

di una visione dell'uomo che, superando il minimalismo e il riduzionismo, risulti aperta alla pluridimensionalità e all'interazione di molteplici fattori, senza l'esclusione pregiudiziale di quello religioso. Essa però non è sufficiente. Occorre che venga affiancata da una seria e corretta informazione che consenta un'abbondante raccolta di dati e che eviti la fuga nella facile elaborazione di tesi peregrine»<sup>25</sup>.

È essenziale, dunque, che lo psicoterapeuta vocazionale sia ben consapevole delle modalità e dei motivi per cui viene introdotto un certo contenuto nel colloquio, che, in questo contesto tutto particolare, si posiziona in un'area di confine tra lo psicologico e lo spirituale. Deve altresì possedere una certa competenza riguardo alla psicologia di comunità, considerando i contesti comunitari a cui spesso deve far riferimento<sup>26</sup>.

Ciò che conta, qui, è considerare la dimensione spirituale, una dimensione relativa al percorso dell'anima, spesso tormentato, che trascende l'umano, da cui lo stesso psicoterapeuta non può sentirsi escluso o scegliere intenzionalmente di non farne parte. Solo uno psicoterapeuta che ha fatto e fa esperienza di questa dimensione particolare, può entrare profondamente in relazione con la dimensione spirituale della persona che compie una precisa scelta vocazionale. Fondare il progetto terapeutico esclusivamente sulle proprie competenze professionali e sull'alleanza terapeutica porterà lo psicoterapeuta verso la conduzione di un percorso con un risultato incompleto o, addirittura, fallimentare<sup>27</sup>.

«Nessuna situazione della vita è realmente priva di senso. Ciò vuol dire che gli stessi elementi che apparentemente sembrano segnati dalla negatività, come è il caso della tragica triade dell'esistenza umana, formata dalla sofferenza, dalla colpa e dalla morte, possono essere sempre trasformati in una conquista, a patto che si assumano nei loro confronti un atteggiamento e un'impostazione giusti»<sup>28</sup>.

Secondo Bowlby, il terapeuta dovrebbe aiutare il paziente a valutare i propri modelli di rappresentazione di sé e delle proprie figure di attaccamento con lo scopo di ristrutturarli e integrarli con le nuove co-

noscenze ed esperienze che ha avuto nella relazione terapeutica. Il ruolo del terapeuta è quello di fornire una «base sicura dalla quale partire per esplorare i diversi aspetti infelici e dolorosi della sua vita, molti dei quali il paziente trova difficile, o forse impossibile, riconsiderare senza un compagno di cui abbia fiducia che gli fornisca sostegno, incoraggiamento, comprensione e che, al caso, faccia da guida»<sup>29</sup>.

«La relazione terapeutica diventa così il terreno di esperienze emozionali correttive (delle lesioni ricevute durante l'attaccamento) e insieme di esperienze di nuove forme (collaborative e paritetiche) e di relazione interpersonale»<sup>30</sup>.

Guidano sottolinea l'importanza degli aspetti emotivi della relazione interpersonale fra paziente e terapeuta, indipendentemente dalle parole o dalle tecniche utilizzate: «Quello che importa è che la relazione emotiva tra paziente e terapeuta permetta che i due si sintonizzino sulla stessa lunghezza d'onda, e che, grazie a questa, ciò che dice il terapeuta possa avere effetto di "presa" sul paziente, indipendentemente dalla qualità di quello che dice»<sup>31</sup>. Il contenuto, la tecnica, da soli non spiegano i risultati di un buon percorso terapeutico. L'aspetto fondamentale è il canale emotivo che permette questa sintonizzazione: «È come si faceva con gli artigiani per imparare un mestiere: bisogna "andare a bottega"»<sup>32</sup>.

