rispondere alla realtà circostante del singolo non possono essere tutte rappresentate nella **mappa interna** dell'individuo, una sorta di modello delle proprie possibilità adattative che ognuno di noi ha in sé e che gli consente di velocemente agire in risposta ad una situazione differente del mondo esterno. Le Persone si riconoscono solo alcune possibilità e perdono di vista, sovente, tutte le altre possibilità di cui non hanno mai letto, o non leggono al momento, per situazioni contingenti, la rappresentazione nelle loro mappe interne.”¹²

Tutti gli interventi d'aiuto, quanto meno perché, comunque, interventi di cura, operano al fine di “un processo che genericamente definiamo **AMPLIAMENTO DELLE MAPPE INTERNE**. La Persona, attraverso l'intervento del Counselor, inizia un'opera di scavo, di elaborazione delle reali cause, immediate o meno, del proprio disagio e, contemporaneamente, porta a galla, cognitivizza, nel senso di far apparire alla coscienza nella propria chiarezza, alcune di quelle altre possibilità sinora rimaste “sommerse”. [...] Parte del materiale “nascosto” delle mappe, potrebbe coincidere con ricordi, esperienze, sensazioni “rimosse”¹³, molte possono essere le possibilità operative, personologiche o di pensiero che il singolo non si è mai peritato di esperire e che, una volta espressi, potrebbero risultare validi alla risoluzione del problema o alla propria crescita nel benessere. Le mappe interne non restano, oggi, confinate al ruolo di un'ipotesi psicologica, sono in parte confermate dalla neuroscienze, particolarmente dal Darwinismo Neuronale di Edelman e dai Neuroni Mirror.

⁹ Bandler R. – Grindler J.: La Struttura della magia, Astrolabio, Roma 1981, pag. 37

¹⁰ Ibidem, pag. 56

¹¹ Brancaleone F, Buffardi G: Manuale di Counseling Esistenziale, SEAM, Roma 1999, pag. 85

¹² Ibidem, pag. 78

¹³ Ibidem, pag. 78-79

La prescrittività

Tutte le affinità prese qui in considerazione attengono alla modalità operativa del rapporto nelle relazioni d'aiuto o a presupposti epistemologici; la prescrittività, diversamente, è uno dei "risultati" della relazione, o meglio, è l'atto che sancisce la continuità o il termine di un rapporto di relazione d'aiuto.

Mi rendo conto che, ancor più in questo caso, è necessario fare chiarezza sul termine così come l'intendo in questo contesto.

La prescrizione è, in genere, considerato atto medico per eccellenza: si prescrive l'assunzione di un farmaco secondo specifica posologia, si prescrive una dieta alimentare, un comportamento motorio etc.; il concetto di prescrizione in psicoterapia si amplia: si prescrivono esercizi psicologici, esercizi di rilassamento, si prescrive miglioramento dell'"igiene di vita" (comportamenti sociali, attività salutari, riduzione degli stressors ambientali, gratificazioni etc.), ma vengono prescritti anche comportamenti che possono apparire del tutto avulsi dal contesto (particolarmente nelle psicoterapie strategiche), letture, viaggi, ascolti etc.

La prescrizione è comunque un atto sempre palese? Il consultante ed il consulente hanno ben chiaro che in quel momento emettono o ricevono una prescrizione? In un rapporto specificamente orientato alla discussione su un argomento, come potrebbe avvenire in alcune forme di Counseling Filosofico, l'argomentare, lo stimolare a letture, il dibattere su alcuni aspetti specifici di un tema anziché altri, tutto alla luce della prima richiesta di intervento del consultante non configura tutto ciò una prescrizione? Il mediare un rapporto familiare difficile, nel senso di farsi carico di un'interpretazione che la coppia o il gruppo non è in grado di agire autonomamente e il riproporlo con messaggi alla portata dei consultanti, non implica che venga prescritta l'adozione di questa interpretazione per loro finalmente fruibile? L'assistente sociale che individua percorsi amministrativi per ottenere vantaggi sociali per il singolo o il nucleo familiare in difficoltà e li ripropone per l'attuazione all'interessato o a chi è in quel momento il tutore/curatore, non sta "prescrivendo" un iter da attuare?

