
Esser-ci in una relazione d'aiuto tra professione e motivazione

To be in a relation of help
between profession and motivation

Antonio Gentile – Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore scientifico e docente scuola di specializzazione IMePS/ atgentile@libero.it

Flavia Melchiorre – Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile servizio psicologico Casa di Cura Salus/ flavia.melchiorre@libero.it

The changes under way have, on one hand, favoured the birth of new existential problems while fostering, on the other hand, the appearance of new professional skills as regards the consulting relationship. The technical skills acquired, though, may turn out to be inadequate if there is not a clear understanding of the reasons for 'being there' in the relationship. The hypothesis discussed here is that quite often unconscious motivations may underpin behaviors. Seeking to recover a non-defined identity, making up for a lack of affection, or being conditioned by ideological or religious frameworks may all be motivational aspects which end up demeaning the relationship and making it unauthentic. Becoming aware of these needs, defining the roles, making the setting strategically consistent and, last but not least, supervision may all contribute to adequately handling this type of situation.

Keywords: Profession, relationship, motivation, identity.

I cambiamenti in atto, mentre determinano nuove problematiche del vivere, contribuiscono a far emergere nuove professioni, nell'ottica di una relazione di aiuto. Le competenze tecniche acquisite, però, risultano inadeguate se non c'è chiarezza sulle motivazioni che giustifichino l'esser-ci in questa relazione. La tesi che si vuole sostenere è che, spesso, a determinare alcuni comportamenti in merito sono motivazioni inconscie. Il recupero di una identità non definita, la compensazione di un vuoto affettivo, la dipendenza da sistemi ideologici o religiosi sono aspetti motivazionali che finiscono col mortificare una simile relazione, privandola di autenticità. La presa di coscienza di questi bisogni, la definizione dei ruoli, la coerenza strategica del setting, la pratica della supervisione possono aiutare in una gestione adeguata di tutto ciò.

Parole chiave: Professione, relazione, motivazione, identità.

abstract

Nuova società, vecchi bisogni

Complessità e velocità sembrano essere due aspetti caratterizzanti la nostra società; o forse meglio due qualità, perché tali sono, dal momento che esprimono ricchezza di vita, possibilità di crescita. Pensare di sostituirli con la lenta semplicità di una presunta età aurea, sarebbe un'aspirazione mitica e naïf: sarebbe ipotizzare l'isola che non c'è.

Ma ogni ricchezza comporta inevitabilmente un prezzo da pagare, ed è necessario fare attenzione al giusto equilibrio fra costi e benefici, affinché il prezzo pagato non sia superiore al valore della "merce acquistata". Questo è il rischio possibile del nostro tempo, dove il rumore di una sempre più variegata esistenza sembra condurre alla riduzione del senso dell'umano. Questo prezzo altissimo, già pagato con ben altra moneta nel secolo breve, rischia di ritornare oggi, sostituendo alle stragi delle radiazioni atomiche e dei campi di sterminio, l'indifferenza di fronte alla solitudine dell'uomo, disperatamente colmata dalla simpatia di un emoticon.

Di tutto questo si ha ormai piena coscienza, e come risposta immediata si moltiplicano le figure professionali in grado di entrare in una relazione di aiuto, con la speranza/pretesa di poter contribuire a ridurre la sofferenza delle persone. Psicologi, psicoterapeuti, counsellor, mediatori familiari, assistenti sociali, coach, tutor, trainer, consulenti filosofici, ognuno cerca di suggerire tracciati sicuri, moltiplicando i consigli e disseminando saggezza. Le rubriche editoriali rendono evidenza di ciò: *La felicità sul comodino* (Simone 2018), *Lessico della felicità* (D'Incau, D'Onofrio 2019), *Come superare la depressione* (Leveni, Michielin 2017), *Mettici tutto il cuore* (Sarzano, 2019), sono solo alcuni titoli scelti a caso fra tanti.

Eppure, se non ci si interroga su alcune dinamiche di fondo, in riferimento all'operato di queste figure, il rischio è quello di validare professioni capaci di aggiungere altri errori a quelli del passato. Per secoli, infatti, di fronte alla sofferenza interiore, si sono cercate soluzioni possibili, e per secoli si è ritenuto di poterle trovare nella religione, somministrando preghiere di liberazione, unzioni ed esorcismi. Poi, l'irrompere della scienza, tra il XVIII e XX secolo, ha ricondotto la sofferenza interiore alla medicina, la quale però ha ben pensato di trovare nei manicomi, la forma di tutela più adeguata. Ma adeguata per chi? Forse solo per la comunità, che si liberava di un problema.