La relazione tra terapeuta e paziente, perché possa essere definita terapeutica, deve essere totalmente diversa da una qualsiasi altra relazione adulto – adulto. Tutte le relazioni che siano di amicizia o di affetto vengono perseguite con finalità che giacciono "dentro" la relazione, dove le emozioni vengono fruite all'interno del rapporto. Qui invece l'obiettivo è "fuori" dalla relazione, perché è un lavoro orientato alla comprensione specifica, tecnica, che il paziente deve assumere come "contratto di lavoro"<sup>33</sup>.

La relazione fra paziente e terapeuta è emotiva e, in virtù del fatto che l'emozione rappresenta l'aspetto più importante, questo tipo di relazione può andare incontro ad alcuni "intoppi relazionali". Ad esempio

<sup>25</sup> E. FIZZOTTI, *Introduzione alla psicologia della religione*, 24, Milano 2008.

<sup>26</sup> Cf. A. MANCINELLA, «Linee guida per una psicoterapia vocazionale» (2014) 2, disponibile al sito: [www.laporziuncola.it](http://www.laporziuncola.it).

<sup>27</sup> Cf. A. MANCINELLA, «Linee guida per una psicoterapia vocazionale» 2, cit.

<sup>28</sup> V. E. FRANKL, *Senso e valori per l'esistenza. La risposta della logoterapia*, 121, Roma 1998.

<sup>29</sup> J. BOWLBY, *Una base sicura*, 134, Milano 1989.

<sup>30</sup> G. LIOTTI (a cura di), *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, 193, Milano 2000.

<sup>31</sup> V.F. GUIDANO (a cura di G. Cutolo), *La psicoterapia fra arte e scienza*, cit., 38.

<sup>32</sup> *Ibidem*, 39.

<sup>33</sup> Cf. *Ibidem*.

può succedere che il paziente instauri con il terapeuta una “relazione competitiva”, dove la competizione avviene al livello “relazionale semplice”: il paziente deve sentire che è lui a definire le regole di questa relazione; oppure a livello “relazionale intellettuale”: il paziente vuole competere con il terapeuta sull’intelligenza; oppure competizione di tipo seduttivo<sup>34</sup>.

È importante comunque tener conto che questi non sono segnali negativi di un percorso mal condotto, ma semplicemente parte integrante di un cammino che evolve nella relazione.

Per comprendere ulteriormente come si manifestano questi intoppi nella relazione terapeutica, si devono cogliere due tipi di dati: diretti, quindi gli aspetti più espliciti nella relazione; indiretti, la struttura più profonda della relazione terapeutica, il tipo di coerenza emotiva di questa relazione. Tramite l’analisi di questa coerenza della relazione, della reciprocità dei ruoli, si possono sviluppare i “giochi relazionali”. Questi giochi sono difficili da riconoscere, ma esprimono una certa ricorsività emotiva tipica di un’oscillazione, caratteristica della modalità personale di costruzione del proprio significato agli eventi ed alla propria esistenza e che caratterizza “quella” relazione terapeutica. Il terapeuta accetta la sfida ed entra in questa reciprocità, cercando di individuare il suo ruolo in questa oscillazione e vedere il modo in cui “sostiene” il gioco che fa il paziente. Questo tipo di dinamica difensiva e/o provocatoria ovviamente non rappresenta un dispetto verso il terapeuta, ma deve essere analizzata per comprendere “come” lui si colloca in questo gioco a due. Stesso discorso vale per le “resistenze” alla terapia: esse rappresentano una “esplorazione”, talvolta un ostacolo ad assumere punti di vista diversi. Tale difficoltà verrà utilizzata dal terapeuta come strumento di conoscenza ulteriore sulla relazione terapeutica<sup>35</sup>.

La relazione terapeutica, dunque, è un bocciolo delicato che nasce come un seme e che, se nutrito con accortezza, potrà germogliare. Unicità del fiore saranno anche le spine che lo adornano: segno di protezione per qualcosa di prezioso che si lascia avvicinare solo da mani competenti e caute.

<sup>34</sup> Cf. *Ibidem*.

<sup>35</sup> Cf. *Ibidem*.

