

LAURA RECROSIO

L'EVOLUZIONE DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE
NEI CONFRONTI DELLE COSTANTI
TRASFORMAZIONI DELLE REALTÀ
DEGLI OPERATORI PSICO-SOCIALI

I) Il presente lavoro è stato stimolato dall'esperienza dell'autrice, effettuata presso alcune istituzioni sociali, in qualità di esperta di problemi psicologici.

L'attività si è svolta in:

— équipes psico-medico-pedagogiche di scuole elementari e medie (composte da psicologi, medici, assistenti sociali);

— consultori familiari (in cui operano consulenti familiari, assistenti sociali, psicologi, medici, legali);

— convalescenziari e case di riposo per anziani (in cui prestano la loro opera medici, infermieri, assistenti sociali, animatori).

Nel corso degli ultimi anni, all'interno di questi servizi, si è andata sempre più evidenziando una situazione di crisi, con conseguente disfunzionalità dei medesimi, disagio degli operatori, delusione dell'utenza.

Varie ricerche sono state condotte sulle possibili cause del fenomeno, focalizzando l'attenzione su aspetti ora psicologici, ora sociali, storici, economici, istituzionali ecc.

Il mio interesse si è invece rivolto all'analisi, in chiave psicomodinamica, delle più frequenti modalità relazionali che ho osservato instaurarsi fra:

— operatori e utenti;

- operatori e operatori;
- operatori ed esperto.

La scelta dell'oggetto dell'analisi, e della prospettiva psicodinamica, deriva dalla convinzione che la relazione interpersonale, e gli atteggiamenti reciproci in essa emergenti, rappresentino il fulcro intorno al quale gravita la realizzazione di qualunque progetto di intervento a carattere psicologico, anche se di superficie.

Questa convinzione ha come base teorica la rilevanza che la Psicologia Individuale attribuisce alla dimensione interpersonale, sociale, dell'individuo. Inoltre nasce dall'esperienza, ripetuta, della sostanziale insufficienza di soluzioni tecnico-pragmatiche, per ovviare alla crisi dei servizi psico-sociali.

L'analisi da me condotta ha posto in evidenza che, per un effettivo rinnovamento dei servizi che forniscono prestazioni psicologico-psichiatriche, sarebbe opportuno un intervento formativo rivolto agli operatori, diretto a sensibilizzarli sulle dinamiche profonde che influiscono sul loro operato, come esporrò nell'ultima parte della comunicazione.

II) Prima di esporre i dati emersi dall'esperienza, ritengo utile accennare al contesto socio-culturale in cui essa è avvenuta, in particolare alla storia dei servizi psico-sociali, istituiti in Italia circa 10-15 anni fa.

Sulla scia degli iniziali entusiasmi per le scienze psicologiche, ci si è proposti di creare strutture che perseguissero l'obiettivo, generico, di fornire risposte ai problemi psicologici delle persone. Talvolta si è trattato di movimenti spontaneistici, talaltra invece le strutture sono sorte a seguito di un intervento istitutivo legalizzato. In entrambi i casi, comunque, è prevalsa l'improvvisazione nella preparazione degli operatori, tutti indistintamente investiti di competenze psicologiche, in modo esplicito o implicito, e nella strutturazione del servizio, a scapito di una programmazione rigorosa, con basi teoriche e sperimentali.

Infatti sono state introdotte alcune figure professionali (in particolare psicologi e consulenti familiari) senza adeguata preparazione e senza sufficiente chiarezza circa il loro ruolo, come testimonia anche la mancanza di una definizione giuridica delle medesime. Ciò, unitamente all'istituzione delle équipes di lavoro, ha provocato confusione e discordanza fra gli operatori circa i rispettivi settori di competenza e le modalità di collaborazione e di integrazione reciproca. Inoltre ha determinato una scarsa, fuorviante o addirittura inesistente informazione agli utenti circa le finalità e le effettive potenzialità dei servizi stessi. La consistente presenza di personale volontario, non retribuito (soprattutto nelle istituzioni private) ha accentuato i suddetti problemi.

Questa situazione caotica, caratterizzata dalla connotazione poco precisa sia degli obiettivi da perseguirsi, sia dei ruoli ad essi funzionali, ha avuto tre conseguenze principali.

