

**CONFINI E COERENZA DEI CAMPI DI APPLICAZIONE E FORMAZIONE
DELL'ANALISI TRANSAZIONALE: QUALI I CRITERI FONDANTI?***

*José Grégoire***

Traduzione di Laura Pentimalli Vergerio

Riassunto

L'autore esplora il tema dei confini tra i quattro maggiori campi di applicazione dell'Analisi Transazionale: educativo, sviluppo organizzativo, psicoterapia e counseling. Si discute della difficoltà a definire i confini tra questi campi, esaminandone gli aspetti istituzionali, etici e di efficacia. L'autore suggerisce che i confini tra le diverse aree possono essere visti come involucri di coerenza che si sovrappongono piuttosto che come frontiere definite. Viene sottolineata l'importanza di obiettivi e contratti in ogni area e i modi di fornire al cliente protezione e permessi al cambiamento.

Abstract

CRITERIA FOR DEFINING THE BOUNDARIES OF TRANSACTIONAL ANALYSIS FIELDS OF APPLICATION

Boundaries between the four major fields of application of Transactional Analysis – education, organizational development, psychotherapy and counseling – are explored. The difficulties in defining boundaries between these fields are presented in terms of efficacy, ethics and institutional aspects. In the context of this discussion, the author suggests that boundaries between these fields be viewed as envelopes that overlap rather than as exact borders. The importance of goals and contracts in each field is emphasized as are methods of providing clients with protection and permission to change.

Gli analisti transazionali europei si preoccupano oggi di definire i differenti campi di applicazione dell'Analisi Transazionale (educativo, organizzativo, clinico, counseling) e cercano di stabilirne i confini.

Le riflessioni seguenti tendono a stabilire i criteri attraverso i quali chi opera in queste aree potrà dare risposte concrete a tali questioni, nelle diverse circostanze.

Una problematica analoga si pone a proposito della formazione, circa i suoi confini rispetto alla terapia. Infatti, benché la formazione non sia definita come uno specifico campo di applicazione dell'Analisi Transazionale, operando all'interno di ciascuno di essi, per quanto riguarda la questione dei confini, suscita problemi simili. Le seguenti considerazioni riguardano dunque anche la formazione.

Questioni analoghe si pongono quando si consideri il campo del counseling.

La questione dei confini dei differenti campi nasce prima di tutto dalla pratica: sono numerose le situazioni in cui un analista transazionale, avendo iniziato un percorso con una persona o con un gruppo, tende a fare interventi che sconfinano o modificano la finalità e il contratto iniziale. È importante allora che egli ne sia consapevole e ne esamini le motivazioni oggettive e soggettive e decida come procedere, con l'aiuto dei suoi formatori. Il mio scopo è di avviare una riflessione *teorica* su questo argomento.

Il problema della ridefinizione del contratto iniziale va esaminato sotto tre aspetti: il primo riguarda l'efficacia. È necessario infatti valutare l'impatto dell'intervento e il suo effetto a partire dai risultati degli interventi precedenti.

Il secondo riguarda l'etica, al tempo stesso distinto e correlato al precedente. Per esempio, che ne facciamo dei valori legati al rispetto e alla protezione della persona e del contratto?

Il terzo è l'aspetto istituzionale, a due livelli: quello delle istituzioni presso le quali lavora l'analista transazionale e quello delle associazioni di Analisi Transazionale. Questo aspetto deve essere considerato con molta chiarezza, senza confondere la dimensione dell'etica con i fenomeni legati al potere.

È evidente che la questione dei confini si pone solo quando la competenza di chi opera è assodata. Attenersi alla propria competenza è responsabilità di ciascuno, nel proprio campo e, a maggior ragione, in un altro campo di applicazione. Un analista transazionale può essere competente in due diversi campi, o almeno può essere competente rispetto a un particolare aspetto su cui sta operando. Tuttavia non è autorizzato a passare da un campo all'altro al di fuori di un setting adeguato, né a mescolare i due campi. Altre volte, invece, è opportuno dare spazio ad approcci integrati, tra due distinte aree.

Parlare dei campi di applicazione dell'Analisi Transazionale comporta sottolineare elementi comuni e differenze.

L'elemento *comune* è proprio l'applicazione dell'Analisi Transazionale. Infatti tutti i campi condividono:

- la teoria di base dell'Analisi Transazionale;¹
- il metodo contrattuale;
- l'orientamento verso l'autonomia;²
- i presupposti filosofici³ sui quali si fondano i precedenti elementi;
- alcuni interventi, come la spiegazione dell'Analisi Transazionale, la ricerca di opzioni comportamentali, la definizione di un obiettivo ecc.

Ciò che è *differente* è il campo di applicazione. Infatti gli operatori applicano l'Analisi Transazionale in setting [*N.d.T.*: in francese, *cadres*] differenti, che implicano:

- un tipo di contratto specifico;
- l'attuazione dell'intervento in contesti istituzionali differenti;
- una competenza professionale specifica, basata su un sapere e un saper fare proprie di ciascun campo, come le scienze dell'educazione, le scienze sociali, le scienze dell'organizzazione e, per il campo clinico, la psicopatologia non transazionale;⁴
- relazioni e modalità d'intervento differenti;
- l'appartenenza a un sottogruppo particolare in seno alla comunità dei transazionalisti.

Queste differenze sono nette, tuttavia non dirimono la questione dei confini.

Considerato globalmente, ciascun campo è chiaramente distinto dagli altri tanto quanto lo sono professioni differenti.

Il problema dei confini si pone a livello di intervento o di insiemi di interventi particolari, poiché alcuni interventi o metodi possono far parte dell'armamentario di più campi. Sovente, è in questi casi che si pone il problema dei confini.

