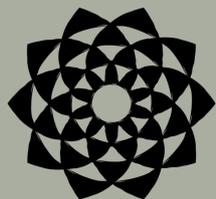


Rivista fondata da Gianni Cambiaso e Roberto Mazza

---



# Frattali

Rivista semestrale di  
psicologia e psicoterapia  
individuale sistemica  
al tempo della complessità

---

03

---

Anno II

Nov. 2021

**Direttore**

Gianni Cambiaso

**Coordinamento Scientifico**

Roberto Mazza

**Redazione**

Carmela Vaccaro (coordinamento)

Patrizia Borella

Valeria Botticini

Zelda Carta

Antonella Della Medaglia

Fabiana Faustini

Alessandra Gritti

Valeria Pinoni

Bianca Poggi

Liliana Redaelli

Ludovica Rosano

Laura Testa

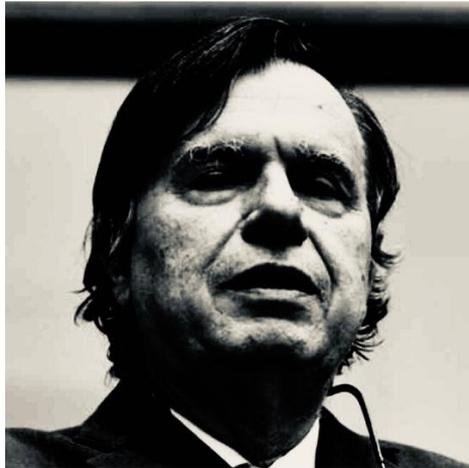
**SOMMARIO**

<b>EDITORIALE</b>		
<i>Gianni Cambiaso, Roberto Mazza</i>	Convivere con l'incertezza.	4
<b>ARTICOLI</b>		
<i>Roberto Berrini</i>	La collaborazione psichiatra/psicologo sulla gestione integrata dei casi in psicoterapia individuale.	7
<i>Ludovica Rosano</i>	Il simbolico nel setting individuale: un ponte tra inter e intrapersonale, tra paziente e terapeuta.	23
<i>Paola Morosini</i>	L'ansia nei bambini e negli adolescenti.	29
<i>Fabiana Faustini</i>	La metafora. Un'emozione per il cambiamento.	41
<i>Paolo di San Diego</i>	Filosofia platonica e psicoterapia: un dialogo possibile.	47
<i>Franco Giovannoni</i>	Mutismo selettivo: il passaggio dall'equazione simbolica all'oggetto transizionale.	59
<b>RECENSIONI</b>		
<i>Manuel Bonomo</i>	G. Cambiaso, R. Mazza, <i>Le ipotesi in psicoterapia e nella vita</i> , 2020	70
<i>Gianni Cambiaso, Roberto Mazza</i>	Antonio Romanello, <i>Change. Incontrare il dolore, condividere il cambiamento</i> , Alpes, 2021	73
<i>Gianni Cambiaso, Roberto Mazza</i>	Giuseppe Vinci, <i>Essere Psicoterapeuti</i> , Alpes, 2021	75
<i>Bianca Poggi</i>	Elizabeth Strout, <i>Olive, ancora lei</i> , Einaudi, 2020	77
<i>Valeria Pinoni</i>	Jennifer Egan, <i>Il tempo è un bastardo</i> , Mondadori, 2020	80
<i>Liliana Redaelli</i>	Pip Williams, <i>Il quaderno delle parole perdute</i> , Garzanti, 2021	82
<i>Carmela Vaccaro</i>	Clelia Marchi, <i>Il tuo nome sulla neve. Gnanca na busia</i> , Il Saggiatore, 2014	86
Laura Testa	L'Express, 20 settembre, 2021, "Changement de sexe chez les enfants: nous ne pouvons nous taire face à un grave dérives". Disforia di genere ed età evolutiva.	89
<b>WEBINAR</b>		91

## EDITORIALE

### CONVIVERE CON L'INCERTEZZA

*Gianni Cambiaso e Roberto Mazza*



Il Nobel per la Fisica 2021 è stato assegnato all'italiano Giorgio Parisi, fisico teorico dell'Università della Sapienza di Roma e dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, un pioniere della ricerca nella fisica teorica che ha legato il suo nome a scoperte decisive, tra le altre, nel campo dello studio dei sistemi disordinati complessi. Ne siamo particolarmente fieri, sia in quanto italiani, sia perché i suoi studi toccano temi che, nel nostro piccolo, ci hanno sempre affascinato per la possibilità di trovare isomorfismi tra Fisica e Psicologia.

Ma procediamo con ordine e cerchiamo di capire perché.

Se dovesse capitarvi di assistere ad un programma (Focus, National Geographic, Discovery Channel, ecc.) che parla di meteorologia potrete verificare che in linea di massima le conclusioni riguardano l'impossibilità di prevedere il tempo: dopo un numero tot di giorni sapere che tempo ci possiamo aspettare in modo sufficientemente rigoroso, ha la stessa probabilità che si ottiene tirando una moneta. In un certo senso sembrerebbe matematico non poterlo prevedere, il tempo. Lo dice la fisica dei sistemi non lineari. Facendo qualche ricerca su Internet, potrete scoprire, tra l'altro, che è sempre questo stesso modello che ci spiega perché in autostrada si formino delle colonne assolutamente inspiegabili. Succede qualcosa del genere ai mucchietti di sabbia o di riso che all'improvviso collassano, ai terremoti, alle quotazioni di borsa,

alle valanghe, agli incendi nei boschi, eccetera, insomma a tutti quei fenomeni che si organizzano secondo uno stato critico.

Potremmo pensare, inseguendo frattali, ad una qualche forma di isomorfismo, o anche di analogia, con il processo terapeutico (quantomeno in certi contesti): ha senso porsi obiettivi a lungo termine se poi il sistema paziente (o paziente-terapeuta, o paziente-famiglia con o senza il terapeuta) si comporta come un fenomeno meteorologico? Vale a dire come un sistema non-lineare? Forse, in qualche modo, tutto questo può avere a che fare anche con l'individuo e la sua psicologia, con le crisi del suo ciclo vitale, con le difficoltà a fare conti e previsioni precisi, da parte del singolo e dei gruppi, quando ci si trova a dover necessariamente gestire l'incertezza e l'instabilità.

In realtà per andare avanti nell'analogia bisognerebbe introdurre una serie di fattori, in particolare quello di ubiquità e di auto similarità quello dei Modelli Operativi Interni, fino ad arrivare alla teoria del caos.

I sistemi instabili sono descritti dalla scienza del caos, una scienza di processo, in grado di leggere i sistemi complessi. La teoria del caos ci suggerisce che in un sistema instabile, non lineare, i cambiamenti sono difficilmente prevedibili, che non esiste una relazione proporzionale tra causa ed effetto (il leggendario "effetto farfalla") e che esiste una tendenza all'auto-organizzazione (intorno agli altrettanto affascinanti "attrattori strani").

Nei sistemi non lineari risulta impossibile prevedere il comportamento a lungo termine dell'intero sistema: piccoli cambiamenti possono produrre grandi effetti. I "processi di retroazione non lineare sono alla base dell'instabilità e dell'apparizione improvvisa di nuove forme di ordine che sono tipiche dell'auto-organizzazione", scrive F. Capra (La rete della vita, 2001). L'auto-organizzazione è la comparsa spontanea di nuove strutture e di nuove forme di comportamento in sistemi aperti lontani dall'equilibrio, caratterizzati da anelli di retroazione interni e descritti matematicamente da equazioni non lineari. Concetto, peraltro, alla base della teoria delle "strutture dissipative" di I. Prigogine - altro premio Nobel per la Fisica - (La fine delle certezze, 1997). La Natura stessa usa il caos come parte integrante del suo programma di evoluzione. Per risolvere il problema di adattare le forme di vita per la sopravvivenza in un ambiente in continua trasformazione, complesso, apparentemente caotico, ogni schema deterministico sarebbe destinato al fallimento.

È comprensibile un certo sgomento e la sensazione di addentrarsi in un rovelto intricato, in un terreno di confine che può apparire ai nostri occhi alla stregua del Paese delle meraviglie di Alice: fisica, economia, biologia, psicologia si intersecano tra loro in una cornice in cui a farla da padrona è la complessità.

E proprio la complessità ha prepotentemente fatto sentire la sua voce negli ultimi tempi, e non solo con la pandemia, ma già prima

con i fenomeni, attualissimi, delle crisi climatiche, dell'immigrazione, delle tematiche ambientali, delle catastrofi imprevedibili. Ci sentiamo impotenti e cresce l'ansia.

E quindi? Come scrive M.M.Waldrop, (Complessità, 2001) "Mentre iniziamo a capire i sistemi complessi, capiamo anche di far parte di un mondo caleidoscopico sempre mutevole, interconnesso, non lineare. Il problema è come comportarci in un mondo simile. E la risposta è: mantenere aperto il maggior numero di scelte possibili. Dobbiamo rinunciare alla ottimalità cercando piuttosto qualcosa di attuabile di funzionante... Si scruta il mondo e non ci si aspettano circostanze durevoli". O, per dirla con E. Morin (I sette saperi necessari all'educazione, del futuro, 2001) ai programmi e ai protocolli (sequenze di azioni che devono essere eseguite senza variazione in un ambiente stabile), si devono sostituire le strategie, per loro natura modificabili secondo le informazioni raccolte, le ipotesi (leggere e falsificabili) che ne conseguono, il caso e la necessità, i contrattempi o le sorti favorevoli incontrati strada facendo.

## ARTICOLI

### **LA COLLABORAZIONE PSICHIATRA/PSICOLOGO SULLA GESTIONE INTEGRATA DEI CASI IN PSICOTERAPIA INDIVIDUALE**

*Roberto Berrini<sup>1</sup>*

**RIASSUNTO.** Scopo di questo articolo è di sintetizzare alcune linee guida per la costruzione di una collaborazione clinica tra psichiatra e psicologo clinico nelle situazioni in cui quest'ultimo valuti la necessità di un'integrazione con trattamento farmacologico per un paziente in psicoterapia, secondo l'esperienza dello scrivente. Vengono illustrati i sintomi e i disturbi che vengono inviati con maggiore frequenza e le modalità di risposta dei pazienti alla proposta di invio ad un'altra figura professionale e di trattamento aggiuntivo con un farmaco, in relazione al modello operativo interno prevalente. Quindi si prendono in considerazione le motivazioni emozionali che possono concorrere alla decisione dello psicoterapeuta di ricorrere ad una consultazione psichiatrica, cui fa seguito la descrizione del punto di vista dello psichiatra e delle modalità di presa in carico. A questo punto il lavoro entra nello specifico della complessità del nuovo sistema di cura che richiede di individuare nuove regole per la gestione delle informazioni e della comunicazione tra i curanti e tra questi e il paziente, nel tentativo di mantenere l'alleanza terapeutica tra tutti i componenti all'interno dei parametri delle motivazioni collaborative.

**SUMMARY.** Aim of this work is to show how to better create a cooperation between psychiatrist and clinical psychologist when a patient in the course of a psychotherapy needs a pharmacological treatment. More frequent symptoms and disorders addressed are described and how the patient behavior reacts to the new kind of care is compared with his prevailing internal working model. Then the psychotherapist emotional reasons for referring to a psychiatrist and the psychiatrist point of view are considered. At this point the work analyzes information and communication new issues that govern a more complex care system with the aim to maintain therapeutic alliance of all the members between cooperative motivations limits.

**PAROLE CHIAVE.** collaborazione, motivazioni collaborative, alleanza terapeutica, complessità

---

<sup>1</sup> Neurologo e psicoterapeuta di formazione psicodinamica e sistemica, docente della Scuola di Specialità Mara Selvini Palazzoli. robertoberrini046@gmail.com

## **INTRODUZIONE**

La psichiatria e la psicologia hanno radici e provenienze differenti che si sono progressivamente avvicinate e integrate sul piano della psicoterapia, che rappresenta il linguaggio comune per costruire una collaborazione efficace per la cura del paziente con disturbi psichici. In realtà sono stati e sono tuttora numerosi i motivi di divergenza e contrapposizione tra gli psicoterapeuti e gli psichiatri, tra quelli, almeno, che conservano una visione dualistica dell'uomo. Chi tra gli psicoterapeuti ritiene che l'obiettivo della cura sia esclusivamente la mente immateriale, attraverso la parola, non condivide la visione di una cura che consideri come bersaglio principale il corpo (il cervello), attraverso la somministrazione di farmaci. Chi tra gli psichiatri ritiene che la mente sia solo un epifenomeno del cervello, non condivide una cura che convalidi l'esistenza di concetti che non conferiscono evidenza di causalità tra la cura e l'esito della stessa. Questo dissidio si protrae solo tra coloro che, consapevolmente o meno, mantengono una ipotesi cartesiana alla base della concezione dell'uomo.