Il concetto di prescrizione implica:

- una Persona o gruppo di Persone, il consultante, che richiede aiuto, sostegno, sistema o mezzi per migliorare il proprio benessere o evitare di ridurlo;
- una Persona o gruppo di Persone, il consulente, che abbia le competenze per rispondere a questa richiesta;
- la possibilità di un'indicazione che rientri nel complesso della risposta alla richiesta d'aiuto, sostegno o di miglioramento, porta dal consultante;
- una complementarietà per cui il consulente emetta questa indicazione ed il consultante la riceva;
- la possibilità, a volte del tutto teorica, che l'indicazione prescritta, considerata l'adesione del consultante alla prescrizione, possa dar luogo a dei cambiamenti nel consultante, rivelabili in un eventuale nuovo incontro o in una qualche modalità di feedback diversa;.

Il concetto di prescrizione **NON** implica necessariamente:

- che il consultante si aspetti l'indicazione;
- che il consulente sappia di dover emettere quell'indicazione;
- che essa sia espressa consapevolmente dal consulente;
- che essa sia recepita consapevolmente dal consultante;
- che ad ambedue sia chiara la complementarietà;
- che la prescrizione emessa, consapevole o inconsapevole gli attori, sia rispettata dal consultante, consapevolmente o inconsapevolmente;
- che avvenga necessariamente un cambiamento nella situazione del consultante a seguito del rispetto della prescrizione;
- che sia sancito comunque un feedback da parte del consulente o che il consultante pretenda che ci sia un feedback.

A questo punto, se le mie premesse sono valide, potremmo trovarci di fronte a situazioni molto diverse tra loro; ad esempio:

- il consultante si aspetta una prescrizione che il consulente però non sa di emettere;

- il consulente prescrive al consultante, che non pensava di dover ricevere una prescrizione;
- il consultante si rende conto di aver ricevuto una prescrizione, ma il consulente non sa di averla emessa;
- il consulente si aspetta un feedback ma il consultante non ha recepito che questa esigenza del consulente;
- il consultante rispetta la prescrizione emessa, consapevolmente o inconsapevolmente, ma, al feedback, il consulente non si rende conto della corretta adesione del consultante a quanto prescritto, e così via.

I molti intrecci ci dimostrano come sia possibile che la prescrizione avvenga senza che vi sia percezione dell'accadimento.

Ritengo che sia opportuno che un professionista d'aiuto abbia coscienza di questa propria capacità prescrittiva e che altrettanto gli sia chiaro che esista la possibilità che questa prescrizione non venga colta consapevolmente dal consultante. Il consulente dovrà conoscere le innumerevoli possibilità che avrà di prescrivere, anche senza una propria volizione, o dovrà essere pronto a rendersi conto di aver comunque emesso una prescrizione involontariamente o con modalità non preterintenzionali; altrettanto dovrà imparare a rilevare quelle prescrizioni emerse spontaneamente, i segni dell'adesione o meno alle prescrizioni e dei risultati che le prescrizioni, più o meno rispettate, hanno dato.

Tutti gli elementi affini si ritrovano, a mio parere, in tutte le professioni d'aiuto, tanto che l'assenza di uno di essi potrebbe inficiare la relazione d'aiuto.

Elementi di complementarietà.

Parlando di complementarietà non mi riferisco, ora, alle professioni d'aiuto nella loro totalità ma ad alcuni elementi propri delle discipline che sono alla base dei modelli cui loro fanno riferimento. In particolare, e solo a titolo esemplificativo, esporrò alcune complementarietà che necessitano di competenze sia filosofiche che psichiatriche; esse sono:

- La focalizzazione
- La clinica (il discernimento tra patologie, disagi, dubbi etc.)
- La cognitivizzazione
- La costruzione di una scala di valori
- Il cambiamento della visione del mondo

La focalizzazione

La focalizzazione è un processo specifico di molte relazioni d'aiuto (in estrema accezione di tutte); il termine nasce nello studio critico di una certa classe di psicoterapie, le c.d. psicoterapie brevi: ““Tipico di ogni intervento breve è la delimitazione dell'area intervento. Si chiami ciò obiettivo oppure «focus» (cioè concentrazione entro un breve periodo di tempo della risoluzione di un conflitto chiaramente identificato e di uno specifico obiettivo), non ha molta importanza. Ciò che importa è di mettere a fuoco lo scopo sin dall'inizio della terapia, cioè programmare uno scopo limitato.