Il nostro compito non è quello di individuare gli elementi essenziali della pratica nei diversi campi (tema, questo, per un intero volume, da scrivere in

collaborazione!), ma è quello di individuare criteri decisionali per quelle situazioni particolari dove non si individui chiaramente l'essenza di questo o di quel campo.

L'immagine della frontiera territoriale e le relative rappresentazioni

Normalmente, quando si pensa "frontiera", viene in mente un'immagine territoriale, quella di una linea che separa due paesi o due territori che, per definizione, non hanno alcun punto comune.

Questa immagine produce delle rappresentazioni in cui certi *contenuti* sono considerati propri di certi campi e completamente assenti in altri. Si ha dunque facilmente l'impressione che un analista transazionale esorbiti dal suo campo per il semplice fatto che un suo intervento possa essere fatto in un campo diverso dal suo, sebbene sia fatto in un contesto e con un significato molto differente.

Questo modo di pensare, per esclusione di contenuti, mette in evidenza alcuni elementi, realmente importanti per quel campo, tende però regolarmente a misconoscere la ricchezza di un altro campo e, conseguentemente, dell'Analisi Transazionale, comune a tutti i campi.

Per dimostrarlo, prendiamo l'esempio del campo clinico, l'area in cui queste rappresentazioni sono più frequenti, ed esaminiamo a questo proposito alcune idee relativamente diffuse.

La preoccupazione circa i confini del campo clinico è dominante fra i transazionalisti. Questa asimmetria quantitativa (la questione è affrontata più spesso), ma anche qualitativa (è trattata in termini differenti rispetto agli altri campi) ha diverse ragioni:

- la preoccupazione della protezione della persona;
- la maggiore complessità del problema in psicoterapia;
- una necessaria riflessione sulla pratica, in funzione delle situazioni trattate;⁵
- timori legati al processo dell'esame di primo livello nei campi non clinici, dove le domande su questo punto servono spesso, e talora solo a questo, a valutare l'etica del candidato.⁶

Tutto ciò deriva dall'evoluzione storica dell'Analisi Transazionale, caratterizzata da un lato da un dibattito interno alle istituzioni degli analisti transazionali circa i diversi campi,⁷ da un altro lato da circostanze esterne, come la futura regolamentazione ufficiale della professione del terapeuta in Europa.

Sul piano teorico, benché sin dalle origini siano stati fatti interventi nelle organizzazioni,⁸ la maggior parte dei concetti di A.T. sono stati elaborati anzitutto in funzione della terapia, con una notevole fecondità per tutti i campi, ma con qualche distorsione: l'accento sulla patologia (giochi psicologici, aspetto negativo del copione...), piuttosto che sul funzionamento normale (transazioni dirette, intimità, gestione dei bisogni, autonomia...) e sulla crescita sana.⁹

Tutto ciò ci invita a considerare i campi nel loro insieme, andando oltre la necessaria riflessione sulla specificità del campo clinico.

Applicato alla terapia, questo pensiero dicotomico, legato all'immagine della frontiera territoriale, si esprime sotto diverse forme.

1. Certi soggetti, certi temi sono riservati alla terapia.

Le difficoltà sessuali, per esempio, sono un "oggetto" terapeutico? Difficile sostenerlo: diversi interventi di counseling se ne occupano (per esempio, l'ascolto telefonico). Questo tipo di confine, d'altronde, si applica soltanto a casi particolari; nella maggior parte delle situazioni non permette all'operatore di decidere se

oltrepassa o no i confini del proprio campo per impegnarsi in un intervento terapeutico non coerente con la sua attività.

2. La terapia è il campo dell'intrapsichico, gli altri campi si occupano del comportamento.

Michael Reddy, in un testo importante¹⁰ scritto per la formazione dei consulenti in azienda, distingue tre livelli del comportamento:

- il primo è il *comportamento osservabile*, “pubblico”, conosciuto o conoscibile da tutti.

- Il secondo comprende le *implicazioni interne del comportamento*, cioè i processi intrapsichici sottostanti: attitudini, dialogo interno, intenzioni, posizioni di vita, “punti deboli” dei giochi, ecc. Questi elementi si manifestano attraverso il comportamento non verbale e sono oggetto di analisi in tutti i campi di applicazione dell'Analisi Transazionale.

Chi contesterà a chi fa formazione sulla comunicazione, o sulla negoziazione, il diritto e, al tempo stesso, la necessità di affrontare talora il dialogo interno o le posizioni di vita?

Dunque, il solo fatto di lavorare a questo livello, incontestabilmente intrapsichico, non può definire i confini territoriali del campo clinico, poiché è comune a tutti i campi, sebbene ciascuno di essi, e particolarmente il campo clinico, abbia modalità specifiche per trattarlo.

- Il terzo livello è la realtà interna “completamente privata”, che comprende fra l'altro l'esperienza soggettiva del comportamento e la “banca delle registrazioni” di ciascuno stato dell'Io.¹¹

Ciò rinvia alle due ipotesi seguenti.

3. Al campo clinico la struttura, agli altri la funzione.

Certamente, nel percorso clinico la struttura ha un posto essenziale e particolare. Ma non è vero che gli altri campi si occupino solo della funzione.¹² Un counselor aziendale o un formatore, per non citare che questi, non si occupano semplicemente del cambiamento puntuale di alcuni comportamenti: hanno un compito più importante, quello di mettere in luce e di trattare le tendenze costanti che stanno alla base delle reazioni ripetitive dell'individuo. Questo non implica solo una dimensione funzionale, ma anche una dimensione strutturale, poiché l'intervento fa emergere elementi che accompagnano costantemente la persona, a partire dal suo passato. Inoltre ci sono almeno due aspetti strutturali di cui è difficile dire che siano campo riservato della terapia: il tipo di personalità, spesso analizzato utilmente negli approcci non clinici,¹³ e il copione, in particolare le credenze.