Se invece si partecipa alla concezione dell'unità come presupposto delle differenze (senza unità non si generano differenze), l'approccio alla persona tiene conto dell'unità mente-corpo, di una mente incarnata e non isolata nei "piani alti" dell'essere o di un corpo vissuto e non meramente fisico e misurabile attraverso i parametri biotecnologici. In questo campo comune si collocano gli approcci della psichiatria fenomenologica e dinamica e della psicologia clinica.

Per quali motivi gli psicologi clinici possono giovare della collaborazione di uno psichiatra? In primo luogo, gli psicologi si imbattono frequentemente in pazienti con gravi disturbi mentali in cui il problema principale è determinato dalla loro psicopatologia, da cui consegue una serie di difficoltà sul piano del funzionamento generale e dell'esistenza. Sono incluse in questo gruppo le grandi sindromi psichiatriche: disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi del comportamento alimentare, tossicodipendenze, DPTS (quelle che fino al DSM IV-TR venivano incluse nell'Asse I del sistema diagnostico multiassiale del manuale), ma anche i disturbi della personalità caratterizzati da disregolazione emotiva e impulsività (quelli che prima della quinta e ultima versione del DSM erano inclusi nel Cluster B dell'Asse II). In questi casi la collaborazione tra psicologo clinico e psichiatra consente di arrivare a una precisazione diagnostica più attendibile (in quanto condivisa) non solo per quanto riguarda la categorizzazione descrittiva della psicopatologia, ma anche per ipotizzare il livello di gravità, il rischio di suicidio o di agiti eteroaggressivi, le aree di trattabilità farmacologica e i punti di suscettibilità del lavoro psicoterapeutico. È tipico come nella discussione tra le due professionalità emergano le differenze di ragionamento, quello psichiatrico aperto alla manifestazione dell'espressività sintomatica del paziente, per inscrivere nella pertinenza ad una categoria diagnostica, quello psicologico orientato a individuare connessioni tra la sofferenza sintomatica del paziente e la successione degli eventi di vita e dello sviluppo, per comprendere i modi con cui ha costruito le sue difese. Ma è implicito nella relazione co-terapeutica che entrambi i clinici possono invertire le parti: lo psichiatra è in grado (è comunque parte delle buone prassi della sua indagine diagnostica) di comprendere le manifestazioni patologiche della mente in un quadro idiografico (la vicenda personale e

individuale del paziente), mentre lo psicologo è in grado (fa parte della sua formazione) di descrivere con modalità nomotetica le caratteristiche del paziente che emergono dall'indagine semeiologica. Per questo l'efficacia della co-terapia è sostenuta dalla disattivazione delle motivazioni agoniste che si realizza nell'implicito riconoscimento che non esiste alcuna superiorità gnoseologica tra le parti; si crea altresì un ambito relazionale paritetico in cui lo scambio tra saperi affini e differenti nello stesso tempo è finalizzato al raggiungimento di un obiettivo comune.

## **1. QUALI DISTURBI VENGONO INVIATI**

Il punto di vista di questo articolo restringe la visuale alla situazione in cui lo psicologo clinico cerca la collaborazione dello psichiatra in ragione dell'evidenza di una psicopatologia non sempre di chiara espressività, ma certamente di ostacolo all'avanzamento del processo psicoterapeutico, allo scopo di ottenere una consulenza diagnostica e la valutazione dell'opportunità di un'integrazione farmacologica al trattamento. Proverò a descrivere quali sono i casi che per lo più mi vengono inviati nella mia attività privata di studio e di ambulatorio. Le psicosi sono rarissime, in quanto difficilmente gli psicologi ricevono tali pazienti nei loro contesti privati di lavoro, ma non è escluso vedere pazienti giovani con una modalità di presentazione caratterizzata principalmente da confusione e incertezza idetica, ritiro sociale e interruzione del proprio percorso accademico; a volte compaiono attacchi di panico. Ad un'indagine più ravvicinata possono emergere sintomi di depersonalizzazione/derealizzazione. Sono pazienti collaboranti, anche per avere già accettato di comunicare l'angoscia che li pervade ai loro familiari e di intraprendere un percorso di cura psicoterapeutica e non presentano quindi incipienti credenze paranoide. Il quesito che viene posto è di discriminare tra un possibile esordio psicotico e una forma più benigna su base dissociativa, possibilmente connessa alla difficoltà di affrontare un passaggio evolutivo del ciclo vitale.

Meno rari sono i casi affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, che possono aderire con puntualità e volontà di collaborazione ad una psicoterapia, ma spesso non riescono a modulare i sintomi ostinati del disturbo. Le richieste più frequenti hanno a che fare con disturbi depressivi e disturbi d'ansia, tra i quali è quasi invariante la presenza di attacchi di panico.

Infine, non rari i pazienti con caratteristiche di disregolazione delle emozioni, impulsività e abuso di sostanze o alcol, che in alcuni casi rispondono alla diagnosi di disturbo borderline della personalità o di personalità post-traumatica. I pazienti con tratti narcisistici si presentano più frequentemente per la gestione della depressività conseguente al fallimento delle difese grandiose che non riescono più a regolare l'autostima in senso ipertrofico.

In tutte le condizioni accennate è sempre indicata la terapia farmacologica? Non sempre, naturalmente, ma è necessario fare delle distinzioni: quando si sospetta un esordio psicotico (anche un episodio maniacale che preannunci lo sviluppo di un disturbo bipolare) è certamente opportuno iniziare un trattamento che consenta di contenere la sintomatologia e, nello stesso tempo dirimere i dubbi diagnostici. Infatti, una terapia neurolettica, anche a basso dosaggio, può aiutare il paziente a rallentare il processo di arretramento

percettivo e di deformazione della realtà e ridurre il livello di angoscia e di depersonalizzazione, senza creare effetti di sedazione o di rallentamento psicomotorio. Nello stesso tempo l'efficacia stessa dell'intervento farmacologico consente di confermare la diagnosi di psicosi. Non è detto che la prognosi sia per forza orientata ad un'evoluzione schizofrenica, perché in almeno un terzo dei casi ci si può trovare di fronte a forme di breve durata con remissione durevole dei sintomi. Per favorire la remissione è fondamentale il ruolo della psicoterapia, individuale e, soprattutto, familiare (cfr. ad es. Onwumere, Bebbington, Kuipers, 2011; Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2002).

Allo stesso modo non ci sono dubbi sulla necessità di cure farmacologiche per una depressione maggiore o per un disturbo ossessivo-compulsivo; i disturbi d'ansia devono essere valutati in base all'obiettivo impedimento che recano allo svolgimento della vita lavorativa o accademica, relazionale e affettiva, che frequentemente è elevato nel caso di disturbo da attacchi di panico. A questo proposito bisogna ricordare che i pazienti spesso utilizzano questa definizione in modo improprio, definendo attacco di panico una sintomatologia più sfumata e incompleta che è rappresentata per lo più da acutizzazioni dell'ansia di fondo, con accelerazione del battito cardiaco e della frequenza respiratoria. Le stesse considerazioni valgono per i disturbi depressivi minori. Quando la diagnosi orienta verso questi disturbi, ansiosi e depressivi, che segnalano prevalentemente la presenza di un'emergenza soggettiva, frequentemente connessa ad un bivio esistenziale (una difficoltà ad entrare in una nuova fase del ciclo vitale, una sofferenza del legame di coppia, una tematica di individuazione in un adolescente o giovane adulto), la terapia farmacologica potrebbe riportare il soggetto ad una maggiore lucidità, appianando le oscillazioni emotive connesse con le preoccupazioni di attaccamento e, in definitiva, aiutare l'avanzamento del processo terapeutico. In alcuni casi, però, la maggiore coesione emozionale ottenuta dall'effetto inibente della serotonina resa più fruibile dal farmaco, potrebbe anche refluire al servizio degli aspetti regressivi e smorzare così gli aspetti propulsivi della psicoterapia. È opportuno valutare insieme al paziente e allo psicoterapeuta la possibilità di decidere un tempo di attesa prima di iniziare l'uso del farmaco, soprattutto nei pazienti più giovani, per valutare l'avanzamento della riflessione psicoterapeutica e verificare miglioramenti, anche graduali, della sintomatologia. Se il paziente è molto propenso a iniziare un trattamento farmacologico, anche nell'ipotesi di una resistenza all'elaborazione di alcuni temi e vissuti della propria esperienza esistenziale, è possibile iniziare il trattamento farmacologico, con la clausola di limitarne l'impiego ad un arco di tempo sufficiente alla stabilizzazione della fase di crisi.

Componenti ansiose e depressive possono essere la spinta che conduce ad una consultazione psicoterapeutica pazienti con uno o più tratti patologici della personalità che rientrano nell'area borderline e narcisistica. Se si consulta il DSM-5 al capitolo relativo al "modello alternativo" dei disturbi della personalità, che rappresenta il tentativo di utilizzare un'ottica diagnostica dimensionale al posto di quella rigorosamente categoriale che ha mostrato di avere maglie troppo rigide per contenere un costrutto diagnostico più "liquido" come quello che descrive gli sviluppi delle personalità patologiche, si osserva che

il disturbo borderline della personalità è caratterizzato sostanzialmente da due tratti patologici: l'affettività negativa e la disinibizione. La prima si riferisce alle manifestazioni di labilità emozionale, ansia, insicurezza di separazione e depressività, mentre la disinibizione si riferisce all'impulsività e ai comportamenti a rischio. Quindi si coglie immediatamente come in alcuni casi la presentazione di sintomi d'ansia o di depressività unitamente ad un vissuto di stallo esistenziale possano implicare la presenza di una organizzazione borderline della personalità. Questi sono casi in cui la terapia farmacologica può essere un complemento necessario per la tenuta e l'avanzamento della psicoterapia, per quanto da considerare secondario. Infatti, nelle patologie della personalità l'apporto farmacologico non è mai mirato ad un substrato neurale co-eziologico, come nella schizofrenia, dove si assiste con frequenza significativa ad una remissione dei sintomi positivi, ma può sortire un effetto di maggiore coesione del sé, contrastando la tendenza dissociativa e con la possibilità di incidere sulla componente depressiva e ansiosa. La terapia che può curare rimane sempre la psicoterapia.

Il tema depressivo è forse ancor più evidente nei pazienti che sono portatori di tratti narcisistici della personalità. Infatti, questa tipologia di personalità solitamente è restia ad affrontare un percorso psicoterapeutico, a meno che non sia vivamente consigliato da un congiunto o da altra persona vicina oppure si trovi ad un punto della sua vita in cui le difese del sé grandioso o dell'autarchia falliscono di fronte alle prove di realtà e il soggetto si rifugi quindi in una dimensione di ritiro depressivo. Nella mia esperienza questi pazienti hanno un'elevata frequenza di refrattarietà alle terapie farmacologiche e vanno utilizzate nei casi in cui la depressività si aggravi in una forma di depressione maggiore, con relativo rischio suicidario (cfr. Anche Fournier et al., 2010, sull'effetto dei farmaci antidepressivi sulle forme di depressione grave rispetto alle depressioni lievi).

Ritengo che una psicoterapia in collaborazione con un intervento psichiatrico possa permettere di trattare in ambito di studio privato anche forme di personalità caratterizzate da alta vulnerabilità dissociativa e comportamenti a rischio con i dovuti parametri concordabili dopo una fase di accertamento diagnostico e di consultazione psicoterapeutica, secondo i canoni di Linehan (1993): la terapia si interrompe in caso di comportamenti a rischio che possono compromettere gravemente la salute fisica o la vita stessa del paziente e si ricorre ad un periodo di ricovero ospedaliero, dopo il quale la terapia può riprendere. Il paziente dovrà accettare la co-terapia psichiatra-psicoterapeuta ed il trattamento farmacologico eventuale. Oltre a queste condizioni io aggiungerei la necessità di lavorare in connessione con i familiari, coniuge, genitori e fratelli, per disattivare quelle interazioni che ricorsivamente possono contribuire a disorganizzare la fragile coesione del sé del paziente. Alcune personalità narcisistiche possono andare incontro a sensazioni di vuoto e agiti autolesivi con manifestazioni di rabbia incontrollata, simili in questo ai pazienti borderline (Madeddu, 2020) ma il criterio di esclusione per un trattamento in regime di studio privato ritengo che siano gli aspetti dei tratti di Antagonismo come manipolatività, durezza, fraudolenza che connotano il «narcisismo maligno» (cfr. Kernberg, 1984 e DSM-5, 2013), che di solito ostacolano la creazione di un'alleanza terapeutica, indispensabile per un progetto di cura ambulatoriale.