### 3. Strumenti psicodiagnostici

All’interno del processo di assessment che, come abbiamo sottolineato, può durare per tutto il corso della psicoterapia, si può usufruire anche di alcuni strumenti psicodiagnostici, quali ad esempio i test. C’è da sottolineare che l’utilizzo dei test standardizzati come quelli che andremo a citare, ha come obiettivo la ricerca di maggiori informazioni sul sistema del paziente. Essi non vanno a “definire” la persona nella sua totalità. Gli strumenti psicodiagnostici, nonostante la loro validità, non saranno mai in grado di mostrarci la persona in tutta la sua complessità, ma ci forniranno delle caratteristiche utili che comunque andranno confermate o meno durante i colloqui. Infatti essi rappresentano una “ipotesi” sul funzionamento del paziente e sulle sue caratteristiche di personalità. I test rappresentano per il clinico un aiuto in più nella valutazione del paziente e nella progettazione di un percorso terapeutico. Non sono la “verità” che muove le scelte della persona, ma ipotesi che vanno verificate nel corso della “scoperta del paziente”. Questa riflessione è ancora più importante se ci riferiamo a consacrati, la cui “identità” è intrecciata con una serie di dinamiche culturali e spirituali che necessita di una maggiore accortezza nella gestione della terapia.

Alcune ricerche condotte in ambito della psicologia consacrata confermano che il modo di vivere la spiritualità può dipendere da come le persone “armonizzano” i propri comportamenti relazionali<sup>36</sup>. «Nella misura in cui le persone riescono a cogliere il significato profetico della loro spinta religiosa, sono capaci di aprirsi in modo sincero e amorevole verso gli altri, assumendo uno stile affettivo che sia in accordo con il senso della loro vita»<sup>37</sup>. Quindi, anche l’esperienza religiosa ha un suo “colore” affettivo. Se le relazioni sono colorate in maniera positiva, le emozioni saranno anch’esse positive e le persone saranno in grado di vivere con gli altri alternando con flessibilità atteggiamenti di libertà, assertività, controllo e sottomissione e vivranno, conseguentemente, con i valori che regolano la loro esperienza di fede. In base poi a come riescono ad intrecciare relazioni con gli altri, impareranno a concepire il rapporto con Dio. Se, al contrario, l’affettività nelle relazioni avrà un

<sup>36</sup> Cf. P. SCILLIGO-S. SCHIETROMA, «Una concezione relazionale di Dio rilevata mediante un’analisi a due dimensioni del questionario ASR», *Psicologia Psicoterapia e Salute* 6, (2000) 169-177.

<sup>37</sup> G. CREA-L.J. FRANCIS-F. MASTROFINI-D. VISALLI, *Le malattie della fede. Patologia religiosa e strutture pastorali*, 73, Bologna 2014.

colore negativo, si potrebbero creare distanziamenti da ciò che è vissuto come avverso e questi sentimenti negativi si ripercuoteranno sulla fede che potrebbe essere vissuta con estrema rigidità<sup>38</sup>.

La modalità con cui il credente vive l'esperienza di fede e il rapporto con Dio è strettamente connessa al modo in cui percepisce se stesso e la relazione con gli altri. Avere consapevolezza del proprio funzionamento e della tonalità affettiva di base che regola le relazioni con gli altri, aiuta il credente ad operare una "vera e sana" conoscenza del Padre e a vivere la vita di comunità in maniera funzionale. Il consacrato vive la fede ponendosi "al servizio" della comunità in spirito di "obbedienza" verso il Padre in virtù della propria "vocazione".

La vocazione è una chiamata. «Dio "mi chiama per nome". Questa realtà potrebbe certamente essere chiamata "identità personale" oppure il mio "orientamento personale alla vita" oppure ancora il mio più profondo e vero "IO"»<sup>39</sup>. In questo senso la psicologia e la spiritualità non sono due discipline separate l'una dall'altra, come la natura e la grazia, ma sono intimamente e organicamente congiunte<sup>40</sup>.