4. La terapia è l'unico luogo del cambiamento del copione, la terapia è l'unico luogo del cambiamento delle ingiunzioni.

Esaminiamo dettagliatamente questa ipotesi. Anche qui è chiaro che certi cambiamenti di copione, specialmente quando le difese siano rigide, non avvengono senza un aiuto terapeutico. Ma dire che il copione non cambia al di fuori della terapia sarebbe una generalizzazione eccessiva. Per fortuna!

Berne scrive:

L'apparato del copione è molto più flessibile di quello genetico e viene incessantemente modificato dalle influenze esterne, come certe esperienze vissute e le ingiunzioni introdotte da altre persone. Raramente è possibile predire quando e come

un estraneo dirà o farà qualcosa che può cambiare il copione di qualcuno. Può trattarsi di un'osservazione anodina, ascoltata in una festa campestre, o in un corridoio, oppure può trattarsi degli effetti di relazioni formalizzate come quelle del matrimonio, della scuola o della psicoterapia.¹⁴

Gli operatori del campo educativo saranno certamente interessati di vedere la scuola accostata alla terapia in un testo berniano che tratta direttamente del cambiamento di copione. Campos,¹⁵ da parte sua, ha mostrato come l'educazione intervenga preventivamente sul copione.

Generalmente, la crescita sana produce essa stessa revisioni e cambiamenti di copione: la teoria dei cicli di P. Levin¹⁶ lo mostra bene.

Kegan¹⁷ parla di una "terapia naturale", inerente alla crescita, che distingue dalla "terapia non naturale", il trattamento psicoterapeutico.

Facciamo un altro passo. Se il cambiamento del copione può aver luogo nell'insieme dell'esistenza e non soltanto in terapia, i percorsi di formazione o di applicazione non terapeutica dell'Analisi Transazionale devono essere considerati come terreni fertili, a questo proposito, poiché la persona riceve informazioni, permessi, protezione e potenza. Questo cambiamento non è solo l'effetto collaterale di un percorso orientato verso altri fini: regolarmente, il cambiamento del copione è un esito consapevolmente perseguito dai percorsi non clinici. Tuttavia la terapia non perde la specificità della sua funzione: interviene per trattare direttamente i "nodi" che bloccano la crescita, in un setting particolare, con un contratto e delle tecniche appropriate.

Consideriamo le "spinte". Ebbene, queste sono trattate e consapevolmente modificate nei campi non terapeutici. Ad esempio, il conduttore di un laboratorio per la gestione dei tempi o dello stress, il professore di educazione fisica che insegna a rilassarsi e concentrarsi correttamente, prima di uno sforzo, l'infermiere che rassicura l'ammalato, prima di un'operazione chirurgica, lavorano a questo livello e, spesso, ancor più profondamente.

Ciò vale anche per le ingiunzioni e le convinzioni di copione, spesso correlate. Ecco alcuni esempi.

L'insegnante che stimola l'allievo che si considera una "nullità" in matematica a prendere coscienza delle sue capacità, lo aiuta a modificare una convinzione su di sé.

Questo intervento è parte integrante del lavoro di un insegnante.

La stessa cosa si può dire dell'operatore sociale che aiuti un gruppo di aspiranti lavoratori a considerarsi validi e capaci di trovare un lavoro.

Aiutare una persona a relazionarsi con un'autorità esterna o con il suo stesso Genitore normativo interno è, nella maggior parte dei casi, un lavoro a livello di ingiunzioni («Non essere te stesso», «Non pensare», «Non dire quel che pensi», «Non essere importante» ecc.) Un lavoro del genere, di solito, va a toccare e modificare elementi arcaici, proiezioni e introiezioni genitoriali.

Il formatore in A.T., che prepara i futuri analisti transazionali all'esame di primo livello, dovrà prima o poi occuparsi delle ingiunzioni «Non riuscire», «Non essere importante» o «Non appartenere», che inducono gli allievi a svalutare le loro capacità reali e, quindi, all'astensione o al sabotaggio. Va detto che questo ruolo del formatore non coincide con quello del terapeuta, infatti il primo accompagna un itinerario professionale, il secondo un itinerario personale.

Ma, direte, se il percorso dei campi non clinici ha un impatto effettivo a livello degli elementi arcaici, delle convinzioni esistenziali, delle introiezioni, è però vero che li elabora in modo indiretto, attraverso elementi del presente. Infatti, a livello di linguaggio, l'operatore si ferma al qui-e-ora.

Da qui la domanda: la terapia si definisce attraverso il ritorno *esplicito* al passato?

Ritengo che sia una questione di processo, non di contenuto, come specifichiamo di seguito.

Il processo: il ritorno esplicito al passato è specifico della terapia?

La differenza di processo è netta nel caso del consulente aziendale che aiuta una persona a relazionarsi con l'autorità (o a esercitare la sua autorità). Se egli lavora su una o su diverse ingiunzioni, a livello di processo, non dice: «Parla con tuo padre», non evoca la figura genitoriale antica, non la nomina neppure, quantunque sia consapevole del ruolo di quella, nel passato, e dell'attuale presenza dell'introiezione.

Allo stesso modo, un insegnante tratta le convinzioni di copione nella forma attualizzata, spesso meno generale, rivolta alle capacità della persona, piuttosto che alla sua identità. Per esempio, aiuta l'allievo a dire a se stesso: «Sono una nullità in matematica» e non «Io sono un incapace, nessuno mi amerà. Mio padre, mia madre non saranno mai soddisfatti di me».

Il copione, dunque, è affrontato indirettamente, attraverso le distorsioni visibili nel presente.

Questa non è una ragione sufficiente per dire che non c'è un vero cambiamento di copione o che la "struttura" non è cambiata. Anche in terapia il cambiamento di copione non passa necessariamente attraverso il ritorno esplicito al passato.