### **1.1 La costruzione dell'invio e della collaborazione interdisciplinare**

Come ho già accennato la motivazione dell'invio può partire dall'esigenza dello psicologo clinico di condividere i dubbi di inquadramento diagnostico di un paziente, secondo due premesse principali: il paziente ha suscitato preoccupazioni sin dai primi colloqui di consultazione psicoterapeutica per manifestazioni di incongruenza narrativa, nell'eloquio, nelle manifestazioni emozionali; per una deflessione grave dell'umore, con pensieri suicidari; per comportamenti a rischio, tra le evenienze più frequenti. Altra evenienza riguarda pazienti che dopo un congruo periodo di trattamento psicoterapeutico non accennano a migliorare oppure hanno recidive ricorrenti in manifestazioni sintomatiche di tipo ansioso e depressivo.

Lo psicoterapeuta quando informa il paziente dell'opportunità di una visita-parere con uno psichiatra, inserisce nella relazione con il paziente una variabile metacontestuale inaspettata o a volte volutamente evitata dallo stesso paziente sino a quel momento, che, nelle terapie già avanzate rappresenta anche una ricontrattualizzazione del setting e degli obiettivi terapeutici. È un passaggio delicato che potrebbe anche portare alla rottura dell'alleanza terapeutica o comunque indurre un movimento di distanziamento delusivo fino all'interruzione del percorso. Quindi la riuscita dell'invio e della costruzione di un trattamento interdisciplinare dipende dalla riuscita della contrattazione tra lo psicologo e il suo paziente per l'apertura ad uno sguardo esterno al setting abituale e al passaggio da una terapia diadica ad una triadica.

Se mettiamo da parte i casi estremi, cioè quelli in cui la gravità dei sintomi rende il trattamento farmacologico e la visione psichiatrica necessari per continuare la psicoterapia, i pazienti candidati per l'implementazione del setting diadico possono essere differenziati e raggruppati grossolanamente all'interno di due dimensioni generali che ne descrivono la componente latente della personalità maggiormente implicata in questa fase di scelta: la dimensione evitante - autarchica e la dimensione ambivalente - dipendente. Faccio qui riferimento a dei tratti o a degli schemi interiorizzati che guidano il soggetto nella modalità di costruzione delle relazioni interpersonali e quindi anche di quella terapeutica. Sono dimensioni che possono essere implicate nella costruzione della personalità ma non necessariamente connesse ai disturbi sindromici. Sono altresì assimilabili ai Modelli Operativi Interni di Bowlby (1969, 1973, 1980). Il paziente evitante - autarchico potrà processare la prospettiva di intervento esterno alla luce del suo pattern relazionale, formulando una serie di risposte, non necessariamente esplicite che vanno comunque discusse ed eventualmente riformulate o interpretate prima di dare corso all'invio. Nel caso in cui la difesa del distacco emozionale sia minacciata da sintomi d'ansia (ansia generalizzata, disturbo da attacchi di panico, per esempio), l'adesione alla proposta di una possibile soluzione rapida per la riduzione del funzionamento nelle principali aree della vita è spesso immediata e carica di aspettative. Sarebbe inoltre una soluzione a bassa intensità relazionale, in cui il fattore curativo che accompagna quotidianamente il paziente è un farmaco. Quando il distacco emozionale è improntato da una

evidente componente autarchica l'adesione potrebbe essere più faticosa e controversa, in quanto ostacolata dal fantasma della dipendenza, vissuta come fonte di umiliazione o sconfitta e quindi di crisi dell'auto-stima.

Con i pazienti che si collocano in questa dimensione è importante, nel primo caso evitare che il paziente subisca la fascinazione della scorciatoia farmacologica e si allontani dal contesto attivante sul piano emozionale della psicoterapia. Nel secondo caso il rischio può essere rappresentato dal rifiuto dell'abbinamento terapeutico che trascina con sé il distacco dalla psicoterapia. In entrambe le esemplificazioni il fattore di protezione del percorso psicoterapeutico è rappresentato dalla cooperazione tra i due professionisti: per il paziente evitante in crisi con le difese che autoregolano le emozioni di attaccamento e sviluppa sintomi d'ansia, nel momento in cui si sente tornare ad uno stato di maggiore coesione emozionale grazie al farmaco, lo psichiatra può indagare sull'alleanza terapeutica del paziente con lo psicoterapeuta, sollecitando la sua competenza metacognitiva e invitandolo a discutere apertamente con lo psicoterapeuta degli eventuali aspetti percepiti come negativi della sua relazione di cura. Con il paziente reattivo di fronte alla "fobia" della dipendenza è a volte possibile che i due curanti invitino il paziente ad un colloquio congiunto, a tre, in modo che, oltre a permettere allo psichiatra di fornire tutte le informazioni che possono tranquillizzare il paziente circa gli effetti dei farmaci, la collaborazione tra psicoterapeuta e psichiatra sia direttamente percepibile dal paziente e quindi maggiormente affidabile.

Se la proposta di invio per una consultazione psichiatrica viene filtrata da un modello operativo interno che si colloca nella dimensione della dipendenza ambivalente, si possono prevedere i seguenti scenari, almeno a titolo di esemplificazione: il paziente può evidenziare una componente di ansia da separazione nei confronti dello psicoterapeuta, rappresentandosi in modo preconsciouso un possibile abbandono e quindi mostrando indecisione e aumentando il livello di richiesta di attenzione e consolazione. Per questo è importante che l'invio non sia un passaggio formale e senza assistenza; il paziente deve essere accompagnato verso la decisione con delle rassicurazioni. Le rassicurazioni più convincenti sono sempre quelle veritiere e per questa ragione l'invio avrà più probabilità di riuscita se preesiste un rapporto di fiducia tra i due professionisti. In altre parole, lo psicoterapeuta potrà dire al paziente di conoscere personalmente il collega psichiatra e di essere certo del buon esito dell'accoglienza che riceverà e della collaborazione che si attiverà per il buon esito del suo percorso di cura. Ritengo utile, quindi, che nella costruzione della propria attività privata ogni psicologo clinico cerchi di prendere contatto con uno psichiatra, conoscerlo direttamente e stabilire un'ipotesi di collaborazione professionale. Con questo non voglio affermare che lo psicologo clinico debba ritenersi detentore di un sapere ancillare che necessita per forza di cose di una supervisione medica; la riuscita della costruzione di una terapia congiunta, per quanto in setting separati, è subordinata alla riuscita di una relazione interdisciplinare collaborativa e paritaria, come ho già accennato: non possono esserci questioni aperte che riguardino la competizione di rango e le motivazioni agoniste.

L'ansia di separazione o la latente angoscia abbandonica si possono manifestare anche con reazioni colleriche e aggressive, manifestazioni di accusa nei confronti del terapeuta, che possono essere riformulate e

rilette alla luce della storia individuale del paziente. Come sempre accade, la modalità prescrittiva all'interno della relazione psicoterapeutica, anche quando si tratti di proporre, per esempio, la convocazione in seduta di un genitore o di entrambi o della fratria, può suscitare reazioni negative di vario genere: rifiuto radicale, dilazione delle decisioni, trasgressioni del setting, ostilità nei confronti della prescrizione, elusione del tema e altro. Ma se l'obiettivo immediato non viene raggiunto, si aprono comunque delle nuove aree da esplorare, facendo interrogare il paziente sulle ragioni (buone) che sono alla base della sua difficoltà ad aderire ad una modificazione del setting e non è escluso che, dopo avere esplorato o anche rivisto gli aspetti relazionali, che sono alla base delle difese contro il cambiamento proposto, si riesca a procedere con la modalità prescrittiva, precedentemente fallita.

### **1.2 Le motivazioni dell'inviante**

Le motivazioni che portano lo psicologo clinico a inviare un paziente possono anche essere di natura emozionale o controtransferale e talvolta non scaturiscono solamente da considerazioni diagnostiche e quindi razionali. In altri termini la collaborazione con lo psichiatra può comportare una condizione di conforto per lo psicoterapeuta, rispetto alle emozioni che lo coinvolgono nella relazione in atto con il paziente. La tematica più coinvolgente è sicuramente quella del suicidio, che è senza dubbio di per sé un'indicazione per una consultazione psichiatrica. Il fatto che il paziente aderisca all'introduzione di un nuovo curante con un'impostazione clinica che integra la psicoterapia con la farmacoterapia rappresenta un fattore prognostico positivo, la realizzazione di una rete di cura che può contenere più efficacemente la sofferenza della persona che ospita nella mente pensieri di morte di tipo anticonservativo, cui la persona si assegna in cerca di riparo. Naturalmente se il paziente ha già messo in atto uno o più tentativi non riusciti di suicidio o se organizza mentalmente progetti per togliersi la vita, è opportuno indicare il ricovero ospedaliero prima di ogni altro trattamento.

L'impotenza è un sentimento che può generare la decisione dell'invio allo psichiatra, a fronte di pazienti che, indipendentemente dalla diagnosi (depressione cronica, depressività narcisistica, personalità gravemente evitanti o schizoidi, per fare degli esempi) non fanno passi avanti nel corso di terapie anche avanzate. In alcuni di questi casi può capitare che l'invio abbia anche una componente, più o meno consapevole, di delega e di disinvestimento della progettualità terapeutica. Può essere confortante per il terapeuta verificare che lo psichiatra si manifesta a sua volta impotente con pazienti di quest'ordine di difficoltà sul piano relazionale e a sua volta delega al farmaco il ruolo di provocare una qualche forma di cambiamento progressivo. Non si può escludere che trasformare il senso di impotenza nel fondamento di un'alleanza collaborativa tra i due curanti possa fare scaturire nuovi punti di vista da cui guardare il paziente per individuare nuovi punti di appiglio per attivare la relazione terapeutica.

Sugli aspetti controtransferali non si possono evidentemente fare generalizzazioni; teniamo presente la regola per cui i gravi disturbi della personalità evocano reazioni emozionali simili in tutti i curanti, mentre i pazienti con un alto livello di funzionamento suscitano reazioni controtransferali specifiche, ossia generate dalla storia e dalle difese individuali del terapeuta. Quindi la decisione di un invio per un

trattamento farmacologico formulata sulla base di una reazione controtransferale dello psicologo clinico sarebbe eventualmente oggetto di supervisione, ma non può essere valutata dallo psichiatra che dovrebbe ricevere il paziente. Lo psichiatra potrebbe in alcuni casi ipotizzare un movente di quest'ordine quando, per esempio, visitato il paziente, non individua la necessità di intervenire attraverso l'impiego di un farmaco.

Può essere l'ostilità presente nella relazione psicoterapeutica una motivazione per l'invio allo psichiatra? Nella mia esperienza raramente e in modo non palese, scoperto, ma individuabile dalla sottile vena agonista che permea la relazione, narrata da entrambi: dallo psicologo quando parla del suo paziente al momento della trasmissione di informazioni allo psichiatra e dal paziente durante il colloquio con lo psichiatra. L'alleanza terapeutica non sembra compromessa ed entrambi si mostrano ingaggiati nel contratto di cura, ma allo sguardo esterno appare intrisa di aspetti competitivi che sembrano rallentare o mettere in stallo l'avanzamento della terapia. In questo caso il contributo del farmaco rischia di inserirsi nella trama competitiva con alterna fortuna, ma lo psichiatra ha l'opportunità di disattivare le motivazioni agoniste inserendosi come mediatore della relazione terapeutica.