1) La prima è stata quella di favorire negli utenti il crescere di aspettative molteplici, eterogenee, spesso espresso confusamente, con notevole discrepanza fra richieste manifeste e latenti. Ciò ha fatto sì che gli operatori fossero percepiti come figure polivalenti, e onnipotenti, ai quali si poteva richiedere ogni genere di prestazioni, con il diritto di non essere disattesi. Questo atteggiamento è stato pure alimentato dalla tendenza, sempre più diffusa nella prospettiva dello Stato assistenziale, a utilizzare i servizi, anche quelli deputati al mantenimento della salute, passivamente, come qualcosa di dovuto e che deve funzionare, senza che sia necessario un processo di partecipazione attiva, personale.

2) La seconda conseguenza è consistita nel permettere l'elaborazione, da parte dell'istituzione, di finalità ambivalenti e contraddittorie (da un lato l'obiettivo dichiarato di aiutare gli utenti, dall'altro quello latente della sopravvivenza dell'istituzione).

3) La terza concerne le difficoltà insite nel lavoro di équi-

pe, fra queste la crisi di professionalità che talora, dal confronto reciproco, può essere indotta o evidenziata.

III) Nel contesto ora descritto, ho osservato che gli atteggiamenti più spesso emergenti nei rapporti fra operatori e utenti, operatori e operatori, operatori ed esperto in problemi psicologici, sono di tre tipi:

- atteggiamento di tipo depressivo con svalorizzazione;
- atteggiamento di dipendenza passiva con ipervalorizzazione;
- atteggiamento manipolatorio.

A mio parere, i tre atteggiamenti individuati hanno in generale il valore di meccanismi difensivi nei confronti della frustrazione della propria volontà di potenza, che ciascun operatore sperimenta nello svolgimento della propria professione; e che ciascun utente vive nel momento in cui si pone nella posizione di richiesta di aiuto.

Ritengo importante sottolineare che, a mio avviso, detti atteggiamenti non stanno in un rapporto di causa-effetto con la situazione storica e socio-culturale italiana, bensì che la scarsa strutturazione dei nostri servizi ha semplicemente facilitato, fungendo da cartina di tornasole, l'emergere di dinamiche relazionali complessive, sempre presenti e individuabili. Infatti ogni intervento di consulenza e assistenza psicologica si svolge in una realtà comunque complessa e composita, che sfugge a qualsiasi tentativo di codificazione e di schematizzazione.

Descriverò ora più dettagliatamente le modalità relazionali suddette, il loro significato psicodinamico e i rischi che esse comportano, ai fini del raggiungimento degli obiettivi propri di ciascun servizio.

Atteggiamento depressivo con svalorizzazione

Consiste, da parte degli operatori, in atteggiamenti di scetticismo o di accusa rivolti alle carenze delle istituzioni sociali, o a un'altra categoria professionale presente nell'équipe, o all'esperto di psicologia, oppure di sfiducia nelle possibilità di intervenire con alcuni clienti particolarmente «difficili».

Atteggiamenti analoghi si riscontrano negli utenti, verbalizzati con: «Non credo che i miei problemi si possano risolvere; nessuno può far qualcosa per me; ho provato inutilmente tante cure, ecc.». In tal modo sono espressi l'intensa svalorizzazione dell'operatore e nello stesso tempo il totale scoraggiamento circa le proprie risorse e capacità di modificare una situazione.

Appare evidente che il significato psicodinamico di tali atteggiamenti è il mantenimento della propria autostima, sorretta da una finzione di onnipotenza, per cui gli insuccessi, intollerabili, sono sempre attribuiti ad *altri* (persone o situazioni) e la rabbia provata è indirizzata all'esterno.

Talvolta si ricorre a una finzione rafforzata, che imputa a cause esterne l'inefficacia del proprio intervento o addirittura la dà per scontata.

Nell'ambito di tale finzione, il riconoscimento della propria umana limitatezza diviene quasi un atto di coraggio. Si rimane così racchiusi in una posizione di stallo.

Analogamente negli utenti la posizione depressiva può permettere una valorizzazione paradossale al negativo, del tipo: «Sono così *al di sopra* degli altri con la mia sofferenza, che nessuno può aiutarmi», con il rifiuto inconscio di rinunciare a questa sofferta modalità di realizzazione della volontà di potenza.