Quando Berne¹⁸ descrive la funzione delle tre P nella terapia, generalmente si riferisce al presente. Una nuova esperienza, alternativa alle ingiunzioni, è resa possibile dalla sicurezza offerta (Protezione), dall'incoraggiamento (Permesso) e dal sostegno (Potenza), nell'attualità del gruppo.

Anche le «sette componenti della terapia ridecisionale» si collocano soprattutto nel qui-e-ora: accentuare la potenza e la responsabilità della persona..., favorire un contesto nutritivo..., offrire un modello di comportamento..., separare il mito dalla realtà..., confrontare l'incongruenza.¹⁹

Per cambiare il copione, dunque, il ritorno al passato è uno strumento potente, ma certamente non obbligatorio.

Nei campi non clinici talora accade che si parli del passato in termini espliciti. È il caso in cui la persona ne parla spontaneamente o quando il percorso non può essere fatto senza anamnesi. C'è tuttavia una differenza: la persona che parla del suo passato, per esempio, nel contesto di un intervento sociale, generalmente non rivive i pensieri, i sentimenti e i comportamenti di allora, anche se può prendere posizione di fronte a esso e decidere di modificare l'impatto attuale. Si può dire, in altri termini, che in tal caso il modo di riferirsi al passato è "storico", piuttosto che "fenomenologico".²⁰

Comunque, non si possono escludere completamente le regressioni spontanee, particolarmente quando la persona parla di un trauma in un contesto educativo o di counseling. Ciò non vuol dire che l'operatore non abbia messo in atto una protezione adeguata o che, inconsciamente, abbia indotto la regressione.

Dunque, a livello di processo, un elemento specifico della terapia va ricondotto alla riattivazione *intenzionale* dell'esperienza, così come la persona l'ha vissuta lì-e-allora.

Considerazioni simili valgono per l'analisi del transfert. Considerato come fenomeno (contenuto), il transfert non è esclusivo della terapia. Infatti è riconoscibile in diverse relazioni: formando-formatore, assistito-assistente, collaboratore-superiore gerarchico, ecc. In tutti i campi talora succede che si gestisca il transfert indirettamente, a partire dal qui-e-ora: invitare a sostituire transazioni Bambino-Genitore con transazioni Adulto-Adulto è un modo di farlo. Ma il processo di analisi esplicita del transfert, specialmente nelle sue dimensioni arcaiche, è proprio della terapia, così come la conseguente possibilità, per il terapeuta, di farne uno dei fili conduttori del percorso.

La terapia, più che gli altri campi, dunque, è predisposta per esplorare esplicitamente il passato della persona e le dimensioni arcaiche del transfert.

Al contrario la cultura del campo organizzativo non ci pare particolarmente predisposta rispetto a questo tipo di intervento.

Ma questa attenzione non costituisce il solo criterio valido, nelle situazioni in cui si pongono problemi di confine, infatti la terapia non si riduce a questo particolare processo di analisi del transfert, e un operatore può adottare impropriamente modalità terapeutiche, pur senza mai analizzare il transfert.

Tuttavia, questa particolare attenzione ci fornisce un'indicazione preziosa.

Non si tratta tanto di cercare i nostri criteri in ciò che è presente in un campo e non nell'altro, ma piuttosto di focalizzarci sull'unità interna al processo di un determinato campo. Questo ci permette di abbandonare l'immagine delle frontiere "territoriali", per riflettere in termini più critici su un'altra concezione di frontiera.

Un altro tipo di frontiera: "involucro di coerenza"

L'immagine della frontiera territoriale, come si è visto, non tiene conto di alcuni fattori certamente importanti nel campo clinico, al prezzo di un disconoscimento della loro funzione negli altri campi.

Non bisogna stupirsi, dato che questo tipo di immagine è antinomica con la presenza di elementi comuni agli insiemi considerati. Inoltre invita a definire ciascun campo per contrasto rispetto a un altro, piuttosto che in funzione di se stesso.

Ci sono frontiere di un altro tipo, che non hanno bisogno di essere definite per contrasto con un altro insieme. Sono gli "*involucri di coerenza*", che circoscrivono lo spazio all'interno del quale un'energia, un'appartenenza o un processo sono coerenti.

I confini di una persona adulta,²¹ quelli di un gruppo o quelli di un campo sportivo sono di questo tipo. Si determinano in rapporto a una identità, a una coerenza o a regole proprie, indipendentemente dall'esterno. Perciò, tali confini si compenetrano senza confondersi. Penso alle linee di diverso colore tracciate su alcuni campi sportivi o su cortili ricreativi, affinché lo stesso spazio possa servire alternativamente alla pratica di sport differenti, per esempio, tennis e volley-ball.

Trasferita ai diversi campi dell'Analisi Transazionale, questa metafora ne illustra diversi aspetti importanti:

- Il confine si definisce in funzione dell'insieme coerente di un percorso (i confini del campo da tennis si definiscono sulla base delle regole di questo sport, indipendentemente da quelle del volley).

- I diversi campi di applicazione hanno numerosi elementi comuni (il campo da tennis e quello di volley hanno una grande area comune, sebbene ciascuno debordi, in alcune zone).

- A livello globale, i loro percorsi sono radicalmente distinti (le regole del volley non sono quelle del tennis, tanto che è impossibile praticare contemporaneamente i due sport).

Questo vale per i campi di applicazione dell'Analisi Transazionale come per la definizione di un essere umano adulto. Da un lato, definire i propri confini essenzialmente attraverso il rapporto con un altro sarebbe un sintomo di dipendenza simbiotica, da un altro, quando il processo di "definizione di sé" è in corso, è possibile imparare molto dal confronto delle proprie esperienze con quelle altrui.

Ugualmente le domande e il confronto provenienti dai professionisti degli altri campi, fondate su valori comuni, acquistano un senso, una fecondità e una ricchezza ben più profonde.