## **2.LA RELAZIONE DI CURA TRA PSICHIATRA E PAZIENTE**

Come si struttura la relazione di cura tra lo psichiatra e il paziente inviato? È importante che la visita non rappresenti un appiglio di riferimento puramente occasionale, ma che si costruisca un setting con una frequenza di incontri prestabilita, pur commisurata alle esigenze del paziente e della sua psicoterapia; solitamente la frequenza bimestrale, o mensile in casi più selezionati, è adatta a consentire un monitoraggio puntuale della terapia farmacologica e dei sintomi, unitamente al mantenimento della "vitalità" della rete terapeutica. La frequenza mensile è più produttiva nei casi in cui la sintomatologia acuta e destrutturante necessita di un maggior contenimento, soprattutto nel periodo iniziale, in cui alcuni farmaci, come gli antidepressivi, non hanno un effetto abbastanza rapido per permettere al paziente di sentirsi (come vorrebbe) in una condizione di relativa stabilità in tempi brevi. I pazienti durante gli incontri di monitoraggio sono soliti dire che stanno continuando la psicoterapia, aggiungendo commenti positivi sull'andamento del processo terapeutico e in questi casi lo psichiatra non indaga sulle aree che vengono esplorate e si limita a rinforzare positivamente la necessità di proseguire attivamente nel percorso. Si rinforza anche l'aspetto positivo della terapia farmacologica che accompagna le riflessioni esplorative che il paziente elabora sull'assetto del suo mondo interno e del suo ambiente relazionale, soprattutto in quei casi in cui il farmaco ha contribuito a creare quella condizione di stabilizzazione e di messa in sicurezza, senza la quale la terapia della parola non sarebbe avanzata adeguatamente. In altri casi la collaborazione tra i professionisti permette che la visita psichiatrica assuma una coloritura esplorativa delle tematiche interiori quando queste sono indubbiamente connesse con la sintomatologia per cui è stata decisa l'integrazione farmacologica, per esempio una depressione generata da un lutto di difficile elaborazione. Oppure vengono tematizzate contingenze relazionali che rappresentano un trigger per lo sviluppo della sintomatologia, come per esempio un disturbo d'ansia con

attacchi di panico che si sviluppa nel contesto di attivazione del sistema dell'attaccamento durante una relazione extraconiugale. Può capitare che nel corso della discussione su questi aspetti possano emergere elementi nuovi, oppure angolazioni differenti da cui osservare e valutare gli aspetti già conosciuti di sé e della propria storia: lo psichiatra stimolerà il paziente a riportare tali acquisizioni nella psicoterapia per permettere che sorgano ulteriori sviluppi. Naturalmente tra gli aspetti nuovi che possono emergere nella prosecuzione degli incontri tra lo psichiatra e il paziente vanno compresi anche manifestazioni che avvengono nel contesto della seduta o che vengono raccontate dal paziente che mettono in discussione il quadro diagnostico precedentemente stabilito. Interrogativi su una possibile evoluzione positiva o negativa del comportamento del paziente sorgono anche nei momenti di confronto tra psichiatra e psicoterapeuta e conducono a rivedere i propri schemi diagnostici sul piano della loro predittività di evoluzione e di decorso.

Tranne che nei casi in cui lo psichiatra non può fare a meno di esprimere una posizione assertiva nei confronti della necessità del farmaco e della continuità di assunzione, a fronte di eventuali resistenze o tentativi di autoregolazione della somministrazione, piuttosto che di tentativi autonomi di sospensione della cura, quando i pazienti esprimono la volontà di diminuire il dosaggio o di interrompere il trattamento, è opportuno avere un atteggiamento flessibile, cercando di dare la priorità alla relazione e non alla terapia. Si applica un modello di *shared decision making* in cui le competenze professionali entrano in dialogo con le credenze, i valori, gli obiettivi, le esperienze e le preferenze del paziente. In questo modo è possibile allearsi con il progetto del paziente e sostenerlo oppure, in caso di difficoltà, intervenire per ripristinare il dosaggio efficace. Bisogna però avere in mente sempre la relazione con l'altro curante e accertarsi che questo sia al corrente dell'evoluzione e che se ne possa discutere. Lo psicoterapeuta, infatti, può ricavare spunti importanti da questo movimento del paziente e connetterlo con gli aspetti emersi nel corso del processo terapeutico, per esempio aspetti rivelatori del suo modello operativo interno: una reazione di evitamento nei confronti degli aspetti vulnerabili della sua personalità, una manifestazione fobica nei confronti della dipendenza, oppure una relazione negativa con lo psichiatra. Non si può escludere che l'incontro con quest'ultimo abbia sollevato delle contrarietà in cui la persona reale del curante e il suo atteggiamento e le sue scelte comportamentali, verbali e non verbali, abbiano involontariamente innescato una sequenza di aspettative sfavorevoli sulla prosecuzione degli incontri. La flessibilità dello psichiatra e le eventuali ipotesi dello psicoterapeuta possono concorrere alla gestione di una fase di evoluzione della co-terapia. Infine, bisogna tenere in considerazione che le valutazioni del paziente possono anche essere equilibrate e corrette e le sensazioni di benessere che riferisce e che motivano il suo tentativo di dismissione della terapia farmacologica, siano riconosciute come effettive acquisizioni interiorizzate e non solo sostenute dall'effetto del farmaco: sta alla coppia dei curanti cercare di discriminare tra le varie possibilità.

## **2.1 Come amministrare il transfert negativo nella relazione con l'altro polo della rete**

Un aggiornamento della cornice diagnostica in itinere può rappresentare un modo per interpretare una reazione emotiva negativa oppure una stabilizzazione di uno stato mentale ostile nei confronti di uno dei poli della rete terapeutica. In questo caso i curanti possono assumere un ruolo reciproco di osservatore a distanza, analogo a quello che nella tradizione della terapia familiare è il supervisore dietro allo specchio unidirezionale. Questa funzione può essere svolta direttamente nel colloquio con il paziente, qualora questo lamenti con uno dei curanti aspetti negativi della relazione con l'altro curante.

Come si può affrontare una situazione così descritta? Provo a evidenziare quanto sperimento dal mio polo di osservazione. In primo luogo, distinguerei due situazioni: la prima si verifica quando la comunicazione di una difficoltà nel processo di cura con lo psicologo clinico avviene in modo imprevisto e a volte tangenzialmente al contesto di discussione dell'incontro in corso. La seconda si verifica in seguito alla precisa intenzione dello psichiatra di esplorare l'andamento della relazione tra il paziente e l'altro polo della cura. Penso che possa essere una prassi del colloquio da parte di entrambi i curanti partecipi del trattamento aprire una finestra di commento riflessivo sulla processualità in itinere nel setting collegato. Nel primo caso è evidente che la comunicazione debba essere vagliata con attenzione chiedendosi in particolare perché il paziente manifesta questa comunicazione e la prima risposta di solito dovrebbe essere se il paziente abbia affrontato questa tematica con il terapeuta oppure no, a partire dall'ipotesi negativa che il paziente si stia comportando come un figlio che crea attivamente una triangolazione patologica ponendosi al vertice di un triangolo che vede agli altri vertici i due curanti. Si potrebbe azzardare che il paziente cerchi di riattualizzare un contesto sistemico facendo pressione sui curanti perché questi contribuiscano a interpretare i ruoli che i genitori interpretavano in tale contesto: una sorta di "identificazione proiettiva sistemica". Questa possibilità, rara, presuppone una diagnosi psicopatologica di maggiore gravità, di tipo, per esempio, narcisistico-borderline. In altri casi si tratta di pazienti tendenzialmente inibiti o dipendenti che si rivolgono alla figura più periferica per essere aiutati a manifestare sentimenti contrastanti o da lui sentiti come distruttivi, alla figura di attaccamento principale, lo psicoterapeuta. Non è opportuno fornire interpretazioni sulle difese del paziente; il ruolo dello psichiatra in questo caso si limita a incoraggiarlo a comunicare le sue esigenze allo psicologo, spiegando che la relazione terapeutica, come tutte le relazioni, non deve essere necessariamente sempre positiva. Quando uno dei due curanti stimola la riflessione sull'andamento del rapporto con l'altro curante, possono ovviamente emergere commenti positivi o negativi; nel primo caso è opportuno rinforzare l'esperienza di accoglienza, benessere, mastery, riferita, sottolineando l'importanza della solidità del punto di riferimento relazionale che interfaccia il setting attuale. Se il paziente nel setting psicoterapeutico parla solo degli effetti del farmaco, è però consigliabile che lo psicologo clinico integri il discorso chiedendo notizie della relazione con lo psichiatra, se è accogliente, se è facile comunicare le proprie perplessità, paure o anche le proprie curiosità rispetto al farmaco e ai suoi effetti; se si sente libero di proporre un suo parere, per quanto soggettivo e ingenuo, sulla durata della terapia e di esporre la sua

esigenza di modificare i dosaggi o anche di interrompere la somministrazione. In alcuni casi è bene che si faccia presente al paziente che è meglio fare un tentativo di interruzione della terapia farmacologica in modo concordato con lo psichiatra (anche se lo psichiatra acconsentisse solo per le insistenze del paziente), piuttosto che interrompere la relazione con il curante, per decidere unilateralmente, senza confronto. Ci sono però delle situazioni con una diagnosi più severa in cui i due professionisti devono coralmemente dissuadere il paziente dal proposito di interrompere il farmaco, viceversa in altri casi il farmaco può rappresentare una soluzione temporanea per superare un passaggio evolutivo critico o una fase di stagnazione esistenziale. Proprio per queste situazioni, abbastanza frequenti nella casistica che affluisce negli studi di psicoterapia, la relazione tra psicologo e psichiatra deve offrire al paziente un parere univoco e concordato, costruito attraverso un momento di confronto reciproco, centrato sull'individuazione dei fattori di protezione e sui fattori di rischio e sugli elementi che permettano di valutare il punto del tragitto del paziente sul piano evolutivo. Bisogna tenere presente che la dismissione del farmaco segue di solito in protocollo di gradualità che richiede un certo tempo, che consente di valutare l'eventuale ripresa, più o meno sottotraccia, dei sintomi ansiosi o depressivi.

Una situazione particolare è rappresentata dall'intervento di una persona esterna al setting, come mi è capitato nel caso di un giovane adulto, studente universitario, non autonomo economicamente e quindi in psicoterapia con il sostegno dei genitori per un disturbo d'ansia. Il giovane ha un tratto evitante/autarchico e quindi negozia con lo psichiatra l'interruzione della terapia farmacologica in una fase di benessere consolidato. Successivamente, in seguito a manifestazioni d'ansia sporadiche e transitorie, la mamma del paziente chiama lo psichiatra per esprimere alcune sue perplessità sulla gestione della psicoterapeuta del percorso clinico del figlio. Entrambi i genitori avevano a suo tempo partecipato ad incontri di allargamento dietro convocazione della curante, eppure la mamma decide di rivolgersi allo psichiatra con lo scopo implicito di indurlo a intervenire, di "mettere il naso", nel setting psicoterapeutico. Il motivo per cui la mamma non si era rivolta direttamente alla collega è legato alla contrarietà del figlio di fronte all'atteggiamento iperprotettivo del genitore e al suo rifiuto di permetterle di contattare la sua terapeuta. Di fronte ad un atteggiamento e a una richiesta di questo tipo lo psichiatra potrebbe, senza dubbi deontologici, non raccogliere la richiesta della signora, cercando di tranquillizzarla sullo stato clinico del figlio. In questo caso, però, potrebbe venire meno un'informazione di cui la psicologa clinica si gioverebbe nella gestione del trattamento. L'alleanza co-terapeutica può essere utilmente attivata anche in una situazione del genere: lo psichiatra informa la terapeuta della telefonata e la mette al corrente dell'atteggiamento della mamma del suo paziente e insieme possono decidere una strategia per affrontare nel modo migliore il problema. Le modalità possono essere differenti: la psicoterapeuta può utilizzare l'informazione per rinforzare l'alleanza con il paziente trascurando l'ipotesi che la mamma possa sentirsi messa da parte dalla coppia dei curanti e, porsi in una posizione agonista nei confronti del trattamento. La terapeuta potrebbe altrimenti assecondare la richiesta della mamma e, in accordo con il paziente, permettere allo psichiatra di restituire alla mamma una comunicazione tranquillizzante. Una terza possibilità, forse la più complessa, ma

possibilmente la più redditizia dal punto di vista delle ricadute sulla terapia, prevede di utilizzare “l’imprevisto materno” per costruire con il paziente un momento di avanzamento riflessivo sulla relazione con la propria madre. Si può infatti constatare in questo caso un pattern di tipo “caccia e fuga”, frequente nell’analisi sistemica delle relazioni di coppia e delle relazioni diadiche madre-figlio, che, dal punto di vista dell’attaccamento possono essere definite come un intreccio tra una madre con un pattern di attaccamento ambivalente e un figlio con un pattern evitante. La proposta terapeutica può essere come l’evitamento del paziente evoca l’ansia di avvicinamento e controllo da parte della mamma, in una dinamica ricorsiva e reciproca e come questa consapevolezza può essere utilizzata per aiutare la mamma a diventare meno ansiosa e il paziente meno chiuso nei suoi confronti.

