

La formazione dello psicoterapeuta in ambito pubblico *

Gabriele Cavaggioni

Questa non è una relazione scientifica, nel senso che non si occupa di definire dati obbiettivabili e comparabili, né è una *review* della letteratura sull'argomento. Questa è solo una riflessione. Su un tema, ritengo, già affrontato da tutti i presenti, poiché tutti siamo già psichiatri o psichiatri in formazione e, come tali, tutti abbiamo dovuto percorrere almeno parte del nostro tragitto nell'ambito di un contesto istituzionale quale quello universitario. Come ogni riflessione, non può esimersi dal confronto con la propria esperienza ed obbliga alla responsabilità personale delle affermazioni.

Lavoro, sin dalla sua costituzione, nel Servizio speciale di psichiatria e psicoterapia. Come avete sentito, intanto, è un servizio medico, per cui si occupa di cura; ed è dell'Università di Roma, per cui si occupa di ricerca, di didattica e, doverosamente, di formazione.

Psichiatria e psicoterapia sono i due termini che inscidibilmente connotano l'aspetto medico del servizio. Il primo indica lo spazio, lo psichico, ed il metodo, medico, del nostro lavoro; il secondo lo strumento, congruo con il metodo, adatto a tale spazio.

Ma ciò che più conta è quella congiunzione che lega i due termini: quell'*e* non indica che al primo si aggiunge il secondo, ma che psichiatria e psicoterapia sono due realtà che, per noi, non possono esistere disgiunte.

Quest'affermazione dà senso, in ultimo, al quarto termine – Servizio *speciale* – che definisce la struttura. Ma in che cosa consiste dunque questa "specialità"? Mi pare sia stato detto: nel ritenere che la psiche malata possa essere curata solo da un'altra psiche che, pertanto, malata non può essere.

Queste prime asserzioni mi servono per collocare altri elementi nel discorso. In medicina non si può ritenere che i macrofagi siano alterati nell'enfisema polmonare: non è un'opinione dei medici, ma una evidente modificazione cellulare. In psichiatria, invece, nulla è strumentalmente obbiettivabile, e pertanto ciò che conta è quello che il medico ritiene. Ciò sta a dire che mentre il meto-

* Relazione presentata all'VIII Congresso della Società italiana di psicopatologia (SOPSI) *Dal disturbo alla malattia*, Roma, 25 febbraio-1 marzo 2003.

do biologico prescinde dal modello culturale di riferimento, in psichiatria qualsiasi formulazione teorica e clinica è impegnativa di tutto l'ambito culturale ed esistenziale di chi la propone e di chi la condivide. Per cui, definendo una realtà umana, lo psichico, come strumento di cura per la stessa realtà di un altro essere umano, di fatto situo l'ambito di questa applicazione medica in uno spazio diverso da quello delle altre branche della medicina.

Tale diversità si sostanzia fundamentalmente nel fatto che mentre le branche mediche si identificano in un territorio biologico-organicista che obbliga ad un intermediario nell'atto terapeutico – tecnico, farmacologico, strumentale che sia –, lo stesso territorio, per quanto sottenda alla psichiatria, non la definisce. La psiche non è un organo o un apparato e di conseguenza lo psichiatra, pur dovendo conoscere i meccanismi cerebrali, non può prescindere nella prassi terapeutica da un metodo che sia congruo e coerente con la tesi sopraddetta, ovvero da una prassi che siamo soliti chiamare psicoterapeutica. Per cui la formazione psicoterapeutica dovrebbe di fatto coincidere con quella dello psichiatra. Ma se diciamo, in ultimo, che la formazione psicoterapeutica deve realizzarsi in una psiche capace di curare, dobbiamo accettare la sfida che questa formazione non riguarda in realtà un modo di fare, ma un modo di essere che si esprime attraverso un'attività. La formazione non riguarda quindi solo un'identità professionale, ma anche, e direi soprattutto, un'identità personale.