Data questa concezione della frontiera come «involucro di coerenza», ci resta da ricercare i criteri che permetteranno agli operatori di prendere decisioni appropriate relative ai problemi dei confini. Ed è logico riferirsi ai concetti dell'Analisi Transazionale che prescrivono le condizioni di coerenza di un intervento, in rapporto a se stesso e in rapporto ai valori transazionali: il contratto (di cui ripareremo a proposito della "finalità" del campo particolare) e la protezione.

Primo criterio: la "finalità" del campo di applicazione e il contratto

Un campo di applicazione come quello educativo, organizzativo, il counseling o la terapia comporta una *finalità* specifica. La finalità è più ampia del contratto ed è anteriore. Essa indica l'orientamento dell'intervento sin dall'origine, per il semplice fatto che una persona è in contatto con un operatore di un dato campo.

Ogni professionista ha il compito di definirla quanto più precisamente è possibile nei termini appropriati, con l'aiuto dei suoi eventuali formatori e dialogando con i colleghi del suo stesso campo prima, con quelli degli altri campi dopo.

Per precisare il concetto di finalità, darò una definizione molto generale per ciascun campo.

- La finalità del campo *educativo* è l'accompagnamento della crescita della persona nel suo contesto sociale.²²

- La finalità degli interventi nelle *organizzazioni* è la crescita delle persone e lo sviluppo della loro efficacia professionale in quanto individui che lavorano in una organizzazione, tenuto conto delle esigenze di quest'ultima.²³

- La finalità del counseling, nei suoi molti aspetti (prevenzione del disagio, promozione della salute, reinserimento sociale...), è promuovere lo sviluppo e la crescita delle persone, in una relazione e in un'azione che tenga conto della dimensione psicologica ed esistenziale, nel corso di un tempo definito.

- La finalità della *terapia* può essere definita come l'accompagnamento di un cambiamento personale, specificato direttamente dalla persona interessata. Ritorniamo su questo.

- La finalità della *formazione*, infine, è l'accompagnamento della crescita professionale di professionisti competenti e affidabili nel proprio campo.

Ciascuna di queste finalità apre possibilità di interventi specifici, ne esclude altri e conferisce un potere di tipo particolare. Stabilisce, con ciò, un ambito particolare circa la protezione, i permessi e la potenza:

- essa pone dei limiti (è fonte di protezione) escludendo interventi non correlati a essa, a meno che il contratto non cambi legittimamente ed esplicitamente, nel qual caso è necessario che il nuovo contratto sia compatibile con la finalità iniziale, almeno sino a che il primo intervento e il suo impatto non siano conclusi;
- apre delle possibilità (fornisce permessi), poiché autorizza e legittima gli interventi necessari o funzionali al suo raggiungimento;
- dà un potere e una responsabilità a cui deve corrispondere la potenza. La competenza professionale va considerata come un aspetto della potenza.

È all'interno della finalità che può essere specificato il contratto, il quale aggiunge un elemento supplementare: l'accordo esplicito della persona su un orientamento particolare, più ristretto della finalità propria del campo. È al tempo stesso una specificazione dell'obiettivo, una motivazione per la persona e una guida per chi conduce l'intervento.

Parlando di contratto, bisogna tener conto di tutte le dimensioni:

- gli accordi chiaramente definiti con la persona interessata;
- l'obiettivo e le regole del gruppo eventuale²⁴;
- gli accordi presi con le istituzioni che sono parte attiva nel percorso (dove le nozioni di contratto triangolare²⁵ e contratto multiplo²⁶ assumono rilevanza);
- la funzione sociale del percorso, che implica una relazione spesso implicita, ma sempre presente, con la società. Ciò vale, bene inteso, anche per la pratica cosiddetta "privata".

È necessaria una relazione stretta tra la finalità del campo di applicazione e il contratto, il quale non è legittimo se non si iscrive nella finalità specifica. Perciò l'operatore non può sostituire una finalità con un'altra. Tuttavia, talora è possibile aggiornare un contratto ampliando la finalità iniziale. Il tal caso, chi conduce l'intervento assume un altro ruolo, all'interno di un'altra relazione, e persegue una nuova finalità, che deve essere compatibile con la prima. La chiarezza del tipo di cambiamento, la coerenza con il piano d'intervento e l'accordo esplicito della persona sono condizioni indispensabili.

In alcuni casi, la finalità propria del campo considerato si impone anche senza il contratto. Per esempio, nel caso in cui un padre, oggetto di un'indagine che ha lo scopo di verificare se egli picchia i suoi figli, rifiuta di collaborare, l'operatore sociale ha comunque la responsabilità e il potere di intervenire. Bisogna distinguere situazioni del genere dai casi, molto più frequenti, in cui la domanda della persona è ambivalente, infatti costei vuole e al tempo stesso non vuole raggiungere l'obiettivo dichiarato, oppure vuole raggiungere l'obiettivo, ma rifiuta le condizioni indispensabili per farlo, ecc.

Per quanto riguarda il contratto terapeutico, o perlomeno il contratto di autonomia, ha una caratteristica essenziale: la persona stabilisce direttamente i cambiamenti che desidera attuare nella sfera personale. Questa caratteristica permette di descrivere la finalità terapeutica in tal modo: favorire il cambiamento personale (intrapersonale, strutturale, copersonale) in un percorso in cui è questo l'obiettivo centrale, perseguito per se stesso e determinante tutto il percorso, e non:

- come mezzo necessario o più agevole per raggiungere un obiettivo di un campo differente;
- né come semplice conseguenza positiva del raggiungimento di tale obiettivo.

Si vede dunque che il criterio “finalità-contratto” rende conto della particolarità del processo terapeutico descritto sopra. Una persona che si pone un obiettivo specifico di cambiamento personale e si rivolge a un terapeuta, la cui finalità è proprio quella di accompagnarlo nel raggiungimento di un obiettivo di questo tipo, si aspetta che questi metta in opera i mezzi per farlo, compresa l’esplorazione delle aree private, come gli elementi arcaici del copione, il vissuto corporeo delle emozioni, ecc., utilizzando eventualmente la regressione volontaria, il lavoro diretto sulla struttura, l’interpretazione delle reazioni transferali antiche, o altri processi.