Naturalmente le stesse modalità vanno tenute presente nel caso reciproco, quando, cioè, il paziente esprime allo psicoterapeuta aspetti negativi della sua relazione di cura con lo psichiatra. Sono frequenti in questo caso le premesse negative che ostacolano l’invio per una terapia farmacologica: diffidenza nei confronti del farmaco o nei confronti della figura professionale dello psichiatra, premesse che non sempre vengono superate dopo il primo o i primi incontri. Sono situazioni spesso connesse al pattern evitante del paziente, come già precedentemente descritto, in cui il farmaco viene vissuto come un “controllore” interno, invasivo e non distanziabile, all’effetto del quale dovrebbe sottometersi. A volte il lavoro dello psicoterapeuta per arrivare ad ottenere il consenso del paziente per una consultazione psichiatrica può prolungarsi per diversi mesi prima di suscitare una seppur parziale disponibilità ad allentare le difese distanzianti del pattern di attaccamento. Una volta instaurata la co-terapia, lo psicoterapeuta può focalizzarsi sulla diade psichiatra-paziente come una relazione significativa esterna al setting individuale che informa la psicoterapia delle attivazioni del modello operativo interno del paziente, analogamente alle interazioni all’interno della famiglia di origine o della coppia, nella prassi tipica della terapia individuale sistemica.

Una condizione simile ma non del tutto sovrapponibile si potrebbe verificare quando una reazione negativa alla relazione con lo psichiatra è concomitante ad una più o meno coperta ambivalenza nei confronti della psicoterapia; diversamente da quando, come abbiamo evidenziato precedentemente, il paziente rivolge allo psichiatra la propria insoddisfazione per la psicoterapia o per la persona dello psicoterapeuta, sia in modo timoroso e inibito sia in modo provocatorio, in questo caso l’ambivalenza del paziente viene spostata sullo psichiatra, per motivi inerenti alla specifica vicenda personale, storica, del paziente stesso.

## **2.2. L’alleanza terapeutica**

Abbiamo fino a questo momento messo in evidenza molti aspetti di come costruire una relazione terapeutica con un livello di maggiore complessità rispetto ad un setting esclusivamente diadico paziente-curante. Se utilizziamo il concetto di alleanza terapeutica in merito al tema di questo articolo, dobbiamo considerare la necessità di creare alleanze multiple e coordinate: alleanza paziente-psicoterapeutica; alleanza paziente-psichiatra; alleanza psicoterapeuta-psichiatra. La letteratura in merito (Liotti et al. 2017; Cambiaso, Mazza, 2018) indica che la valutazione dell’alleanza terapeutica nel corso del processo si basa

sulla sintonizzazione collaborativa tra i componenti del sistema relazionale. Il passaggio a motivazioni più arcaiche, come quelle ordinate dal sistema di attaccamento o dal sistema agonista, rappresenta un segnale importante di deterioramento o addirittura rottura dell'alleanza terapeutica. Teniamo per certo che l'alleanza tra i curanti non dovrebbe andare incontro a spostamenti funzionalmente meno evoluti. La presenza di motivazioni agoniste per la definizione del rango, va da sé, non sarebbe compatibile con la costruzione di un progetto comune di cura. Tuttavia, talvolta può capitare che ciascun professionista, se, come avviene nella maggior parte dei casi, non condividono il contesto di cura, si trovi a rendere rarefatti i contatti che devono monitorare il processo terapeutico, per ragioni ordinarie, di sovraccarico lavorativo o di scarsa sintonizzazione o ingaggio iniziali. In questo caso si indeboliscono le motivazioni collaborative con effetto di rinforzo per le stesse ragioni che portano il paziente a disinvestire nell'alleanza con uno o entrambi i curanti. Come sempre nell'analisi dei cambiamenti sistemici, la punteggiatura è arbitraria e non si può affermare con certezza che il processo di disinvestimento sia partito da un vertice o da un altro vertice del triangolo, senza contare che esistono anche altri nodi della rete sistemica che possono influenzare l'equilibrio dinamico attuale, che si trovano al di fuori del setting di trattamento, come per esempio dei familiari che non sono allineati con gli intenti del processo di cura. Ad esempio, una psicoterapeuta chiama lo psichiatra perché una paziente in trattamento con farmaci antidepressivi, nell'ambito di un progetto di co-terapia come quello sinora descritto, ha sospeso bruscamente il farmaco perché il marito è sempre stato contrario all'assunzione di farmacoterapici e continuava a manifestare la sua disapprovazione, fino a quando, in una fase di benessere, la paziente ha deciso di guadagnare la stima del coniuge decidendo autonomamente la sospensione. Ne è scaturita una sindrome da sospensione con un intenso rimbalzo di ansia che ha reso necessario il richiamo della psicoterapeuta a prendere un nuovo appuntamento con lo psichiatra, dopo un lungo periodo di assenza di notizie.

Nei paragrafi precedenti si è già parlato delle opportunità che offre la co-terapia tra psichiatra e psicologo clinico per evidenziare e gestire le reazioni terapeutiche negative del paziente nei confronti di entrambi i setting. Se si ragiona in termini di alleanza terapeutica secondo i criteri appena enunciati, quali potrebbero essere i segnali di slittamento motivazionale in senso di prevalenza di motivazioni di attaccamento e di rango, che appaiono alla presenza del curante del setting parallelo? Penso che lo psichiatra debba cercare di distinguere quali segnali di attivazione predominano nel corso del colloquio, se sono segnali che evidenziano tematiche ansiose di richiesta di aiuto o di conforto oppure di rabbia connessa all'abbandono, oppure se sono segnali di distanziamento o di controllo o di rabbia connessi con il mantenimento di un rango dominante. Senza escludere i segnali meno espliciti di sottomissione passiva. Tali segnali, che avvisano che il paziente seleziona per prime le motivazioni di attaccamento nel primo caso e le motivazioni agoniste nel secondo, non sono, a mio avviso, da considerare solamente come riferibili alla relazione in atto tra il paziente e lo psichiatra, ma indicano una disponibilità dell'assetto emozionale del paziente a organizzarsi secondo le linee di tali sistemi motivazionali nel momento in cui si relaziona con un contesto di cura. Per questo è opportuno che lo psichiatra si riferisca allo psicoterapeuta per confrontarsi e capire

insieme se ci si trova di fronte ad un assetto mentale in evoluzione, verso un deterioramento dell'alleanza collaborativa con il sistema terapeutico. Tra i segnali da mettere a fuoco bisogna includere anche la reazione negativa al farmaco. I farmaci più frequentemente utilizzati, gli antidepressivi serotoninergici, danno con una certa frequenza effetti collaterali nella prima fase di adattamento, che dovrebbero attenuarsi e scomparire nel giro di una settimana al massimo. Sono effetti solitamente sopportabili, tuttavia in alcuni casi si assiste a reazioni clamorose o alla comparsa di effetti insoliti, di difficile decifrazione. In questi casi è necessario non fare inferenze o interpretazioni e assecondare le esigenze del paziente anche se si dovesse arrivare a sospendere il farmaco, ma, nello stesso tempo, vale la pena considerare l'attivazione del sistema di difesa, in una condizione di *arousal* o di attacco-fuga, piuttosto che un profondo stato mentale di opposizione connesso al sistema agonista. Sono entrambe motivazioni che comportano uno slittamento potenziale dell'alleanza collaborativa e come tali devono essere oggetto di discussione da parte della coppia terapeutica. In altri termini la relazione psichiatra-paziente potrebbe essere considerata come un avamposto della solidità delle motivazioni collaborative del paziente rispetto al sistema di cura nella sua complessità, ma in particolare, rispetto al setting psicoterapeutico, generatore dell'ampliamento dell'articolazione dei punti di riferimento del paziente.

## **CONCLUSIONI**

La collaborazione tra la figura professionale dello psichiatra e quella dello psicologo clinico rappresenta un'opportunità per entrambi, unitamente ad una garanzia di maggiore efficacia per una ampia gamma di pazienti che sviluppano sintomi, indici di una psicopatologia sindromica o comportamenti rivelatori di una patologia di personalità. Il vantaggio di una collaborazione professionale non è solo di natura tecnico/clinica, intesa come scambio e integrazione di saperi, che rappresenta sicuramente l'ingrediente che aumenta la complessità del sistema terapeutico e il numero dei livelli differenti di funzionamento, ma interviene anche una componente di "crescita emozionale" connessa all'incremento delle motivazioni collaborative che governano il sistema stesso, che, nelle circostanze più favorevoli, crea assonanze cooperative tra i due curanti e tra ciascun curante e il paziente.

Come abbiamo cercato di illustrare, se ben attivata, la co-terapia rappresenta anche un vertice di osservazione che permette di individuare e correggere le increspature o le rotture in atto dell'alleanza terapeutica in entrambi i setting.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Bowlby, J. (1969), Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby, J. (1973), Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1978.
- Bowlby, J. (1980) Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1983.

- Cambiaso, G., Mazza, R. (2018), *Tra intrapsichico e trigerazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M., (2002) *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (2013), American Psychiatric Association.
- Fournier J. C., DeRubeis, R. J., Hollon S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton R. C., Fawcett, J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis, *JAMA*, Jan 6;303(1):47-53, 2010.
- Kernberg, O. F., (1984) *Disturbi gravi della personalità*, Tr. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Linehan M., M., (1993) *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Tr. It., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Liotti, G., Fassone, G., Monticelli, F. (2017), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Madeddu, F. (2020), *I mille volti di Narciso. Fragilità e arroganza tra normalità e patologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Onwumere, J., Bebbington, P., and Kuipers, E. Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 113-119, 2011.

---

## **IL SIMBOLICO NEL SETTING INDIVIDUALE: UN PONTE TRA INTER E INTRAPERSONALE, TRA TERAPEUTA E PAZIENTE**

*Ludovica Rosano<sup>1</sup>*

---

**RIASSUNTO.** Ciò che chiamiamo simbolo, così inteso secondo Carl G. Jung, è un termine, un nome o anche un'immagine, una rappresentazione che implica qualcosa che sta al di là del suo significato ovvio e immediato. Quando la mente esplora il simbolo, entra in contatto con idee che stanno al di là delle capacità razionali. In tal senso si potrebbe pensare alla facoltà di simbolizzazione innata nell'uomo, come ad uno strumento utile al lavoro terapeutico in quanto possibile forma di espressione con cui ogni individuo può raccontarsi e scoprirsi con l'aiuto del terapeuta che ha anche la funzione di condurre e guidare il paziente andando ad aprire nuovi canali di conoscenza e coscienza che proprio per questo si rivelano terapeutici. La stanza di terapia, infatti, luogo fisico, o in linea coi tempi anche virtuale, dove avviene l'incontro tra paziente e terapeuta, si presta alla creazione di un linguaggio comune e condiviso fatto di immagini a cui attingere.

**SUMMARY.** What we call a symbol, according to Carl G. Jung, is a term, a name or even an image, a representation that implies something that lies beyond its obvious and immediate meaning. The innate faculty of symbolization in man, is a useful tool for therapeutic work as a possible form of expression with which each individual can tell and discover himself with the help of the therapist who also has the function of leading and guide the patient by opening up new channels of knowledge and consciousness which, precisely for this reason, prove to be therapeutic. The therapy room, in fact, a physical place, or in line with the times even virtual, where the meeting between patient and therapist takes place, lends itself to the creation of a common and shared language made up of images to draw on and be able to refer to and sometimes also resume or modify along the way.

**PAROLE CHIAVE.** collaborazione, motivazioni collaborative, alleanza terapeutica, complessità.

### **INTRODUZIONE**

La parola simbolico trae la propria origine dal lat. tardo *symbolicus*, dal gr. *symbolikós*, der. di *symbolon* 'simbolo', der. di *simballo* 'metto insieme'.

Ciò che chiamiamo simbolo, citando Carl G. Jung, con la sua opera integrale e illustrata *L'uomo e i suoi simboli* è un termine, un nome o anche un'immagine, una rappresentazione che può essere familiare nella vita di tutti i giorni e che tuttavia possiede connotati specifici oltre al suo significato ovvio e convenzionale, racchiude qualcosa di vago, di sconosciuto o inaccessibile. Perciò una parola o un'immagine è simbolica quando implica qualcosa che sta al di là del suo significato ovvio e imme-

---

<sup>1</sup> Psicologa, psicoterapeuta, Verona. [dottorressaludovicarosano@gmail.com](mailto:dottorressaludovicarosano@gmail.com)

diato. Essa possiede un aspetto più ampio, “inconscio”, che non è mai definito con precisione o compiutamente spiegato.