Se operatore e utente (oppure operatore ed esperto) colludono sia nell'atteggiamento di attacco all'istituzione, sia nel-

l'enfatizzazione della gravità di un caso, ne risulta impedito qualsiasi progresso.

Inoltre, la svalorizzazione da parte dell'utente può indurre nell'operatore la necessità di *dimostrare* a tutti i costi la propria capacità, ad esempio ricorrendo a consigli diretti, o a interventi in qualche modo colpevolizzanti e punitivi verso l'utente.

L'atteggiamento depressivo è stato riscontrato più frequentemente fra i genitori di allievi che già si erano rivolti ad altre istituzioni per accertamenti e interventi psicologico-psichiatrici e fra gli anziani delle case di riposo.

Per quanto concerne gli operatori, esso si è evidenziato per lo più:

— Nei *medici*, di qualsiasi ambito, in relazione a un vissuto personale di intolleranza verso la possibilità che *altri* possano adeguatamente affrontare la malattia e il disagio psichico, considerati qualcosa di nebuloso, difficilmente codificabile scientificamente.

— Negli *insegnanti*, soprattutto nei meno giovani, poco sensibilizzati culturalmente alle tematiche psicologiche, che spesso tendono a vedere il servizio psicopedagogico più come fonte di interferenza che di collaborazione.

— Negli operatori delle case di riposo.

Sottolineo che il comune atteggiamento di ospiti e operatori di istituti geriatrici può essere riferito, in generale, al fatto che l'età senile comporta obiettivamente profonde modificazioni, in senso riduttivo, delle tre principali forme di realizzazione dell'uomo (i tre compiti vitali). Essa quindi costituisce un'esperienza di perdita, il cui riscontro emotivo è la depressione, sia in chi la vive personalmente (l'anziano), sia in coloro che, assumendosene il compito assistenziale, si scontrano con l'impossibilità di cambiare questa realtà.

A ciò vanno aggiunti due altri elementi che contribuiscono ad aumentare il senso di inutilità, di isolamento, di emarginazione, dell'anziano ricoverato: 1) il ricovero non rappresenta quasi mai una libera scelta; 2) negli istituti geriatrici si concede preminente rilievo alle necessità fisiologiche, rispetto a quelle psico-emotive, con scadimento o inesistenza dei rapporti interpersonali fra assistiti e operatori.

Atteggiamento di dipendenza passiva con ipervalorizzazione

Consiste nella totale fiducia in chi detiene il «sapere», inteso come strumento che permette una risoluzione pressoché magica dei problemi. Lo si ritrova, fra gli utenti, verso gli operatori e il servizio in generale cui ci si rivolge; fra gli operatori, nei confronti dell'esperto, o dell'équipe o della stessa istituzione.

L'elemento comune con l'atteggiamento depressivo, precedentemente analizzato, consiste nella *passività*, ovvero nel rifiuto di mettersi in gioco personalmente, affrontando i rischi che l'acquisizione di responsabilità comporta. In effetti, l'enfaticizzazione della efficienza delle strutture di appartenenza, o dell'esperto, o dell'operatore che si occupa di noi, permette, attraverso un meccanismo di identificazione, sia la soddisfazione del bisogno di appartenenza a un gruppo, sia la realizzazione indiretta della propria volontà di potenza.

Fra gli utenti, l'atteggiamento ipervalorizzante è emerso sia fra i *genitori* di scolari, sia fra gli *utenti* di *consultorio familiare*. I primi spesso richiedono spontaneamente un colloquio con lo psicologo scolastico, durante il quale parlare dei problemi del figlio equivale, per lo più, a un tentativo di verbalizzare le proprie ansie di educatori e di demandare ad altri il compito educativo. I secondi, dal canto loro, spesso equivocano sul termine «consulente familiare» e lo investono nel ruolo di «dispensatore di consigli».

Fra gli operatori, l'atteggiamento di ipervalorizzazione contraddistingue sia gli operatori delle équipes scolastiche, sia quelli del consultorio del familiare, i quali collaborano in modo più strutturato con l'esperto di psicologia.