Se il rapporto tra la modalità d’intervento e l’obiettivo non è inizialmente chiaro al cliente, è responsabilità del terapeuta chiarirlo il più presto possibile.

Secondo criterio: il setting e la protezione che fornisce

Il concetto di campo di applicazione non si riduce tuttavia all’idea di finalità e del contratto corrispondente. Tutte le finalità implicano particolari setting che assicurino le condizioni necessarie al loro raggiungimento. Anzitutto implicano la protezione.

Un intervento può essere controindicato, anche se coerente con la finalità e il contratto, nel caso in cui non fornisca una sufficiente protezione. Per esempio, può succedere che un operatore sociale che accompagna una famiglia in cui il padre è alcolista stimoli sufficiente fiducia in lui a cambiare e a fare un percorso personale importante, grazie al suo accompagnamento. In tal caso, l’assistente sociale stimolerà il cliente, al momento opportuno, a servirsi di un terapeuta, poiché il setting psicosociale non è appropriato ad alcuni interventi terapeutici, difficilmente compatibili con un percorso sociale.

1. Un primo aspetto del setting riguarda la *durata* e la *continuità*.

La relazione è di lunga durata, è puntuale o si riduce a qualche minuto, come nell’ascolto telefonico? Una durata breve, anche se di più giorni consecutivi, non dà la stessa protezione di una durata lunga. Bisogna tenerne conto.

2. Secondo aspetto: in quale misura il setting offre alla persona la *sicurezza* sufficiente, soggettivamente e oggettivamente, per *aprirsi* agli altri?

Nelle relazioni individuali, come in gruppo, l’esperienza comune a tutti i campi è duplice: da un lato c’è l’arte del conduttore di favorire un clima di fiducia e una manifestazione di sé nei limiti della protezione; da un altro lato, provocare l’autorivelazione, o lasciare che avvenga senza una protezione sufficiente, impedisce il raggiungimento dell’obiettivo, ma soprattutto non fornisce la protezione e il rispetto dovuto alla persona.

Allorché un cliente si espone più di quanto non sia utile per l’efficacia del percorso, il conduttore deve valutare se è meglio interromperlo, dare un tempo limitato all’autorivelazione, o rinviare ad altro setting (altri tempi, altra relazione, altro contesto).

Lo stesso vale allorché membri di un gruppo fortemente coeso chiedono informazioni o cambiamenti su questioni private.

Un aspetto particolare di questo tipo di protezione riguarda i gruppi non terapeutici, particolarmente in azienda o in formazione, formati da colleghi di lavoro; la loro presenza, per non parlare di quella di un superiore gerarchico, in molti casi limita fortemente la sicurezza dell'autorivelazione.²⁷ In tal caso, una netta separazione tra vita privata e vita professionale è ancor più necessaria. Questa spesso è una condizione irrinunciabile per le buone relazioni nel gruppo e, quindi, per la sua efficacia.

Le decisioni relative a questo secondo criterio possono essere influenzate dalla *cultura* propria del campo considerato, dal gruppo, dall'istituzione, dal contesto, così come dalla *personalità* dei partecipanti.

Un consulente aziendale si asterrà dall'entrare di sua iniziativa nella vita privata dei partecipanti, mentre un operatore sociale talora sarà indotto a porre con tatto domande che sarebbero indiscrete in altri contesti.

Anche la *dinamica di gruppo* è un fattore da prendere in considerazione.

Interventi "eleganti", brevi, che mobilitano poche energie, sono generalmente vissuti meglio di interventi pesanti o emotivamente carichi.

Terzo criterio: non sovrapporre inutilmente le relazioni

Il terzo criterio è una conseguenza dei primi due. In generale, non è sano instaurare più tipi di relazioni con la stessa persona o con lo stesso gruppo, soprattutto se queste hanno una dimensione transferale importante, come nel caso del terapeuta, dell'assistente sociale, della persona che si prende cura, del superiore gerarchico, del formatore, ecc.

Diversi articoli di un numero recente di «TAJ»,²⁸ dedicato all'etica, puntualizzano questo aspetto: «In caso di cumulo dei ruoli, il rischio di nocività aumenta con la incompatibilità dei ruoli».

K. Kitchener²⁹ sottolinea tre ambiti nei quali può manifestarsi questa incompatibilità: 1) a livello delle aspettative dei clienti rispetto ai due ruoli...; 2) a livello degli obblighi che potrebbero derivare dai differenti ruoli (questa incompatibilità potrebbe generare un conflitto di lealtà e carenza di obiettività); 3) a livello della differenza di potenza e di prestigio tra le persone coinvolte in relazioni duplici.³⁰

Tuttavia non si possono escludere percorsi in cui due finalità sono integrate, non mischiate. Per esempio, G. Cartmel, un medico australiano dà ai suoi clienti le informazioni che consentono loro di scegliere, quando è opportuno, fra tre approcci differenti: trattamento "naturale", psicoterapia compresa, trattamento farmacologico, trattamento meccanico. Questo modo di procedere mi sembra esemplificativo di una integrazione senza confusione rispetto alla relazione con la medicina e, in certi casi, con la psicoterapia, a proposito di certi sintomi somatici.³¹

Data l'importanza del transfert, la relazione terapeutica è particolarmente sensibile a questo imperativo: non è bene cumulare il ruolo di terapeuta con un altro ruolo. La sua integrazione con la supervisione pone un problema specifico e suscita presso i diversi autori reazioni differenziate.

Alcuni autori³² sottolineano la complessità e le difficoltà che una simile sovrapposizione può produrre a livello di transfert e i conflitti di priorità che potrebbe generare.