Quando la mente esplora il simbolo, entra in contatto con idee che stanno al di là delle capacità razionali. Anche l'uomo produce simboli, ad esempio, inconsciamente e spontaneamente sotto forma di sogni. È dunque propria dell'uomo la facoltà di simbolizzazione, tuttavia, riportando il pensiero del celebre pittore e scultore spagnolo Pablo Picasso, anche se sin da quando veniamo al mondo e siamo bambini c'è un artista in ognuno di noi, il problema sta nel capire come rimanere artisti diventando grandi e non perdere questa abilità. In tal senso si potrebbe pensare alla facoltà di simbolizzazione innata nell'uomo, come ad uno strumento utile al lavoro terapeutico in quanto possibile forma di espressione con cui ogni individuo può raccontarsi e scoprirsi con l'aiuto del terapeuta che ha anche la funzione di condurre e guidare il paziente andando a rispolverare e ad allenarlo a questa modalità rimasta, spesso a lungo, in disuso, aprendo nuovi canali di conoscenza e coscienza che proprio per questo si rivelano terapeutici.

La stanza di terapia, infatti, luogo fisico, o in linea coi tempi anche virtuale, dove avviene l'incontro tra paziente e terapeuta, si presta alla creazione di un linguaggio comune e condiviso fatto di immagini a cui attingere e poter far riferimento e talvolta anche riprendere o modificare durante il percorso in linea con la sua evoluzione. Tale fenomeno, solitamente, quando si verifica, inducendo il paziente a pensare, ci segnala che stiamo andando verso una direzione, all'insegna di una avvenuta e riuscita sintonizzazione. In particolare, nelle terapie individuali, ma non in modo esclusivo, solo con maggior intensità ed affetto cassa di risonanza dovuti all'esclusività della relazione uno ad uno che viene tipicamente a crearsi all'interno di un setting individuale rispetto ai formati propri del setting di coppia o familiare, la metafora si rivela un ottimo strumento di lavoro per costruire un mattone alla volta un ponte in grado di connettere a livello intrapersonale e interpersonale paziente e terapeuta. La narrazione di partenza del paziente si arricchisce di significati e sfaccettature, rivelandosi terapeutica, quindi, curativa, riparativa.

L'etimologia del termine metafora, dal greco *metaphorà*, *trasferimento*, composto da *meta oltre* e *phero portare*, ci suggerisce, infatti, un movimento che il terapeuta aiuta a far compiere a livello mentale al paziente.

Se dovessimo trovare un'immagine per provare a spiegare cosa accada nella stanza di terapia attraverso l'uso di un linguaggio simbolico, dai contorni più sfumati che consente di porre la giusta distanza tra il paziente e la propria storia, potrebbe essere quella dell'arcobaleno. Un arcobaleno è un fenomeno atmosferico che si può osservare solo in situazioni particolari. Ci si deve trovare in presenza di almeno due elementi imprescindibili il sole e la pioggia, ma ciò tuttavia non è ancora sufficiente. Perché sia visibile e ammirabile ci si deve trovare tra il sole, che deve essere sufficientemente basso all'orizzonte, e dalla parte opposta vi deve essere una regione del cielo ancora investita dalla pioggia.

L'incontro secondo la combinazione prospettica di questi elementi naturali rende tangibile, agli occhi di chi guarda in quel momento e in quella direzione, l'improvvisa comparsa nel cielo di questo fenomeno

naturale, spesso accompagnata dallo stupore dell'osservatore. Il clinico ha questa funzione di condurre il paziente in una co-costruzione di significati verso prospettive inedite che gli consentano di vedere nuovi scorci. Si va così a costituire un ponte intra e interpersonale, fatto di immagini e significati, tra il paziente e il suo terapeuta.

Spunti e contributi possono arrivare anche da ambiti e discipline differenti dalla psicologia, ma ad essa riconducibili, per dar forma a metafore e immagini intrise di significati suggestivi e stimolanti. Tuttavia, è possibile attingere ad una fonte comune riconducibile all'idea di inconscio collettivo di Jung. Lo psicanalista nonché psichiatra, antropologo e accademico svizzero, conio e si servi di questa espressione, per spiegare il concetto e l'esistenza di un contenitore psichico universale, ovvero quella parte di inconscio umano comune e condiviso con quello di tutti gli altri esseri umani. Esso contiene gli archetipi, cioè le forme o i simboli che si manifestano in tutti i popoli di tutte le culture. Un esempio ne è *Il libro dei simboli* (edito da Taschen), che combina una serie di saggi autorevoli ed esaustivi sui simboli con una rassegna di immagini provenienti da ogni parte del mondo. L'intento è quello di dare un'idea complessiva attraverso testi e immagini di quello che i simboli vogliono dire a diversi livelli di interpretazione. Ogni simbolo è analizzato collocandolo in un determinato background psichico, evidenziandone i meccanismi e le dinamiche psicologiche, attraverso le radici etimologiche, il gioco degli opposti, il paradosso, come le diverse culture hanno costruito un immaginario simbolico. Psicologia, arte, letteratura e mitologia confluiscono gli uni negli altri secondo sorprendenti convergenze. Ecco che è possibile affrontare la lettura di un simbolo a partire da un molteplice punto di vista artistico, religioso, onirico per poi poter cogliere una personale risonanza psicologica.

## **2. CASI CLINICI**

### **2.1 La ragazza dei ragni**

Giorgia, 20 anni, lunghi capelli lisci e corvini, occhi scuri e intensi contornati da un'importante montatura di occhiali da vista, fisico snello e sportivo con alle spalle anni di calcio lasciato con il dispiacere del padre. Lavora come commessa, già da qualche anno dopo aver terminato regolarmente i propri studi da grafica. Vive a casa coi genitori e il fratello più grande e ha da poco un nuovo ragazzo. Un pulcino bagnato insicuro, ma che ha voglia di spiccare il volo, incastrato tra le spinte verso l'indipendenza e i costi per ottenerla. Arriva in studio con una richiesta molto precisa, la sua paura per i ragni che deve sconfiggere in vista di un viaggio lavoro in un luogo esotico molto distante in cui di ragni ce ne sono molti e di dimensioni ben più importanti di quelli che già qui le creano disagio! Molte sedute ruotano attorno allo stesso dilemma, "come faccio a non aver più paura dei ragni?" e se provo ad aprire o spostare il dialogo su altro puntualmente G. trova il modo per pormi la domanda iniziale che l'ha condotta a rivolgersi a me. Successivamente decido di affrontare l'argomento ragni, cercando di sfruttarlo per aprire in modo indiretto altri canali. Dopo aver fatto alcune ricerche e consultato il Libro dei simboli, traggio spunti interessanti per trattare il tema ragni da un punto di vista insolito rispetto alle sedute precedenti, nello specifico, condividendo con la mia paziente l'esistenza di un'opera d'arte famosa in tutto il mondo e presente in più versioni e in diverse città raffigurante

proprio il tanto da lei temuto aracnide. Si crea in G. la possibilità che il ragno e la sua rispettiva fobia possa avere una valenza simbolica, come se stesse al posto di qualcos'altro appunto. In questo caso la metafora diventa il mezzo che fa accedere ad altro incoraggiando a parlare anche del proprio mondo affettivo e relazionale.

Maman, infatti, è un'incredibile quanto intimidatoria scultura, che rappresenta la forza di una madre che nel grembo porta delle uova in marmo. In particolare, Louise Bourgeois, la scultrice franco-americana ad averla realizzata, omaggia la propria madre dandole le sembianze di un enorme ragno con cui condivideva molte caratteristiche, e la descrive con queste parole: «Era una tessitrice, amichevole e protettiva proprio come i ragni che oltre a tessere la tela si rivelano utili uccidendo le zanzare, portatrici di malattie».

### **2.2 L'uomo del tempo**

Davide, 50 anni, alto, magro, brizzolato con la pelle di chi trascorre gran parte del tempo all'aperto, nel tempo libero gli piace pescare e andare in bici, mentre di lavoro fa l'operaio. Arriva in studio un po' impacciato e sensibilmente provato, abbattuto per la fine della storia decennale con la propria compagna da cui non ha avuto figli ed è stato lasciato inspiegabilmente lasciandolo imbrigliato nell'impossibilità di aver potuto far andare diversamente le cose e con un forte senso di impotenza e passività. Inizialmente termina ogni seduta chiedendo rassicurazioni e se mai riuscirà a venirne fuori, «passerà vero, si supera? Mi rifarò una vita?». Molte sedute concluse con questo interrogativo dopo, arriva, quella che io chiamo, la metafora suggerita dal paziente a se stesso, che si inserisce nel discorso con questa osservazione:

«È come la clessidra, anche se la scuoti non puoi far scendere più in fretta la sabbia!»

### **2.3 Una giovane donna che attende “la sua primavera”**

Claudia, 30 anni, fa l'impiegata, temporaneamente in malattia, perché si sta curando da un cancro. Una figura esile e slanciata, con segni di deperimento in seguito alla sua malattia, resa ancora più tale per l'abbigliamento scuro e dalla linea asciutta. In testa un cappellino di lana che nasconde pochi centimetri di folti capelli castani, che lentamente hanno ripreso a crescere a differenza di ciglia e sopracciglia, e che esita a togliere la prima volta che arriva da me in studio. Claudia desidera riprendersi la vita che si è sentita portare via, insieme ai propri sogni e progetti. Tra questi la possibilità di pensare ad un figlio con il proprio compagno, sospesa dalla menopausa farmacologica. Vuole imparare a mettersi al centro della propria vita per la propria ripartenza, dopo questa brusca e improvvisa interruzione che ha sortito una deviazione al suo percorso.

Rispetto al tema a lei caro riguardante la procreazione, durante una seduta le propongo una metafora che in lei riaccende la speranza. mi piaceva e sembrava calzante l'immagine della madre terra, che con la ciclicità delle proprie stagioni, alterna un periodo fertile in cui esprime il proprio potere generativo attraverso i suoi frutti ad uno di apparente e tuttavia necessaria infertilità. Questo periodo che almeno esteriormente appare come fermo, in realtà nasconde i semi che sottoterra sono solo in attesa di condizioni favorevoli per tornare alla vita. E stando in metafora,

il periodo di cura può esser inteso come il periodo gestazionale in cui si è prima di tutto rimessa al mondo, per poi pensare di poter tornare anche ad esser generativa di altro da sé.

## **2.4 Un giovane padre tradito**

Luca ha 30 anni, lavora in un reparto di ortofrutta di un supermercato ed è padre di una bambina di 6 anni. Non molto alto, fisico sportivo, capelli e abbigliamento alla moda. In seduta parla tantissimo, mi chiede continuamente conferma rispetto a quello che pensa o fa per paura di sbagliare e a volte gli tremano le mani e sembra balbettare un po'. Arriva dopo aver scoperto che la moglie, con cui convive da 7 anni ed è sposato da circa 3 anni, ha intrapreso una relazione extraconiugale decidendo dalla mattina alla sera di trasferirsi stabilmente a casa del nuovo partner lasciando figlia e marito in quella che era stata fino a quel momento la loro casa. Hanno avviato le pratiche per la separazione, già avvenuta e sono attualmente in attesa per concludere quelle per il divorzio. Luca vive in balia di emozioni e pensieri contrastanti, di uomo deluso e ingannato dalla donna che ama e da cui pensava di essere corrisposto, con cui ha costruito insieme una casa e una famiglia e con cui immaginava felicemente di invecchiare, umiliato per essersi sentito secondo a qualcun altro, accanto a quelle di padre preoccupato per le sfide che l'avere una figlia comporta a livello affettivo, emotivo pratico ed economico. Accanto a queste si colloca la paura di restare solo e la quasi disperata ricerca di una altra storia, poco disposto ad attendere di metabolizzare la fine della precedente, conoscendo ragazze sui social. Durante una seduta si è rivelato utile il parallelismo creato tra il come si sentisse oggi rispetto all'abbandono e alla capacità di stare solo e a quello talvolta provato da ragazzo, quando racconta di esser stato molto più timido e fuori dal gruppo di adesso. In particolare, l'immagine di un lupo rispecchia questo aspetto dell'esser lupo solitario in quanto cacciato dal resto del branco, e ne parliamo a partire da un sogno da lui riportato.

Un sogno che si fa metafora e i/ aspirazione, a partire da un dialogo, di seguito riportato, tra paziente e terapeuta:

P.: "Sogno spesso che un grosso lupo nero si avvicina al mio capezzale e mi fissa fermo immobile coi suoi grandi occhi gialli nel buio"

T.: "Come ti fa sentire?"

P.: "Provo paura, ma al tempo stesso mi affascina."

T.: "Interessante che la stessa cosa sia motivo di paura e fascino, non trovi?"