Bisogna aspettare gli inizi del Novecento, quando con Freud si incomincia ad accettare la possibilità che le menti umane hanno di contaminarsi reciprocamente, perché si apra la strada ad una rielaborazione del tema, che dura fino ai nostri giorni e che vede, tra l'altro, il ridefinirsi di ruoli e funzioni proprie delle professioni di *caring*.

Un cammino che richiede un impegno notevole, soprattutto sui piani formativi, che vede il moltiplicarsi di scuole, corsi, masters, intenti ad elevare le competenze professionali richieste, per essere sempre più professionisti seri e qualificati.

Ma è proprio su questo "essere" che va posta, a nostro parere, l'attenzione, riflettendo sul fatto che non basta "essere", ma bisogna "esser-ci". Sono due verbi apparentemente identici, che esprimono, però, due concetti diversi. Una cosa è "essere" un professionista - basta un esame di stato o l'attestato di una scuola di formazione, per alcuni anche un' autodichiarazione - una cosa è "esser-ci" come

professionista, che significa “stare”, “voler stare”, “saper stare”, all’interno di una relazione.

Il concetto dell’esser-ci risale alla riflessione filosofica di Heidegger, dove il *ci* non sta tanto per indicare una collocazione spaziale o temporale, ma un qualcosa di ben più complesso (Heidegger, 2011) che la psicologia umanistica identificherà con la relazione che si instaura tra professionista e cliente/paziente, e che se è caratterizzata da empatia, ascolto attento e sospensione di giudizio è una relazione sana e sanante (Maslow, 2007).

È quanto Mortari riconduce al termine “cura”, un termine polisemico che se da un lato indica lo stesso sforzo di vivere, l’arte dell’*esistere*, dall’altro sottolinea il bisogno di sapersi calare sull’uomo ferito, senza paura di perdere parte di sé, ma allo stesso tempo senza il bisogno del legame con la persona curata. Si tratta di evitare la fusione, dove la stessa relazione verrebbe meno, mantenendo, però, allo stesso tempo, una presenza significativa (Mortari, 2015).

Un problema di motivazione

Rogers definisce una relazione di aiuto come una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell’altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato, favorendo una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggior possibilità di espressione (Rogers, 2013).

La specificità che la distingue dalle altre relazioni umane è l’aspetto metacognitivo: la necessità, cioè, di “vedere” questa relazione, di averla sempre sotto gli occhi, di saperci ragionare sopra. In altre parole, la capacità di dare vita ad una relazione umana in modo consapevole, controllato ed intenzionale, padroneggiando razionalmente le abilità.

Nella relazione d’aiuto intervengono categorie concettuali che hanno una validità estendibile a tutte le relazioni umane. Concetti come percezione di sé, modificazione della personalità, valutazione degli elementi in vista di una scelta, influenzabilità, consapevolezza delle proprie motivazioni, sono concetti implicati in situazioni più numerose di quelle ufficialmente identificate come relazioni d’aiuto, ma che in queste assumono una loro pregnanza (Rogers, 2013).

Tra tutte queste categorie concettuali riteniamo fondamentale, in una relazione di aiuto, la consapevolezza delle proprie motivazioni, tema sul quale la psicologia umanista ha provato a indagare, ritenendolo un movimento necessario e indispensabile che spinge un soggetto verso un oggetto, determinandone il comportamento.

Maslow, uno degli esponenti di spicco di questa corrente, propone un modello motivazionale fondato sulla teoria dei bisogni in cui vi è una gerarchia di motivi essenziali per lo sviluppo umano. Un individuo prima deve soddisfare le esigenze alla base di quella che Maslow definisce una piramide, per andare poi al livello successivo. Al fondo della piramide troviamo i bisogni fisiologici (mangiare, respirare, bere...), poi le esigenze di sicurezza (fisica, lavoro, reddito...), i bisogni di affiliazione (sposarsi, essere membro di una comunità...), la necessità di riconoscimento (rispetto, status, reputazione ...) e infine i bisogni di autorealizzazione (sviluppo morale, spirituale, ricerca di un obiettivo nella vita...) (Maslow, 2007).