Altri invece testimoniano esperienze positive e insistono sulla dimensione dell'evoluzione personale inerente alla supervisione.

W. Cornell, dopo aver presentato posizioni differenti, in *Analisi Transazionale* e altrove, conclude dicendo:

Non penso che il processo di supervisione, né il benessere dei terapeuti e dei loro clienti siano tutelati al meglio da regole rigide o da divieti categorici riguardanti le doppie relazioni formazione-terapia. Io ritengo che il supervisore e/o il formatore abbia la responsabilità etica di definire chiaramente l'obiettivo e la struttura di un segmento di supervisione e, in funzione di questa, negoziare apertamente una relazione di lavoro con la persona supervisionata.³³

Esempio di applicazione dei criteri: ci sono tecniche riservate alla terapia?

Dati questi tre criteri, si può discutere della loro applicazione. Ad esempio, chiediamoci se esistono tecniche strettamente riservate alla terapia. La mia risposta è positiva nella misura in cui si attuano interventi del tutto incongruenti con il contratto e con una relazione non terapeutica (primo criterio) e/o richiedono una protezione possibile solo nel setting terapeutico (secondo criterio). Mi riferisco alle tecniche che fanno emergere il Bambino arcaico della persona (la regressione o l'evocazione di figure genitoriali del passato: «Abbi sette anni, parla con tuo padre...») e alle tecniche di esplorazione ed espressione dei sentimenti in forma violenta o arcaica (per esempio, certe tecniche di bioenergetica loweniana e la tecnica del "grido").

In nome degli stessi criteri mi sembra che non si debbano escludere dai campi non clinici interventi simili, a partire dall'età reale della persona. Per esempio, per elaborare un lutto in ospedale, può essere un intervento eccellente chiedere: «Che cosa vorresti dire oggi a tuo padre, se fosse ancora qui?».

Aiutare una persona a esprimere i suoi sentimenti attuali, in numerose situazioni non cliniche, è un elemento indispensabile di accoglienza rispettosa del vissuto del cliente, per esempio, con un «Puoi piangere».

Conclusione

In definitiva, diciamo che è legittimo ogni intervento:

- che è orientato verso la finalità generale del campo di applicazione e alla realizzazione del contratto, quando c'è;
- il cui setting offre la protezione necessaria sotto diversi aspetti: sicurezza psicologica, durata, salvaguardia dell'immagine personale e professionale, rispetto della cultura ambientale, dinamica di gruppo;
- che non implica una sovrapposizione inutile o nociva di relazioni multiple.

Io penso che disponiamo di tre criteri che permettono a ogni operatore di prendere decisioni appropriate alle situazioni.

In definitiva, si tratta di forme diverse di rispetto della persona. Queste indicazioni fondamentali non sono solo etiche, ma sono prima di tutto regole di efficacia e prudenza. Se non le rispetta, l'operatore rischia di essere inefficace, suscitando una resistenza, o di trovarsi sopraffatto da complicazioni non previste, se le difese sono travolte.

Queste regole dunque proteggono lo stesso operatore.

D'altra parte, c'è modo di accogliere e valorizzare ogni cambiamento positivo. È incontestabile che cambiamenti personali profondi, compresi quelli riguardanti il copione, avvengono in formazione, in educazione, nel counseling o negli interventi in azienda, così come nella quotidianità.

Al formatore, all'educatore o al counselor spetta il compito di valorizzare e accogliere ciò che succede sotto il loro sguardo e che è la conseguenza benefica della propria azione, rallegrandosi con se stessi e con i clienti.

È un'altra forma di rispetto dell'altro e di sé.

Note

- ¹ Il fatto che la teoria di Berne relativa al campo organizzativo generalmente non sia inclusa nell'insegnamento di base dell'Analisi Transazionale e del "101" pone una questione rispetto alla sua apertura ai diversi campi di applicazione. Alcuni, d'altra parte, riserveranno al campo clinico l'analisi strutturale degli stati dell'Io o del copione. Questa pratica si fonda su una concezione di cui vedremo le lacune più avanti.
- ² BERNE E., *Games people play*, Grove Press, New York, 1964; trad. it. *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano 1984.
- ³ STEWART I. - JOINES V. (1987), *TA Today*, trad. it. *L'Analisi Transazionale*, Garzanti, Milano 1990.
- ⁴ I primi analisti transazionali si accontentavano della diagnosi analitico transazionale. Più tardi, nel 1983, Paul Ware (*Personality adaptation*, in «T.A.J.», 13, 11-19) e altri autori fecero un collegamento con elementi tratti dall'Asse II del D.S.M. III (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali). Va rilevato che in questo periodo viene fatta la distinzione istituzionale del campo clinico dagli altri campi di applicazione dell'Analisi Transazionale. Contemporaneamente T. Kahler elabora uno strumento che egli vorrà sempre più non clinico. Cfr. REDDY M., *Taibi Kahler sous la loupe*, in «A.A.T.», 8, 30, 1984, pp. 63-66; «C.A.T.», 3, pp. 174-77.
- ⁵ Molti counselor, tra gli altri, trattano quotidianamente situazioni strettamente collegate a problematiche personali o familiari.
- ⁶ RAMOND C., *Ethical issues in education*, in «Script», 1994. Riguardo all'esame, un tale processo è unilaterale e poco protettivo per il candidato, mancando riflessioni teoriche comuni ai differenti campi, formulate e pubblicate in termini analitico-transazionali.
- ⁷ HOSTIE R., *La théorie organisationnelle de Berne*, in «A.A.T.», 2, 8, 1978, pp. 146-47; BERNE E., *The structure and dynamics of organizations and groups*, Ballantines, New York 1963, pp. 244-80.