P.: "Mi è sempre piaciuto come animale, ne ammiro la forza, la sicurezza, il sapersi far rispettare... vorrei essere un po' lupo, ma mi ricorda anche l'essermi sentito solo, emarginato, cacciato dal branco e questo mi spaventa"

T.: "il lupo è un animale che vive in branco, ma sa anche stare da solo ci sono lupi solitari che trovano un nuovo branco cui unirsi, sono molto protettivi nei confronti della prole e trovano la forza per entrambi"

P.: "vorrei provare a prendere esempio dal lupo"

Il simbolico, con il suo linguaggio fatto di immagini, metafore e allusioni, può essere inteso come "gioco" per la mente che si appresta a costruire e creare e, per citare D.Winnicott, dato che "è nel giocare e soltanto mentre si gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di

essere creativo e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre (e può curare) il sé”.

### **BIBLIOGRAFIA**

Archive for Research in Archetypal Symbolism (ARAS) (2011). Il libro dei simboli, riflessioni sulle immagini archetipiche. Ed Taschen.  
Jung C.G. L'uomo e i suoi simboli, edizione integrale, Raffaello Cortina, 2020.  
Treccani.it - vocabolario online.

---

## L'ANSIA NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI

---

*Paola Morosini<sup>1</sup>*

---

**RIASSUNTO.** L'ansia è un'emozione caratterizzata da una serie di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e che non riteniamo affrontabile. È una reazione normale e innata, caratterizzata da un aumento della vigilanza e dell'attenzione che ha l'obiettivo di prepararci ad affrontare il pericolo percepito predisponendoci a una risposta di attacco o fuga. Nei bambini questo meccanismo fisiologico è mediato fin dai primi periodi della vita dalla figura di attaccamento. Sappiamo che le espressioni della madre forniscono un freno o un incoraggiamento fondamentale di fronte a situazioni che possono essere percepite come ambigue o pericolose. La fonte di sicurezza o di incertezza nel volto della madre è altamente significativa per il bambino, le sue scelte e le sue emozioni di riferimento. Lo scopo di questo articolo è di mostrare i fattori etiologici e le diverse traiettorie dell'ansia nei bambini.

**SUMMARY.** Anxiety is an emotion characterized by a series of cognitive, behavioral and physiological reactions that occur following the perception of a stimulus considered threatening and that we do not consider addressable. It is a normal and innate reaction, characterized by an increase in alertness and attention that aims to prepare us to face the perceived danger by predisposing us to an attack or flight response. In children this physiological mechanism is mediated from the first periods of life by the attachment figure. We know that mother's expressions provide a fundamental restraint or encouragement in the face of situations that may be perceived as ambiguous or dangerous. The source of security or uncertainty in the mother's face is highly significant for the child, her choices and emotions of reference. The aim of this paper is to show the etiological factors and different pathways of anxiety in children.

**PAROLE CHIAVE.** ansia, metafora, psicoterapia, emozione, cambiamento, processo terapeutico, alleanza terapeutica.

### INTRODUZIONE

L'ansia è un'emozione caratterizzata da una serie di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e che non riteniamo affrontabile. È una reazione normale e innata, caratterizzata da un aumento della vigilanza e dell'attenzione che ha l'obiettivo di prepararci ad affrontare il pericolo percepito predisponendoci a una risposta di attacco o fuga. Nei bambini questo meccanismo fisiologico è mediato fin dai primi periodi della vita dalla figura di attaccamento. Sappiamo che le espressioni della madre forniscono un freno o un incoraggiamento fondamentale di fronte a situazioni che possono essere percepite come ambigue o pericolose. La fonte di sicurezza o di incertezza nel volto della madre è altamente significativa per il bambino, le sue scelte e le sue emozioni di riferimento. Se la madre autorizza l'esplorazione del mondo il bambino non penserà ai pericoli incombenti, mentre se la inibisce mutuerà l'idea che è al sicuro solo tra le braccia della mamma.

---

<sup>1</sup> Neuropsichiatra Infantile, docente della Scuola di Specializzazione Mara Selvini Palazzoli. [paola.morosini@asst-lodi.it](mailto:paola.morosini@asst-lodi.it)

Conosciamo anche che la connessione che il caregiver ha con il figlio non è automatica o programmata ma viene configurata dall'idea di sé che la madre o il padre ha, dalle sue esperienze di vita infantili e dalla risposta personale all'identità di genitore.

È fondamentale in età evolutiva discriminare quando l'ansia risulta eccessiva per intensità, frequenza o durata può interferire con il funzionamento sociale, familiare e scolastico del bambino. Per fare diagnosi di disturbo d'ansia devono essere presenti segnali precisi come preoccupazioni pervasive difficili da controllare che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno sei mesi. È patologica quando si manifesta come una reazione eccessiva e apprensiva nei confronti di un evento esterno o di una situazione che non sono pericolosi oggettivamente (anche se potrebbero esserlo).

Spesso sia nei bambini più piccoli che in preadolescenza e a volte anche in adolescenza la definizione dei segnali viene categorizzata e denominata secondo definizioni note ("ho gli attacchi di panico", "sento un blocco", "ho l'ansia") che vanno poi correttamente ricondotte alla appropriata valutazione diagnostica. Inoltre, è fondamentale comprendere se le manifestazioni di ansia e le condotte di evitamento non sono reattive a minacce reali (eventi traumatici singoli o ripetuti, bullismo, discriminazioni, contesti di maltrattamento o abuso, esperienze sfavorevoli) per le quali è necessario la messa in sicurezza dei bambini. Le specifiche manifestazioni variano a seconda dei bambini e del loro temperamento, possono essere amplificate o attenuate dal contesto ambientale.

La sintomatologia a livello somatico evidenzia aumento di attività del sistema nervoso autonomo con tachicardia, difficoltà respiratorie, sudorazione, tremori tensione e dolori addominali; a livello cognitivo si manifesta preoccupazione eccessiva e pensieri tipici mentre a livello comportamentale l'ansia porta ad evitamenti di situazioni ritenute minacciose e al tentativo di fuggire da esse.

Nei bambini e negli adolescenti generalmente l'ansia si manifesta principalmente attraverso preoccupazioni relative agli impegni scolastici o alle prestazioni in generale, come gli impegni sportivi, o gli impegni sociali. Il bambino ansioso, infatti, vive continuamente in una sensazione di tensione, legata ad un atteggiamento di attesa e di anticipazione di una situazione immaginata e vissuta come spiacevole, imprevista, minacciosa o ambivalente.

## **1. QUANTO È FREQUENTE IL PROBLEMA**

L'ansia risulta essere una problematica molto diffusa nella popolazione: circa il 33% degli individui nel corso della vita ha sperimentato problematiche correlate all'ansia.

I disturbi d'ansia rappresentano la patologia psichiatrica più comune in età evolutiva (MeriKangas et al., 2010; Kessler, Avenevoli, Costello, 2012) e si stima che un terzo degli adolescenti soddisferà i criteri per un disturbo d'ansia all'età di 18 anni (MeriKangas et al., 2010).

Ronald C. Kessler e colleghi nel 2012 ha evidenziato che a 18 anni il 78% degli adolescenti ha avuto esperienza di un disturbo d'ansia nel corso della propria vita.

In infanzia e adolescenza il tasso di prevalenza dei disturbi d'ansia mostra una variabilità tra il 12% e il 20% con prevalenza femmine/maschi di 2:1.

## **2.QUALI SONO LE CAUSE**

I disturbi d'ansia hanno una origine multifattoriale.

Fattori genetici e neurobiologici, fattori ambientali e sociali e fattori temperamentali.

I figli di un genitore che presenta un disturbo d'ansia hanno un rischio 7 volte maggiore di presentare lo stesso sintomo in età evolutiva. (G. Masi et al 2000) La causa genetica è considerata in ragione della ricorrenza da 3 a 5 volte superiore nelle famiglie, ma anche fattori metabolici del cervello, la personalità e le esperienze di vita sono coinvolte nella genesi del disturbo.

Il tema della trasmissione intergenerazionale è complesso e intercetta problemi di epigenetica (R. Yehuda 1998 afferma che la probabilità di PTSD nei figli dei superstiti dell'Olocausto risulterebbe tre volte maggiore e presenterebbero una probabilità di sviluppare un disturbo d'ansia maggiore del 50% rispetto alla popolazione generale) che ci dicono come un forte impatto ambientale possa incidere sul nostro DNA.

I fattori sociali e ambientali hanno un ruolo relativo alle esperienze vissute durante un periodo nel quale fisiologicamente il cervello è in via di sviluppo e quindi più vulnerabile.

Fattori di stress ripetuti, caratteristiche del caregiver iperpreoccupato, ipercritico o al contrario promuovente autonomia e incoraggiamento a esperienze positive sono fondamentali fattori di rischio o di protezione dall'espressione del disturbo.

Infine, il temperamento cioè la dotazione individuale del bambino relativa all'affettività positiva, a quella negativa e alla iperattivazione fisiologica, gioca un ruolo fondamentale nella predittività dell'ansia.

Bambini "più sensibili" ai propri segnali enterocettivi cioè alle informazioni interne corporee sembrano essere più vulnerabili.

## **3. I DISTURBI**

Il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - quinta edizione) distingue all'interno della categoria diagnostica "Disturbi d'ansia":

### *Disturbo d'ansia di separazione*

Kevin ha 7 anni e fin da piccolo ha manifestato paura del buio, difficoltà all'addormentamento, non voleva dormire da solo e non riusciva a restare a dormire neppure dai nonni. Piangeva e si buttava per terra fino a che i nonni chiamavano i genitori per riportarlo a casa. La nascita della sorellina, secondo i genitori, ha peggiorato la situazione per "gelosia".

Ora Kevin non riesce spesso ad andare a scuola, soprattutto il lunedì dopo essere rimasto a casa nel fine settimana. Non vuole frequentare l'oratorio e il centro estivo, nemmeno con i suoi amici riesce a separarsi per qualche ora di gioco fuori casa. Se in casa la madre si sposta dalla stanza spesso il bambino la segue, e la vuole vicino anche quando va in bagno. quando la madre deve uscire la chiama continuamente al telefono per sapere quando torna. La madre si sente in ostaggio e talvolta si arrabbia con lui.

Il disturbo evidenzia difficoltà persistente a lasciare i genitori associata al timore costante ed eccessivo che possa accadergli qualcosa di tragico. È presente rifiuto sistematico di allontanarsi da casa o di rimanere a casa da soli. Possono comparire sintomi e malesseri fisici ogni volta che il bambino si deve allontanare da casa o dai genitori. Umore ansioso e depresso, apatia e disinteresse, irrequietezza e forte malinconia si presentano se il bambino è costretto a restare solo lontano da casa. I sintomi devono essere pervasivi e impedire al bambino che ne soffre di dedicarsi alle comuni attività tipiche dell'età (impegni scolastici, sportivi, amicizie) e devono essere presenti per almeno 4 settimane in bambini e ragazzi fino a 18 anni.

### *Mutismo selettivo*

Evelyn è una bambina di 8 anni, di origine filippina, trasferita in Italia con la madre già da tre anni, riferito un normosviluppo nel paese d'origine ma molta timidezza verso gli estranei. Fuori casa non parla, lo sguardo è uno sguardo di paura, si nasconde dietro la gonna della madre come una bambina molto piccola. A scuola svolge i compiti in italiano in modo abbastanza adeguato, ma non è possibile interrogarla e i compagni hanno chiesto alla maestra se è muta. A volte interagisce in giardino nel gioco, ma il più delle volte è esclusa e passa l'intervallo da sola. La madre adduce il problema alla storia migratoria e solo dopo una raccolta della anamnesi ad un trauma avvenuto nelle Filippine dove è stata presente all'annegamento di una parente mentre era sulla spiaggia con la famiglia. A casa la bambina parla normalmente con i familiari e nei collegamenti video con la nonna rimasta nel paese di origine.

Il disturbo consiste nella costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es. a scuola) nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni. Questa condizione, nel bambino, interferisce con i risultati scolastici o con la comunicazione sociale. La durata della condizione è di almeno 1 mese (non limitato al primo mese di scuola) e non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale.

Il mutismo selettivo sembra essere strettamente correlato alla fobia sociale e definito da alcuni ricercatori come una forma di ansia sociale estrema (Beidel, Turner, 2000).

### *Fobia specifica*

Camilla ha 13 anni è una ragazzina perfettamente adeguata nelle relazioni, nella scolarità e nello sport, ma non sopporta nessun riferimento diretto né indiretto al sangue. Quando accade di farsi un piccolo taglio si paralizza, e questo avviene anche con le immagini televisive e addirittura quando si fa riferimento al sangue durante la lezione di Scienze. Camilla ha avuto il menarca e ha pianto molto, incapace di gestirsi. Nella storia familiare emerge un trauma diretto e mediato che i genitori non ricordavano neppure. Quando Camilla aveva tre anni il fratello maggiore ebbe una complicanza a domicilio dopo una tonsillectomia con un importante sanguinamento per il quale fu riportato in Ospedale d'urgenza, "salvato per miracolo" riferiscono i genitori. Camilla aveva tre anni ma nel trambusto nessuno si è preoccupato di lei e di ciò che le stava accadendo.