Queste motivazioni sono, comunque, intrinseche e tendenzialmente esplicite. All'interno di una relazione d'aiuto, però, diventano spesso determinanti altre motivazioni che potremmo definire non del tutto coscientizzate. Proveremo ad esaminarne alcune che, nelle professioni dove il ruolo di *caregiver* è un ruolo qualificante, spesso rischiano di inficiare la relazione stessa. Sottolinea Borgna, che le parole che curano, si trovano solo se non ci stanchiamo di scrutare la nostra interiorità, di conoscere le nostre emozioni, i nostri bisogni e, soprattutto, le nostre più profonde motivazioni (Borgna, 2019).

Le motivazioni nascoste

Spesso ciò che determina l'“esser-ci” in una relazione di aiuto è la ricerca di una ridefinizione della propria identità. C'è da dire a riguardo che la propria identità non è scontata; essa si forma col tempo, soprattutto attraverso quelli che possiamo definire gli specchi costituiti dai sistemi di appartenenza, a tutti i livelli. Lo spiega molto bene Winnicott, partendo dal presupposto che di solito, il lattante vede se stesso quando guarda il viso della madre. Il rispecchiamento del Sé del bambino in quello della madre è, per Winnicott, un meccanicismo psicologico fondamentale nel processo di costruzione dell'identità dell'individuo. Affinché esso avvenga è necessario, però, che la madre sia disposta ad accogliere l'emotività del lattante, di sintonizzarsi con essa, di integrarla nella rappresentazione mentale che lei ha del bambino, dandole un senso, per poi restituirla attraverso l'espressione del proprio volto. È proprio mediante l'espressione facciale dell'Altro, che noi cogliamo con immediatezza come esso ci vede e di conseguenza, come noi possiamo essere. L'immagine che ognuno ha di se stesso, si costituisce, quindi, nella relazione con gli Altri significativi, sulla base di ciò che questi ci restituiscono di noi (Winnicott, 2001).

Altri studiosi hanno posto importanza sulle figure di accudimento (Bowlby, 1999) e sull'ambiente familiare e sociale (Erikson, 2008). Proprio Erikson, allievo di Freud, distanziandosi dal suo maestro, formula un modello stadiale dei bisogni del bambino che, partendo dalla teoria dello sviluppo psico-sessuale, arriva ad una prospettiva più marcatamente psico-sociale e funzionale, che intende lo sviluppo mentale e psichico del bambino come risultato dell'interazione tra la maturazione organica e le richieste che l'ambiente familiare e sociale indirizzano al bambino stesso. È nell'incontro con l'Altro e con le sue richieste che s'inizia a formare l'identità durante i primi anni, identità che si andrà a definire e ridefinire durante gli otto stadi che comprendono l'arco di tutta la vita di un individuo (Erikson, 2008).

Per Erikson l'acquisizione di un senso di identità più stabile ed integrato avviene in adolescenza, quando il ragazzo inizia ad essere cosciente della propria individualità, delle proprie preferenze e desideri, delle proprie potenzialità, ma anche dei propri limiti. La definizione di una propria identità avviene attraverso l'identificazione con i propri pari e con le figure adulte significative, ma anche attraverso un successivo processo di separazione e individuazione.

In psichiatria, il senso dell'identità è legato al mantenimento della coscienza dell'io: Jaspers parla della coscienza dell'Identità come la coscienza di essere identici nel susseguirsi del tempo (Jaspers, 2009). Quest'identità può andare in

crisi quando irrompe un cambiamento improvviso e considerevole per essere rielaborato. La perdita della coscienza dell'io determina la depersonalizzazione, un'esperienza persistente o ricorrente di sentirsi distaccato o di sentirsi un osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo, un vissuto di non-appartenenza rispetto ai propri eventi psichici, che incrina la naturale relazione dell'io con gli aspetti della realtà.

Partendo da queste basi teoriche è facile sostenere che la definizione della propria identità, pur essendo un processo evolutivo spontaneo, non può essere scontata, date le variabili che intervengono in questo processo. Ma è anche consequenziale dedurre che meno è definita la propria identità, più si è portati alla ricerca di conferme, più si vive con la paura della perdita, più si lotta per la costruzione di consensi. All'interno di un sistema relazionale, quale la relazione d'aiuto, dove il rapporto iniziale tra le parti, tutto è meno che paritetico, il bisogno di definizione della propria identità può determinare dinamiche perverse. Una fra tante: la costruzione di un rapporto di necessità, tra il professionista e il cliente/paziente, che porta il primo ad appiattirsi sulle posizioni dell'altro, a coludere con i suoi bisogni, a rimanere invischiato in una complicità ambivalente.