Vorrei solo rilevare che per quanto concerne il concetto «focus» o «punto focale», esso non va solo cercato all'interno della problematica del paziente ma anche nella relazione della coppia terapeutica, trattandosi non già di un «oggetto» intrapsichico bensì di una modalità relazionale.[...]

Comunque, la focalizzazione è universalmente ammessa da tutti gli Autori come fattore peculiare e caratterizzante della Psicoterapia breve. Se mai, c'è divergenza di opinioni circa l'interpretazione da dare ad essa in chiave teorica e, conseguentemente, circa la modalità di tradurla nella pratica terapeutica. Al riguardo c'è chi la interpreta come un consapevole (cosciente) impegno del terapeuta ad agire su un sintomo o problema presentato dal paziente e ritenuto principale (obiettivo primario) e chi, invece, la considera come risultante di una ipotesi psicodinamica di base che riassume la maggior parte dei conflitti psichici.”¹⁴

Nelle professioni d'aiuto la focalizzazione è parte integrante della realizzazione del contratto tra consulente e consultante: è il processo che individuerà il focus ed è, pertanto, già un primo passo operativo. Elementi di psicologia clinica e psicodinamica possono aiutare ad individuare anomalie nella richiesta del consultante, che di fatto può risultare fuorviante rispetto al vero nocciolo del problema; complementare ed essenziale risulta un atteggiamento critico, proprio delle discipline filosofiche: i consulenti che abbiano queste competenze sono avvantaggiati nella ricerca del focus e nella capacità di sostenere il consultante verso una sua corretta individuazione.

La clinica

La clinica è indispensabile per le professioni d'aiuto: il non possesso di capacità di discernimento clinico (nel senso di capacità di diagnosticare, al metaforico letto del malato) potrebbe causare errori di valutazione gravissimi o, pericolosamente, impedire il riconoscimento precoce di una forma di patologia. Discernere se il problema presentato, la richiesta di supporto o la semplice espressa volontà di “una bella chiacchierata filosofica” celi un dubbio, un'esigenza, un disagio, un malessere o una patologia è essenziale al corretto orientamento del consultante. Avere competenze cliniche indica la complementarietà tra diverse discipline pur nella limitata profondità delle conoscenze: filosofia, psicologia, antropologia, psichiatria tutte concorrono a strutturare una buona capacità clinica.

La cognitivizzazione e il sistema V.S.S.

Gran parte delle psicoterapie ed il moderno approccio psichiatrico sono imprescindibili dalla cognitivizzazione, dal prendere coscienza del problema o della questione sollevata, da un corretto “esame di realtà” scevro da implicazioni accessorie. Operare in tal senso necessita di strumenti e competenze che implicano la conoscenza della psicopatologia e gli strumenti propri di una corretta critica filosofica; un buon lavoro di cognitivizzazione passa attraverso l'analisi dei valori del consultante, delle sue priorità e finalità, degli obiettivi e dei progetti: si integra e si traduce nell'ulteriore complementarietà che è, appunto, la realizzazione di una scala di valori. In via esemplificativa potremmo considerare il sistema Valori Scopi Significati di V. E. Frankl: “Attualizzando l'interpretazione frankliana, interpretiamo come **valori** quei significati estremi ed etici che orientano a larghi tratti il comportamento del singolo, siano essi concordanti con il sistema etico-sociale in cui la Persona vive, siano essi discordanti; i valori possono cangiare nel corso della vita, in genere attraverso un lungo ripensamento della Persona, che “costruisce” i propri valori anche con la propria ragione. I **significati** appaiono, invece, più immediati, legati al momento emotivo e caratterizzano ogni sensazione complessa nei confronti di persone, oggetti e situazioni che la Persona incontra nel suo vivere quotidiano. Gli **scopi**, non solo quelli a lungo termine, frutto di scelte ponderate o di fantasie passionali, ma anche quelli del momento, delle piccole situazioni della giornata, dei contatti profondi ed effimeri, interpretano le spinte comportamentali di ogni momento. È evidente come il sistema V.S.S. sia centrale nel lavoro di consulenza come in quello psicoterapeutico; attraverso l'analisi di questo sistema scopriamo le difficoltà delle singole Persone, le loro perplessità e, laddove il problema che attanaglia il