Ora, l'Università essendo un'istituzione pubblica legittimata a conferire il titolo di psichiatra ed automaticamente, per legge, quello di psicoterapeuta, dovrebbe essere altresì tenuta a cercare e trovare un metodo atto alla formazione dello stesso o quantomeno a verificare se esiste o no questa possibilità, poiché l'abilitazione all'esercizio della professione è addirittura antecedente all'acquisizione del titolo. Astrattamente questo accade anche per il chirurgo, ma è un dato di realtà innegabile che imparagonabile è il numero di neolaureati che si mettono ad operare, a fronte del numero di psichiatri in formazione o di neopsichiatri che si propongono, paradossalmente finanche per obbligo, direttamente in prima persona e senza alcun riscontro, in una relazione terapeutica. Pertanto, la realizzazione di questo compito è evidentemente complessa e le difficoltà riguardano più livelli.

La formazione teorica potrebbe, apparentemente, non destare particolari ostacoli di apprendimento. Tuttavia, vanno sottolineate almeno tre problematiche.

La prima, tanto banale quanto inalienabile, è il tempo a disposizione. Le attuali direttive europee concedono all'insegnamento della psichiatria un tempo assolutamente inadeguato al compito da svolgere. Sia per la peculiarità dell'oggetto della psiche, diverso da tutti gli altri, come il fegato o il polmone, che durante il corso di laurea sono approcciati in ogni modo dalle più varie angolature, sia per il metodo imposto da questa diversità.

La seconda riguarda, invece, il contenuto della formulazione teorica. Nel termine “psico-terapia” appare evidente che l’intenzione dell’approccio non è puramente conoscitivo, potremmo dire “analitico”, o supportivo, ma mira ad una trasformazione, un cambiamento, in una parola, una cura. Parola, quest’ultima, che in medicina ha un significato elettivo supponente un’inderogabile idea di fisiologia, ovvero di sanità. E quindi, l’unico modello teorico accettabile per una psicoterapia è quello che concettualizza la sanità psichica, senza la quale ogni cura si ridurrebbe al più, come si è detto precedentemente, ad un’aspecifica assistenza.

È falso che in psichiatria l’indimostrabilità dell’ipotesi teorica apra le porte verso una sorta di democratico riconoscimento di ogni formulazione, poiché se la formulazione teorica non parte come minimo dal presupposto di una ricerca di fisiologia, in verità non può e non dovrebbe essere legittimata neppure nell’ambito delle teorie mediche.

La terza, in ultimo, fa da ponte con un secondo livello di difficoltà e riguarda la necessità di affiancare all’insegnamento del modello teorico anche quello della teoria della prassi e della relativa capacità operativa. Se la teoria della prassi richiede di essere congrua con il modello teorico di riferimento, cosa che già di per sé mette in atto, in relazione a taluni modelli, una palese complessità, certamente di molto si complicano le cose quando ci spingiamo a pensare che la capacità operativa non dipende dall’apprendimento di un *modus operandi*, ma dal modo di essere di colui che la mette in opera, posto, come detto, che la propria personale identità sia per lui l’unico reale strumento terapeutico. Anche questo paragrafo mostra la differenza della formazione psichiatrica da quella in medicina generale. In medicina generale la prassi – strumento e metodo – è tendenzialmente standard e ripetibile, per cui può essere insegnata ed appresa. In una psichiatria, invece, come quella postulata, la prassi, se non come teoria della prassi, non può essere insegnata. Da qui, forse, la costituzione di quelli che comunemente vengono definiti “gruppi di supervisione”, che tuttavia talvolta sembrano mascherare il tentativo di supplire al più o meno inconfessato bisogno di un certo processo di conoscenza e trasformazione che riguarda almeno tre dimensioni. Se non altro, nella misura in cui queste possono interferire con un’attività che impone la responsabilità di un intervento, non riconoscibile attraverso i comuni modelli obiettivi. La prima è la motivazione che spinge un soggetto a scegliere medicina prima e psichiatria poi; la seconda riguarda la conoscenza dei propri personali processi emotivi, cognitivi e relazionali; la terza, in ultimo, il rapporto con le proprie dinamiche inconsce intrapsichiche ed intersoggettive. So che tale impostazione comporta l’impossibilità di trovare intermediari tra il medico ed il paziente psichiatrico, ma è proprio per tale ragione che un’adeguata cultura, una conoscenza profonda della psichiatria ed al contempo della propria realtà personale, è doverosa per permettere al primo, se non altro grossolanamente, di poter

distinguere se, come, quando e con chi mettersi in relazione. Mentre la nostra esperienza ci obbliga a denunciare la prassi per la quale troppo spesso lo psichiatra all'inizio della sua formazione è di fatto obbligato a trattare pazienti gravissimi. Un assurdo per qualsiasi altra formazione medica, che fa ipotizzare un preconcetto d'incurabilità e tende a minare la speranza di ogni progetto trasformativo.