È difficile prendere coscienza di simili dinamiche, è difficile riuscire a "vedersi" in simili contesti, quando c'è un'immagine opaca di se stessi, quando il senso di autostima è appannato proprio da una non definita identità.

Possiamo ipotizzare un'altra motivazione difficilmente coscientizzata: la compensazione di un vuoto affettivo. Non si tratta tanto di non avere qualcuno da amare, ma di una distorta formazione a riguardo, che può derivare da uno svincolo mai attuato – aspetto, questo, largamente trattato in letteratura (Bowen, 1980; Scabini, Cigoli, 2000) – da processi educativi inibenti su questi piani, fino a tratti disturbati di personalità causati, per esempio, da abusi o traumi infantili.

Una maturità affettiva è un'utopia. Per un motivo molto semplice: si ama con un corpo, non solo con una mente, e il corpo cambia, si trasforma col passare dell'età, come si trasforma la mente. Basti pensare ai cambiamenti ormonali nell'adolescenza, alla menopausa per le donne, ai cicli vitali nelle coppie, e via dicendo. Per cui la maturità affettiva è un riposizionamento a tappe, a meno che non la si voglia ridurre a forme di atarassia, di distacco, di mortificazione, concetti molto diffusi, per esempio, in ambienti religiosi.

C'è ancora un altro elemento determinante a proposito dell'affettività. Asch ricorda che le interazioni umane sono avvenimenti rappresentati psicologicamente in ciascuno dei partecipanti: la percezione, l'ideazione ed il sentimento sono da ambo le parti in rapporto di dipendenza. Noi ci influenziamo l'un l'altro a mezzo di emozioni e di pensieri (Asch, 1968). In una relazione di aiuto si rischia, quindi, facilmente uno slittamento di contesto, che in psicoanalisi è stato sempre affrontato in termini di transfert e controtransfert (Freud, 1986) e che vede il punto di partenza nel paziente stesso, soprattutto nel periodo adolescenziale, quando il trasferimento del desiderio incestuoso sul corpo dell'analista è un passaggio fondamentale per la conquista tangibile della propria identità (De Silvestris, 2006).

Pensiamo sia possibile ancora un'altra motivazione non coscientizzata, ma che in questo caso è contrabbandata spesso come autentica e spontanea: la conferma di un bisogno ideologico. L'adesione a un credo religioso, politico, antropologico, artistico, si muove su piani fortemente differenziati, che vanno da un

riferimento etico - sociale a una forma di dipendenza vera e propria. Il discrimen tra una scelta di vita, forte e determinata, e un disturbo psicotico (dei singoli o dei gruppi), non sempre è facilmente individuabile.

Quando si entra in una relazione d'aiuto, con un simile bagaglio, si determina spesso una richiesta/pretesa di cieca adesione, esplicitata, a volte, da un legame ritualizzato, e avviata sull'onda del pregiudizio comune: il diverso è negativo/ammalato (Spitz, 2009), quindi va omologato, perché solo così va veramente aiutato/curato. Un esempio fra tanti: se in una radicale visione etica e antropologica dell'omosessualità, viverla è una deviazione patologica, quanto peccaminosa, intervenire su un disagio provocato da un problema di identità di genere non può non comportare l'impegno a ricondurre in una dimensione eterosessuale il malcapitato di turno. Obiettivo fondamentale resta quindi, in questo caso, una sorta di omologazione che, escludendo le possibili diversità, spinga a una piena fusione relazionale.

Cercando una conclusione

Certo è più facile fare diagnosi che prescrivere cure; dinanzi alla complessità della mente umana, poi, la diagnosi è già un azzardo. Solo se pensiamo allo sviluppo delle neuroscienze in questi ultimi decenni, dovremmo ipotizzare di tacere, per non correre il rischio di essere smentiti dai risultati raggiunti dalle ricerche in corso. Fra qualche tempo, forse, qualcuno ci dirà che tutto dipende da una molecola e che basta l'inserimento di un microchip per ottenere e regolare i comportamenti umani voluti.