¹⁴ Malugani M.: Le psicoterapie brevi, Città Nuova ed., Roma 1987, pag. 63

singolo, appare vissuto angosciosamente, il senso di vuoto che impera in coloro che, per diverse ragioni, non riescono ad intervenire efficientemente con il loro sistema V.S.S.”¹⁵

Per realizzare una corretta scala di valori è indispensabile la complementarietà tra discipline etiche e psicologiche.

La Weltanschauung

Il cambiamento della visione del mondo, in quest’ottica, più che uno strumento o un elemento del lavoro di relazione d’aiuto è un possibile risultato che, se pur limitato, può modificare l’atteggiamento della Persona nei confronti del problema. “Questa concezione, [...] è stata filosoficamente tematizzata da Dilthey che, con *Weltanschauung*, ha indicato la generalizzazione dei dati culturali, artistici e filosofici che incarnano lo spirito di un’epoca, e da Jaspers che nella visione del mondo ha distinto il versante soggettivo costituito dagli *atteggiamenti* e il versante oggettivo rappresentato dalle *immagini* con la precisazione che <<atteggiamenti e immagini del mondo sono astrazioni, che separano ciò che in pratica coesiste>>.”¹⁶

La costruzione stessa del concetto necessita di un approccio filosofico esistenziale e di un approccio psicologico; la ricerca di un cambiamento può trovare esito favorevole proprio nel cambiamento della propria Weltanschauung.

Conclusioni

Al termine di questa mia breve analisi mi pare utile tracciare un breve elenco di considerazioni conclusive:

- le professioni d’aiuto sono strumenti di cura;
- la cura include anche la possibilità di un lavoro per integrare il proprio benessere o quello comune;
- porre solo l’accento sulle differenze tra le singole professioni d’aiuto e, particolarmente, tra alcune di queste e la psicoterapia, può risultare fuorviante;
- al contrario le professioni d’aiuto condividono alcuni elementi di affinità che è utile conoscere a fondo:
- infatti, alcuni di questi elementi di affinità possono concorrere visibilmente al successo della relazione d’aiuto;
- le discipline scientifiche, filosofiche, umanistiche in genere alla base dei modelli per le professioni d’aiuto possono integrarsi e favorire la costruzione di elementi di complementarietà;
- in particolare le competenze filosofiche, psicologiche, antropologiche e cliniche sono fortemente legate nell’approccio al problema del singolo consultante;
- uno studio integrato dei diversi approcci nell’ottica della complementarietà e della differenziazione orientativa potrebbe migliorare la fruibilità delle relazioni d’aiuto e consentire un dialogo aperto e costruttivo tra i singoli professionisti.
- la prospettiva futura della cura dovrebbe riferirsi a concetti generali come i seguenti:
 - o L’integrazione dei saperi amplia le mappe metodologiche
 - o La complementarietà delle metodologie rafforza gli strumenti di cura
 - o La conoscenza delle proprie dimensioni esistenziali stimola la persona al cambiamento delle proprie visioni del mondo

Ormai il tempo delle dicotomie potrebbe considerarsi definitivamente sorpassato, solo l’integrazione può riproporre percorsi di approfondimento della conoscenza nell’ambito della cura: la filosofia, regina del sapere, potrebbe rendere percorribile questo cammino.

¹⁵ Brancaleone F, Buffardi G: op. cit., pag. 47

¹⁶ Galimberti u.: op. cit. pag. 588