- ⁸ Alcune tappe: distinzione del campo clinico e dei “campi speciali”, con esigenze distinte per l’esame; distinzione del campo educativo e del campo organizzativo; distinzione del counseling, in Europa. Citiamo anche la pubblicazione sempre più frequente di articoli “non clinici” e la presenza sempre più numerosa degli operatori non clinici nelle istituzioni dei transazionalisti.
- ⁹ Cfr. CORNELL W., *Life script theory*, in «T.A.J.», 18, 4, 1988, pp. 270-82; MATZE M., *La formation du scénario: réciprocité plutôt que symbiose*, in «A.A.T.», 13, 51, 1989, pp. 127-32; ZALCMAN M., *Game analysis and racket analysis*, in «T.A.J.», 20, 1, 1990, pp. 4-19.
- ¹⁰ REDDY M., *Niveaux théoriques en A.T.: Formulations et applications*, in «A.A.T.», 5, 18, 1981, pp. 65-69; «C.A.T.», 3, pp. 138-42.
- ¹¹ L’autore conclude dicendo: «Distinguendo i livelli e gli approcci corrispondenti, emerge la necessità di un accordo tra formatore e cliente ad un livello accettabile per entrambi [...] In queste condizioni è possibile lavorare a tre livelli...» (*Ibid.*); «A.A.T.», p. 69; «C.A.T.», p. 142. Alcuni si mostreranno più rigidi e riserveranno questo terzo livello alla terapia.
- ¹² Ci si può interrogare sulla validità teorica di una concezione che separa a tal punto struttura e funzione. Rimarchiamo comunque che “strutturale” non si identifica con “arcaico”.
- ¹³ Il modello dei tipi di personalità di Taibi Kahler, anche se si tratta all’origine di una cancellazione dell’apporto clinico di Paul Ware, *op. cit.*, è formulato in termini di comunicazione nelle organizzazioni ed è utilizzato in tutti i campi.
- ¹⁴ BERNE E. (1972), *What do you say after you say hello?*, trad. it. *Ciao!... E poi?*, Bompiani, Milano 1979.
- ¹⁵ CAMPOS L. (1986), *Empowering children*, in «T.A.J.», 16, 1, 1986, pp. 18-23.
- ¹⁶ LEVIN P., *The cycle of development*, in «T.A.J.», 12, 2, 1982, pp. 129-39.
- ¹⁷ KEGAN P., *The evolving self: problem and process of human development*, Univ. Press, Harvard 1982, p. 262.
- ¹⁸ BERNE, E., *op. cit.* (cfr. nota 14), pp. 309-13.
- ¹⁹ MCNEEL J., *The seven stages of redecision Therapy*, in *T.A. after Eric Berne*, Harper College, New York 1977, pp. 425-41.
- ²⁰ BERNE E., *Transactional Analysis in psychotherapy*, Grove Press, New York 1961.
- ²¹ KAPLAN K., *Teaching individuals to live together*, in «T.A.J.», 18, 2, 1988, pp. 220-30, distingue i confini della persona, riguardanti il processo di individuazione, e i “muri” che hanno condotto all’accettazione o al rifiuto del contatto e che sono frontiere di tipo territoriale. RAMOND C., *Do we want to kill T.A.?*, in «Script», 1994, denuncia da parte sua il grave pericolo esistente nell’edificare dei muri tra i diversi campi di applicazione dell’Analisi Transazionale.
- ²² E.A.T.A., *Training and examination handbook*, 1993, p. 42.
- ²³ *Ibid.*
- ²⁴ Per J. Illsley Clarke, nei gruppi di terapia il contratto è prioritariamente individuale, negli altri gruppi è gruppale, e questo determina differenze a livello di processo del gruppo. Benché l’autore descriva in effetti un tipo particolare di gruppo non clinico, le sue indicazioni succinte sono interessanti. D’altra parte è chiaro che, per lei, il contratto è un criterio fondamentale. ILLSLEY CLARKE J., *La specificité des domaines cliniques dans les groupes*, in «A.A.T.», 8, 30, 1984, pp. 79-80.
- ²⁵ ENGLISH F., *The three-cornered contract*, in «T.A.J.», 5, 4, 1975, pp. 383-84.
- ²⁶ SICHEM V., *Le multicontrat dans la thérapie d’enfants*, in «A.A.T.», 15, 60, 1991, pp. 147-51.
- ²⁷ La regola della riservatezza è certamente indispensabile, ma non sufficiente a gestire questo tipo di situazione.
- ²⁸ «T.A.J.», 24, 1, 1994; MCGRATH G., *Ethics, boundaries, and contracts*, pp. 6-14. CORNELL W., *Dual relationships in T.A.: training, supervision and therapy*, pp. 21-30; NOVEY T., *Comment on Cornell’s dual relationships in T.A.*, pp. 30-31; CLARKSON P., *In*

- recognition of dual relationships*, pp. 32-38, trad. it. in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze umane», a cura di A. Rotondo, 25, 1998.
- ²⁹ KITCHENER K., *Dual role relationships: what makes them so problematic?*, in «Journal of counseling and development», 67, 1988, pp. 217-21.
- ³⁰ MCGRATH G., *op. cit.* (cfr. nota 28), p. 10.
- ³¹ CARTMEL G., *A systematic approach to psychosomatic disease*, in «T.A.J.», 16, 4, 1986, pp. 212-23.
- ³² Cfr. nota 28.
- ³³ CORNELL W., *op. cit.* (cfr. nota 28), p. 29.

* Sur quels critères fonder la cohérence et les frontières d'un champ d'application de l'A.T., ou de la formation?, in «Actualités en Analyse Transactionnelle», 18, 72, 1994, pp. 148-58. Tradotto e pubblicato con il permesso dell'Autore e di «Actualites en Analyse Transactionnelle».

** José Grégoire, psicoterapeuta, analista transazionale clinico (CTA) e didatta in campo clinico (TSTA) dell'EATA (European Association for Transactional Analysis).