In generale, il fatto di ipervalorizzare l'esperto rivela il desiderio di eseguire compiti a favore degli utenti, mettendo in pratica i suggerimenti dell'esperto stesso e proponendosi agli utenti nella stessa veste di chi dà suggerimenti, invece di acquisire e favorire la consapevolezza dei problemi presentati.

Atteggiamento manipolativo

Improntato all'ossequio, talora al vittimismo, è caratterizzato dal tentativo di utilizzare l'interlocutore per il raggiungimento di mete fittizie, non corrispondenti a quelle manifeste. Si tenta cioè di esercitare un controllo «dal basso», che pone in una posizione di effettiva superiorità, all'interno di una relazione apparentemente collaborativa.

Esso è stato osservato, sia nella scuola, sia nel consultorio familiare, in soggetti che si prefiggevano l'utilizzazione del servizio per raggiungere obiettivi ben precisi e concreti: iscrizioni di bambini esclusi dalle graduatorie, concessione di sussidi, sistemazione di familiari scomodi ecc.

Fra gli operatori, esso emerge per lo più fra i volontari che prestano servizio nei consultori, i quali tentano di ottenere dall'esperto una conferma della validità del proprio operato.

Desidero soffermarmi sul tema del *volontariato*, in quanto ritengo che in esso siano insiti notevoli problemi.

Il volontariato può essere interpretato come meccanismo di compensazione fittizio, che spesso, sotto un apparente sentimento sociale, maschera la resistenza alla modificazione di uno stile di vita improntato a un eccesso di volontà di potenza. Così i volontari possono tendere a proporsi come «mam-

ma e papà buoni», manifestando nei confronti degli utenti un atteggiamento come di «adozione», con la conseguente aspettativa di un riconoscimento encomiativo e di una dedizione che può opporsi alla possibilità di crescita. In questa modalità di approccio, l'atteggiamento dell'operatore non è effettivamente all'insegna del sentimento sociale, quindi collaborativo, ma volto a ottenere gratificazione personale.

IV) Dalle considerazioni finora espresse scaturisce, a mio giudizio, l'opportunità di integrare la preparazione teorico-tecnica degli operatori psico-sociali con una adeguata esperienza formativa che si prefigga:

1) di individuare e di analizzare le motivazioni profonde che li hanno indotti a scegliere la loro attività;

2) di evidenziare gli atteggiamenti e le dinamiche che gli operatori mettono in gioco nello svolgimento della loro professione, in particolare le modalità con cui, all'interno di essa, consapevolmente o inconsapevolmente, tentano di realizzare le loro istanze di autorealizzazione e di sentimento sociale;

3) di sensibilizzare gli operatori alla costante e autonoma ricerca di tali dinamiche, ovvero al riconoscimento del loro stile di vita e delle modalità relazionali, da esso determinate, emergenti in ambito professionale.

Gli obiettivi di questa esperienza formativa non presuppongono una ristrutturazione della personalità degli operatori, che richiederebbe un intervento analitico individuale; viceversa ritengo che essi siano realizzabili nell'ambito di *gruppi di discussione*. Questi devono possedere alcuni requisiti essenziali:

1) Non superare il numero di *10 - 12 partecipanti*.

2) *Essere omogenei* circa l'istituzione di provenienza dei partecipanti (potendo addirittura coincidere con l'équipe di lavoro). Nel caso di gruppo composto da operatori di ambiti

diversi, è auspicabile la presenza delle varie figure professionali abitualmente presenti nelle équipes.

3) Essere *eterocentrato*, ovvero avere come tema specifico le esperienze vissute nel contesto di lavoro, senza riferimenti a sfere extraprofessionali e senza approfondimenti personali. Non si esclude che dalla situazione di gruppo possa scaturire il suggerimento di un approfondimento individuale.

4) Essere *condotto da un esperto*, che possieda una formazione psicodinamica (analitica) individuale, unitamente a una conoscenza approfondita teorico-pratica delle dinamiche e della conduzione dei gruppi.