In questo contesto l'aspetto psicodiagnostico ci può fornire un piccolo "mattoncino" di conoscenza, anche se, comunque, ne va verificata la consistenza. I test si possono configurare come uno strumento di esplorazione sul modo in cui il religioso vive i suoi tratti personali e su come egli si relaziona nel suo contesto all'interno della fede. Quel che emerge dalla psicodiagnosi ci può fornire un punto di partenza per una ulteriore verifica dell'esattezza dei dati emersi.

Gli strumenti utilizzabili che possono fornire uno spunto in assessment sono: il *Questionario per la valutazione del Significato Personale* (QSP); il *Millon Clinical Multiaxial Inventory III* (MCMI-III); il *Beck Depression Inventory II* (BDI-II).

Lo scopo del QSP è identificare quale organizzazione di significato prevalga nella persona. Il concetto di "organizzazione di significato personale" è centrale nel modello cognitivo post-razionalista di Guidano.

Il termine "post razionalismo" indica il superamento di quella psicologia definita "oggettiva" per entrare in una dimensione psicologica nella quale il soggetto possiede già un "senso di sé e del mondo".

<sup>38</sup> Cf. *Ibidem*.

<sup>39</sup> A. HERBERT S. J., *La vocazione personale. Trasformazione in profondità per mezzo degli esercizi spirituali*, 17, Roma 2002.

<sup>40</sup> Cf. *Ibidem*.

In quest'ottica il paziente è portato a ricostruire «la sua esperienza con occhi diversi». Egli sarà portato a «mettere a fuoco aspetti che prima lasciava fuori dalla sua coscienza, per assimilarli e integrarli nella sua immagine cosciente»<sup>41</sup>. La modalità con cui la persona costruisce il "suo" senso delle cose deriva da quella che Guidano chiama "organizzazione di significato personale".

Tale termine «si riferisce alla specifica organizzazione dei processi conoscitivi personali che prende forma gradualmente nel corso dello sviluppo individuale, grazie alla quale ognuno di noi, pur vivendo in una realtà sociale oggettivamente condivisibile, costruisce attivamente, a livelli estremamente articolati di ordinamento percettivo individuale, il suo punto di vista dall'interno, assolutamente unico ed esclusivamente soggettivo»<sup>42</sup>. Possiamo pensare che l'organizzazione di significato personale rappresenti il modo in cui leggiamo noi stessi e la realtà circostante. La metafora che si può utilizzare è quella di un paio di occhiali. Gli occhiali sono diversi, in colori, struttura, gradazione delle lenti, ecc. In base a "come" è fatto l'occhiale, si "leggerà" la realtà.

Nel 2001 è stato creato lo strumento per l'individuazione delle organizzazioni di significato personale. Il questionario può aiutare ad individuare in quale modo la persona vive le proprie esperienze. È composto da 68 item ognuno dei quali descrive una specifica organizzazione. Il questionario, tuttavia, non permette di identificare sintomi patologici perché il suo scopo non è quello di inquadrare il soggetto in una categoria psicopatologica, ma fornire una base da cui partire per l'esplorazione del suo funzionamento. È utilizzato sia per laici che per consacrati. Per questi ultimi, il test può fornire uno spunto per aiutare la persona in un'analisi del proprio funzionamento in relazione al percorso di fede. Cantelmi – Congedo (2012) lo suggeriscono (ai fini di una crescita vocazionale) ai "candidati" alla vita consacrata ad uso dei formatori. I formatori hanno il compito di accompagnare i candidati nel loro cammino vocazionale e il test si può configurare come uno spunto da cui partire<sup>43</sup>.

Procedendo per gravità, qualora dovessero essere presenti invece sintomi evidenti di disagio, abbiamo a disposizione altri strumenti diagnostici.

<sup>41</sup> V.F. GUIDANO, *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*, cit., 47.

<sup>42</sup> V.F. GUIDANO, *La complessità del sé*, cit., 111.

<sup>43</sup> Cf T. CANTELMI-G. CONGEDO, *Psicologia per la vita consacrata*, cit., 125.