Ma fino ad allora tocca ipotizzare soluzioni possibili ed ecco che ci proviamo, suggerendo innanzitutto di prendere coscienza delle motivazioni inconscie che determinano spesso il proprio agire. Per farlo è necessario imparare a guardarsi dentro, ad ascoltare, nell'incontro con l'altro, le proprie risonanze emotive, a non vergognarsi dei propri bisogni, esercitandosi a riconoscerli senza valutarli sui piani etici, ma semplicemente su quelli strumentali, in termini di danno/beneficio.

Prendere coscienza dei propri bisogni significa prendere coscienza della propria fragilità e questo difficilmente viene digerito da una struttura di personalità poco identitaria, e di conseguenza, spesso, fortemente narcisistica, soprattutto quando i bisogni riguardano la sfera affettiva. Il narcisista, chiuso nelle proprie idealizzazioni, teme i legami duraturi e unici, che sa bene possono crollare, e facilmente ripiega su legami paralleli o in successione coattivamente ripetitiva, garantendosi così la sopravvivenza delle proprie idealizzazioni (Cesaro, Vaccarini 2012). È importante prendere coscienza che non regge una relazione d'aiuto su un rapporto costruito in modalità Up-Down, sia pure affettiva, se non altro perché non si può essere garantisti sulla gestione della propria affettività.

Oltre la presa di coscienza continua, il rischio delle motivazioni inconscie va ridotto con l'uso di alcuni strumenti. Innanzitutto la definizione dei ruoli, ruoli che, se da un lato rischiano di impoverire le relazioni, riducendole a pure forme organizzative, dall'altro costituiscono una difesa del sistema, mantenendo i bisogni entro i piani del sistema stesso. E per piani del sistema si intendono gli obiettivi del progetto di intervento, definiti sull'esigenza dell'altro, non sul soddisfacimento dei propri bisogni. È necessario, dunque, seguire una rotta tracciata

in partenza, dove il cambiamento è possibile soltanto all'interno di una coerenza strategica che lo richieda. È indispensabile, inoltre, una definizione rigorosa di un setting, uno spazio come colore della professione, o meglio un luogo, perché il secondo in genere si carica di una simbologia significativa che lo caratterizza per la funzione che svolge, costringendo professionista e cliente/paziente a caratterizzarsi a loro volta. Un luogo come cornice fattuale e spazio-temporale che organizzi il rapporto professionale come dato di realtà capace di costituire un'invariante di garanzia (Loriedo, Acri, 2009). Ma siccome tutto questo ha a che fare con la propria personalità, con le proprie fragilità, coscientizzate o meno, rimane indispensabile il lavoro di supervisione, rimane indispensabile una figura terza che, di tanto in tanto, aiuti a riportare a livello cosciente i propri bisogni inconsci.

Riferimenti bibliografici

- Asch S. (1968). *Psicologia sociale*. Torino: SEI.
- Bowen M. (1980). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio.
- Bowlby J. (1999). *Attaccamento e perdita, vol. 1, L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgna E. (2019). *Saggezza*. Bologna: il Mulino.
- Cesaro V., Vaccarini I. (2012). *L'era del narcisismo*. Milano: FrancoAngeli.
- De Silvestris P. (2006). *La difficile identità*. Roma: Borla.
- D'Incau R., D'Onofrio L. (2019). *Lessico della felicità*. Milano: Baldini e Castoldi.
- Erikson E.H. (2008). *Infanzia e società*. Roma: Armando.
- Freud S. (1986). *Al di là del principio di piacere*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Heidegger M. (2009). *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Leveni D., Michielin P. (2018). *Superare la depressione. Un programma di terapia cognitivo-comportamentale*. Trento: Erickson.
- Loriedo C., Acri F. (2009). *Il setting in psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Mortari L. (2015). *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Maslow A. H. (2007). *Motivazione e personalità*. Milano: Fabbri.
- Rogers C. (2013). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Giunti.
- Scabini E., Cigoli V. (2000). *Il famigliare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Simone A. (2018). *La felicità sul comodino. Piccoli segreti per vivere meglio*. Milano: Tea.
- Spitz R. (2009). *Il primo anno di vita del bambino. Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali*. Firenze: Giunti-Barbera.
- Winnicott D. H. (2001). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.