La scelta del gruppo come strumento di lavoro formativo è determinata dal fatto che l'esperienza nel gruppo è analoga, nei suoi elementi strutturanti, alla relazione che l'operatore instaura con il cliente: si viene così a creare una situazione di *reversibilità*, che permette di vivere un'esperienza, ma anche di osservarla e analizzarla, distaccandosene. Inoltre ritengo che, per l'équipe di lavoro, sia opportuno poter disporre di un momento di verifica comune del proprio operato e al tempo stesso poter esplicitare eventuali divergenze e contrasti.

Mi preme ribadire che un presupposto fondamentale per il funzionamento del gruppo è rappresentato dal fatto che il *conduttore* sia fornito di solida preparazione personale. Infatti egli deve essere in grado di:

— Controllare i tentativi di autocentrimento del gruppo (che trasformerebbero l'esperienza da formativa a pseudo terapeutico/analitica).

— Cogliere e gestire adeguatamente le modalità relazionali che i membri del gruppo attuano nei suoi confronti. In particolare, in base all'esperienza riportata, deve poter evitare o di essere coinvolto nell'immobilismo depressivo o di accettare il ruolo di detentore del «potere-sapere» o di sentirsi attaccato dalla manipolazione e cadere in atteggiamento di scontro.

Ritengo che il modello teorico della Psicologia Individuale possa rappresentare uno schema di riferimento proficuamente utilizzabile nel tipo di formazione ora descritta, non solo per l'attenzione alla unicità e unitarietà dell'individuo e alle sue interazioni con l'ambiente, e per il finalismo interpretativo, ma anche l'interesse verso il *lavoro*, inteso come una delle tre modalità fondamentali di realizzazione dell'uomo.

In particolare, circa il significato della scelta lavorativa in ambito psicosociale, l'interpretazione psicodinamica evidenzia due possibilità:

1°) essa può rappresentare una modalità equilibrata di realizzazione sia della istanza autoaffermativa, sia di quella improntata al sentimento sociale;

2°) oppure in essa la manifestazione di sentimento sociale può configurarsi come una finzione rafforzata ed essere prevalentemente al servizio della volontà di potenza.

Gli operatori psicosociali devono costantemente aver presente il rischio insito nella seconda eventualità, se desiderano svolgere efficacemente la loro professione.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ACCOMAZZO R., FULCHERI M.: «La psicologia individuale di fronte ad alcune problematiche istituzionali», 2° Congresso Naz. S.I.P.I., Camogli, 1981.
- ADLER A.: «Il temperamento nervoso», Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: «Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo», Newton Compton, Roma, 1975.
- ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R.: «The individual psychology of Alfred Adler», Basic Books, New York, 1956.
- CIGOLI V.: «Processo formativo e lavoro di formazione» in «Innovazione educativa», Vita e Pensiero, 1977.
- CHRISTENSEN O., SCHRAMSKI T.: «Adlerian Family Counseling», Educational Media Corporation, Minneapolis, 1983.
- DREIKURS R.: «Psychodynamics, Psychotherapy and counseling», Alfred Adler Institute of Chicago, 1967.
- GUNTRIP H.: «Una completa teoria delle relazioni oggettuali, della personalità e interazione umana», Boringhieri, Torino, 1967.
- FULCHIERI M., RECROSIO L., CISONDI R.: «Problemi di comunicazione e supervisione di gruppo nel consultorio», VIII Congresso Naz. UCIP-PEM, Pescara, 1983, in «Consultorio familiare e famiglia», Franco Angeli, Milano, 1984.
- FULCHERI M., RECROSIO L.: «Formazione, evoluzione e ruolo del consulente familiare», Corso di Formazione Regione Piemonte, 1983.
- LAI G.: «Gruppi di apprendimento», Boringhieri, Torino, 1975.
- MUTTINI C.: «A proposito di un'esperienza di gruppo eterocentrata», Rivista di Psicol. Ind., Anno 9, N. 14, 1981.
- PARENTI F., PAGANI P.L.: «La volontà di potenza delle strutture come fattore di disturbo per le finalità etiche della psicoterapia», Atti del XIV Congresso della S.I.P.M., Firenze 1980, Patron Editore, Bologna, 1981.
- PARENTI F. e Coll.: «Dizionario ragionato di Psicologia Individuale», Cortina, Milano, 1975.
- ROVERA G.G. e Coll.: «Il sistema aperto della Psicologia Individuale», Quaderni della Rivista di Psic. Ind., N. 4, 1979.