Dunque il secondo livello consiste nella pretesa, da molti rilevata, di una formazione personale prima definita "identità psichiatrica".

Forse, in prima battuta, potrebbe essere riesaminata la possibilità di affiancare agli attuali criteri di ammissione alle scuole di specializzazione uno screening che non valuti soltanto le capacità didattiche e culturali del candidato, ma anche le qualità caratteriali. È una ricerca molto difficile di cui faccio fatica ad immaginare finanche un metodo, ma è una ricerca che credo sia irrinunciabile se si vuole tentare il confronto con un'opportunità di formazione che, lungi dall'essere esaustiva, non si limiti però soltanto a quella didattica.

È ovvio tuttavia che a nessuno può essere imposto istituzionalmente un collega che si occupi della sua realtà psichica. Tale scelta non può, comunque, altro che essere libera ed autonoma. Ma, se libera, si deve prevedere la possibilità che possa cadere anche su chi è inizialmente conosciuto per ragioni meramente didattico-istituzionali e naturalmente è evidente che questa eventualità, neppure troppo remota, impone da parte del possibile oggetto di tale scelta una totale libertà ed autonomia interiore non solo personale, ma anche rispetto all'istituzione, pena infiniti e talvolta drammatici risvolti. A maggior ragione l'istituzione, almeno in teoria, dovrebbe poter offrire talune funzioni garanti, sia per l'utente che, non tenuto ad una conoscenza specialistica, non potrebbe fare altro affidamento se non su quelle che possono essere identificate come proprie "capacità empatiche", sia per l'operatore, nella misura in cui non solo dovrebbe offrirgli la possibilità di un confronto necessario e costante, indispensabile in ogni caso al superamento di eventuali *impasse*, ma anche dovrebbe obbligarlo allo sviluppo di ogni rapporto che nasce e si struttura come libera ricerca che abbia la caratteristica della novità scientifica.

Tuttavia, nello specifico, questa realtà presente – l'istituzione – è al tempo estranea ad una relazione che vuole connotarsi come psico-terapeutica. Ciò comporta, pertanto, la necessità di doverla integrare, ma anche quella di non permettere che tale realtà sia in alcun modo sfruttata nella relazione. La relazione terapeutica, costituente della formazione, non può riguardare altri, se non il terapeuta e colui che si sta contemporaneamente formando e curando.

Inoltre, se identifichiamo in questa sorta di *work in progress* la piattaforma di ricerca formativa, dobbiamo da una parte accettare il rischio della possibile interruzione di un iter al di là delle capacità di studio e delle competenze tecniche, e, dall'altra, strutturare un metodo che possa necessariamente rispondere alle esigenze di continuità e riscontro nel tempo.

La formazione psichiatrica psicoterapeutica riguarda una realtà dinamica, la psiche, non circoscrivibile in altro spazio temporale se non quello coincidente con l'intero arco della vita, per cui se vogliamo arbitrariamente, per quanto legittimamente, giustapporre a questa realtà una "coloritura" professionale, dobbiamo almeno accettare che sebbene la formazione debba essere presupposto dell'attività terapeutica, non possa però essere concepita come realtà definita in quanto acquisita.

La formazione così strutturata, pertanto, non credo sia impossibile, ma certamente implicherebbe un lavoro faticoso poiché obbliga entrambe le parti a tenere costantemente e contemporaneamente presenti e separati i due ambiti – quello personale e quello professionale – e perché costringe ad accettare l'idea, difficile finanche da pronunciarsi, che la formazione psicoterapeutica vada oltre la cura, giacché se questa ha un termine nel recupero della propria sanità originaria, la formazione, nella sua accezione più globale, potrà terminare solo quando si dovesse decidere di smettere di fare questo mestiere.

Allo stato attuale, dunque, tranne particolari e rare eccezioni, la formazione dello psichiatra, ovvero dello psicoterapeuta, nell'istituzione può essere solo parziale. Certo, non può essere una regola. Oggi l'istituzione può realizzare una formazione teorica e offrire, in particolari circostanze e a particolari condizioni, un'opportunità per la formazione personale, ma non può garantire a tutti quella identità psichiatrica indispensabile per la cura.