Dal punto di vista di una psicologia della religione, il collegamento fra disturbi di personalità e religiosità è importante, perché può permettere di «contestualizzare il disagio psichico, soprattutto se vissuto in un contesto interpersonale dove la religiosità può esasperare i tratti di personalità già sensibili ad aspetti disfunzionali della religione»<sup>44</sup>.

In tale contesto uno strumento utile è il Millon. È un questionario di autovalutazione composto da 175 item ad ognuno dei quali il soggetto può rispondere “vero o falso”. È un test che va ad indagare la personalità del soggetto. È di semplice utilizzo ed è rivolto a persone che abbiano compiuto 18 anni di età. Tra i vari indici che si vanno ad indagare ci sono le scale cliniche. Queste sono quattro: la prima riguarda gli stili di personalità, la seconda le patologie gravi, la terza le sindromi cliniche moderate, mentre l’ultima quelle più gravi. Queste scale sono collegate a caratteristiche rintracciabili al DSM-IV<sup>45</sup>. Secondo il manuale<sup>46</sup>, queste scale dovrebbero essere valutate come “stili di personalità” e non come disturbi. Se in queste scale dovessero emergere punteggi elevati, essi saranno comunque considerati “tratti” di personalità.

Questo tipo di strumento potrebbe essere utilizzato quando un religioso vuole iniziare un percorso di psicoterapia e ha difficoltà a riconoscere alcuni tratti della sua personalità.

Quando invece si avverte la presenza di sintomi particolari, quali tristezza, chiusura, stanchezza fisica ed emotiva, ci si può avvalere del Beck Depression Inventory II (BDI-II). Lo scopo di tale strumento è quello di misurare la gravità della depressione in adulti e adolescenti dai 13 anni in poi. Ovviamente chiunque può attraversare periodi in cui la vita si colora di tonalità più scure, giorni in cui abbiamo difficoltà a “camminare” verso una meta, in cui ci sentiamo più tristi. Questi vissuti non devono essere associati alla “depressione”. Essa è un fenomeno che altera il funzionamento vitale e va a compromettere le varie aree della persona ed ha anche precise caratteristiche quali ad esempio: perdita di interessi, problemi del sonno, senso di irrequietezza o di agitazione, difficoltà nella concentrazione, problemi di memoria, senso di svuotamento, ecc.<sup>47</sup>.

<sup>44</sup> G. CREA-L.J. FRANCIS-F. MASTROFINI-D. VISALLI, *Le malattie della fede*, cit., 83.

<sup>45</sup> Cf *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano 2000.

<sup>46</sup> Cf A. ZENARO et al. (a cura di), *MCMI-III Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Manuale*, Firenze 2008.

<sup>47</sup> Cf *DSM-IV-TR*, cit.

Il BDI-II è uno strumento di autovalutazione composto da 21 item con lo scopo di misurare la gravità della depressione ed è stato creato da Aaron T. Beck negli anni ‘60. Questo test, che non si propone di formulare una diagnosi da cui partire, è invece utile per individuare caratteristiche “qualitative” dei sintomi depressivi, quali ad esempio “l’intensità”.

Ci possono essere religiosi che, vivendo in comunità, avvertono delle discrepanze tra ciò che sentono e ciò che viene loro rimandato dai superiori o dai fratelli. Lo spazio comunitario è uno spazio di crescita della propria vocazione. Potenzialmente è il luogo dove viene operata la “missione”. A volte rappresenta anche il luogo da cui “fuggire”, per isolarsi in compiti non richiesti, ma che portano a distanziarsi dalla comunità e dal cammino vocazionale. Quando questa chiusura diventa una “gabbia” di sofferenza, il consacrato “sente” la sua solitudine, smette di fornire al “confronto” una nota di “crescita”. Quando la speranza di una “funzionale” vita comunitaria viene meno, sopravviene il dubbio di non riuscire a vivere in pieno la “chiamata”. La preoccupazione di non vivere adeguatamente l’esperienza di fede potrebbe indurre anche il timore di un “giudizio”. Qui si colloca l’incontro con una psicologia della vita consacrata, utile nella comprensione di quei processi di sofferenza che possono emergere da normali situazioni, che necessitano di uno sguardo più obiettivo e “non giudicante”. Nella psicoterapia vocazionale è necessario uno spirito di collaborazione e parità dove non esistono un “moralizzatore” ed un “colpevole”, ma due persone nella loro integrità psicologica e spirituale che “dialogano” in un cammino di “ascolto” e di amore.

«La speranza (...) non si fonda sui numeri o sulle opere, ma su Colui nel quale abbiamo posto la nostra fiducia e per il quale “nulla è impossibile” (Lc 1,37). È questa la speranza che non delude e che permetterà alla vita consacrata di continuare a scrivere una grande storia nel futuro, al quale dobbiamo tenere rivolto lo sguardo, coscienti che è verso di esso che ci spinge lo Spirito Santo per continuare a fare con noi grandi cose»<sup>48</sup>.

<sup>48</sup> PAPA FRANCESCO, *Lettera ai Consacrati*, 12, Bologna 2014.

## Bibliografia

- BOWLBY J., *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- CANESTRARI R., *Psicologia generale e dello sviluppo*, Cooperativa Libreria Universitaria Editrice, Bologna 1984.
- CANTELM T. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitivo Interpersonale. Prospettive di integrazione*, Alpes, Roma 2009.
- CANTELM T. - CONGEDO G., *Psicologia per la vita consacrata*, Franco Angeli, Milano 2015.
- CREA G. - FRANCIS L.J.- MASTROFINI F. - VISALLI D., *Le malattie della fede. Patologia religiosa e strutture pastorali*, EDB, Bologna 2014.
- CREA G., *Psicologia, Spiritualità e benessere vocazionale. Percorsi educativi per una formazione permanente*, Messaggero di Sant'Antonio-Editrice, Padova 2014.
- DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2000.
- FIZZOTTI E., *Introduzione alla psicologia della religione*, Franco Angeli, Milano 2008.
- FRANKL V.E., *Senso e valori per l'esistenza. La risposta della logoterapia*, 2 ed., Città Nuova, Roma 1998.
- GOYA B., *Psicologia e vita consacrata*, Edizioni San Paolo, Milano 1996.
- GOYA B., *Vita spirituale tra psicologia e grazia*, Dehoniane, Bologna 2002.
- GUIDANO V.F., *Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- \_\_\_\_\_, *La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- \_\_\_\_\_, *La psicoterapia fra arte e scienza* (a cura di Giovanni Cutolo), Franco Angeli, Milano 2008.
- \_\_\_\_\_, *Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla clinica*, Franco Angeli, Milano 2007.

- HERBERT A. S.J., *La vocazione personale. Trasformazione in profondità per mezzo degli esercizi spirituali*, E.P.U.G., Roma 2002.
- LIOTTI G.(a cura di), *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, Franco Angeli, Milano 2000.
- MANCINELLA A., "Linee guida per una psicoterapia vocazionale" (2014), disponibile al sito: [www.laporziuncola.it](http://www.laporziuncola.it).
- PAPA FRANCESCO, *Lettera ai consacrati*, EDB, Bologna 2014.
- SANAVIO E., "Il primo colloquio nell'assessment clinico" (2007), disponibile al sito: [www.psicologia.mcgraw-hill/moderato\\_rovetto](http://www.psicologia.mcgraw-hill/moderato_rovetto).
- SCILLIGO P. – SCHIETROMA S., "Una concezione relazionale di Dio rilevata mediante un'analisi a due dimensioni del questionario ASR" in *Psicologia Psicoterapia e Salute* 6 (2000), 169-177.
- ZENNARO A. et al. (a cura di), *MCMIII Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Manuale*, Giunti OS, Firenze 2008.
- ZETZEL E.R. – MEISSNER W.W., *Psichiatria Psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.