La condizione di paura o ansia marcata verso un oggetto o situazione specifiche (per es. volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue). Nei bambini la paura o l'ansia possono essere espresse da pianto, scoppi di collera, immobilizzazione (freezing) o aggrappamento (clinging). La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione specifici e al contesto socioculturale.

### *Disturbo d'Ansia Generalizzata*

In età evolutiva il disturbo d'ansia generalizzata (DAG) si manifesta con preoccupazioni eccessive e incontrollabili rispetto a una grande quantità di eventi o attività quotidiane. Il bambino o l'adolescente ha difficoltà nel controllare la preoccupazione e l'ansia, che si reputa eccessiva per intensità, durata o frequenza rispetto alla realtà probabilità o impatto dell'evento temuto, si associa a tre o più dei seguenti sintomi: irrequietezza (sentirsi tesi, con i nervi a fior di pelle), affaticamento, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno irrequieto e insoddisfacente).

### *Disturbo d'Ansia Sociale*

Solo recentemente i clinici e i ricercatori si sono dedicati alla diagnosi della Fobia Sociale nei bambini.

Essa implica la paura di essere criticati, umiliati, messi in imbarazzo o esclusi e riguarda le situazioni in cui il bambino o il ragazzo è esposto al possibile giudizio degli altri: parlare davanti alla classe, interagire con i professori o con i propri compagni. È importante distinguere tra il disturbo d'ansia sociale e la timidezza non patologica, anche detta "reticenza sociale"

Morschitzky sottolinea che la timidezza spesso è solo un fenomeno passeggero, mentre la paura sociale è una condizione che può protrarsi per anni o addirittura per tutta la vita.

Un bambino timido è un bambino riservato, ma non per questo isolato dal mondo o reticente ad affrontare situazioni sociali. Il bambino, invece, che soffre di fobia sociale mostra evidenti segnali di disagio, con difficoltà a relazionarsi con persone al di fuori del contesto familiare, rifiuta di andare a scuola, cercando di diventare quasi "invisibile".

Giulia ha 16 anni, è descritta da sempre come una bambina timida e riservata, fin dalla scuola media inferiore ha poche amicizie frequentate solo a scuola. Ha provato a praticare sport e attività come danza ma spesso adduceva malesseri per non frequentare e poi interrompeva. Ora non riesce a frequentare il liceo in modo continuativo, quando esce di casa per raggiungere la scuola teme che tutti quelli che incontra giudichino il suo abbigliamento come ridicolo. L'esposizione alla cattedra durante le interrogazioni la preoccupa a tal punto che quando studia a casa si rappresenta continuamente la scena e non riesce a concentrarsi e ad apprendere. Sale quindi il timore di fare "brutta figura" con professori e compagni. Nel contempo se non si presenta a scuola il giorno dopo teme che i compagni che saranno interrogati al suo posto la giudichino negativamente e se la prendano con lei.

Durante la Pandemia e le lezioni in DAD non riesce neppure a mostrarsi nella piattaforma scolastica. Non riesce a frequentare coetanei e rifiuta le ormai rare proposte di coinvolgimento dai compagni da molto tempo.

Persino la chat e i messaggi sul telefonino la preoccupano per la velocità a cui sarebbe esposta nel dover rispondere, per cui lo tiene spesso spento per non mostrare le latenze a chi la messaggia. Non sa cosa rispondere spesso e non vuole mostrare disattenzione verso gli altri perché sarebbe secondo lei pesantemente giudicata. In famiglia sente la critica e la delusione dei genitori che incitano a superare i suoi "blocchi" perché "ora è grande" e non riesce nemmeno a uscire per andare al ristorante o in spiaggia con la famiglia durante le vacanze estive.

Quando racconta con fatica e con un fil di voce ciò che le accade e i suoi sintomi piange e racconta che quando ha provato a uscire con i suoi coetanei è rimasta muta tutto il tempo.

La fobia si esprime con paura o ansia delle situazioni sociali sia con adulti che con coetanei. Il timore è anche quello di mostrare i sintomi e di essere valutati negativamente. L'ansia può essere espressa con il pianto, con scoppi di rabbia, con ritiro o aggrappamento alla figura di attaccamento.

Se la paura e l'ansia sono limitate al parlare o esibirsi davanti le persone, si parla di ansia sociale legata alla performance (American Psychiatric Association, 2013), mentre la durata di almeno 6 mesi consente di differenziare l'ansia sociale dalle paure sociali transitorie.

Il bambino/adolescente con Fobia Sociale, quando è costretto a esporsi, potrebbe manifestare disturbi gastroenterici, minzione frequente, alterazioni del ritmo sonno veglia, difficoltà di concentrazione, affaticabilità, irritabilità.

A partire da questi fattori, può crearsi una preoccupazione più ampia e generalizzata a diverse situazioni sociali causando, così, comportamenti di evitamento dello stimolo fobico (es. non andare alle feste, rifiutare la scuola) e incrementando la vulnerabilità del soggetto.

È frequente anche la comorbilità con l'autismo (Maddox, White, 2015) e con il disturbo ossessivo-compulsivo (Masi G. et al. 2018). Inoltre, negli ultimi anni si è osservato la presenza della Fobia Sociale in soggetti con Sindrome di Hikikomori (ragazzini in totale ritiro sociale), con una percentuale che va dal 3% al 15% (Nagata, 2013).

A questo proposito va ricordato come patologie da dipendenza dalle relazioni virtuali nel web sia spesso una conseguenza dell'ansia sociale, risolta nella rete come una realtà alternativa di evitamento.

### *Disturbo di Panico*

Anna ha 15 anni è a scuola e arriva in Pronto Soccorso perché ha cominciato ad avere dispnea, sudorazione, tachicardia e una grande paura come di perdere il controllo. È uscita dalla classe e nel corridoio è quasi svenuta. Allora l'insegnante ha chiamato il soccorso. Non è la prima volta che Anna sperimenta questa sensazione, le altre volte era a casa ed è passato abbastanza velocemente. Da un mese la sua migliore amica si è allontanata da lei e ha iniziato a frequentare un altro gruppo. Anna si sente tradita ma anche la sua autostima si è abbassata. Il rendimento scolastico della ragazza è peggiorato e i suoi genitori l'hanno rimproverata per questo.

Caratteristica essenziale del disturbo è la presenza di attacchi ricorrenti e inaspettati. Questi sono seguiti da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico.

Si associano preoccupazioni sulle possibili implicazioni o conseguenze degli attacchi d'ansia e il comportamento sono modificati in conseguenza degli attacchi, principalmente evitando le situazioni in cui il soggetto teme che essi possano verificarsi.

Sono inoltre accompagnati da sintomi somatici e cognitivi: palpitazioni, sudorazione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore al petto, nausea, vertigini, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore.

### *Agorafobia*

Marco 12 anni, manifesta un fastidio e un evitamento tutte le volte che passa in un grande corso della sua città e soprattutto quando di sabato pomeriggio è più affollato. Non vuole prendere i mezzi pubblici nemmeno se sua madre lo accompagna e con lui c'è un amico. Sente l'ansia e ha paura di non poter scendere quando vuole. Anche al campo sportivo durante le gare scolastiche di atletica era in fila ad aspettare e si è sentito male e ha raccontato all'istruttore di avere mal di testa per chiamare la madre e tornare a casa.

I sintomi che caratterizzano l'Agorafobia sono sintetizzabili in una forte ansia provata dalla persona quando si trova in situazioni dalle quali gli sembra difficile o imbarazzante allontanarsi e teme di non poter ricevere aiuto se viene colto da un attacco di panico. Per fare diagnosi di agorafobia si ha il quadro di ansia in almeno due delle seguenti situazioni tra:

- Utilizzo di mezzi di trasporto pubblici e non
- Stare in spazi aperti (piazze, parcheggi, ponti, viadotti)
- Stare in spazi chiusi (aspetto claustrofobico: ascensori, cinema, teatri)
  - Stare in fila o in mezzo alla folla
  - Stare fuori di casa da soli.

### *Fobia scolare*

Può presentarsi nei passaggi di ciclo, caratterizzata da bassa autostima, paura di sbagliare, di non riuscire e di fare brutta figura davanti agli insegnanti e i compagni.

Compaiono tachicardia, tremori, crisi come di panico al momento di entrare a scuola e anche reazioni di agitazione e aggressività se si viene obbligati.

Davide ha 8 anni, è unicogenito, in prima elementare ha avuto difficoltà all'inizio della scuola, appariva agitato e preoccupato. I genitori hanno pensato che la classe e le insegnanti non fossero adeguate e gli hanno cambiato scuola, inserendolo in una classe dove aveva già un amico del campo giochi. Sembrava più tranquillo all'inizio ma poi la situazione è precipitata. Le insegnanti si lamentano con i genitori delle numerose



assenze e Davide riferisce di sentirsi giudicato negativamente e schernito (“hai deciso di tornare tra noi?”) da una maestra in particolare. Durante il tempo libero i genitori organizzano molte attività, gite in bicicletta e corsi di pesca che il bambino fa volentieri. Lo aiutano a studiare per diminuire la paura di non essere preparato ma piano piano Davide non vuole più andare a scuola. Gli atteggiamenti educativi si differenziano tra padre più severo e madre più permissiva e la coppia litiga incolpandosi a vicenda della situazione.

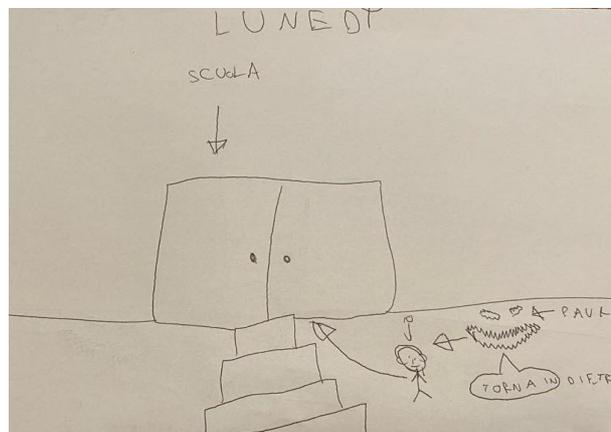
Invitato a descrivere con un disegno cosa accade quando non riesce e quando riesce ad andare a scuola il bambino rappresenta molto bene sia il momento critico davanti alla scuola che insieme alla mamma identifica tutti i passaggi anticipatori e la sensazione di voler tornare al sicuro nell’evitamento identificandola con la malinconia di casa e della mamma.

La fobia scolare richiede un ruolo attivo e competente delle insegnanti, in sinergia con genitori e specialisti di riferimento coinvolti nel progetto terapeutico del bambino.

A seconda dei casi si possono modulare le richieste e i compiti, e verifiche e interrogazioni programmandole adeguatamente.

Importante il ruolo attivante del gruppo dei pari che deve valorizzare le competenze del bambino ansioso in modo verosimile, valorizzando i punti di forza del bambino e promuovere gruppi di lavoro per ricerche o lavoro per obiettivi didattici o socializzanti anche fuori dalla scuola per favorire una buona socialità ed inclusione.

Sarebbe buona prassi educativa per valorizzare e rinforzare l’apprendimento delle capacità relazionali dei bambini e combattere e prevenire le manifestazioni di bullismo dare valutazioni anche a obiettivi come capacità di giocare insieme e di cooperazione.



#### **4. QUANDO SI MANIFESTA**

Le manifestazioni specifiche d'ansia sono diverse nei vari momenti dello sviluppo del bambino.

È sempre utile differenziare l'ansia normale o adattiva da quella patologica. Vi sono situazioni nuove o impegnative che sollecitano la reazione ansiosa fisiologica, che a breve o medio termine il bambino è in grado di riportare ad una omeostasi, in equilibrio emotivo.

Anche la paura, con analogie e differenze correlata all'ansia, è fisiologica e protettiva nella misura in cui nello sviluppo il bambino impara a riconoscere situazioni di rischio e a comportarsi di conseguenza.

Le diverse tappe dello sviluppo sono caratterizzate da diverse acquisizioni e quindi da risorse differenti per comprendere la realtà. Queste differenze sono significative anche nelle espressioni del disturbo.

In età prescolare le forme più frequenti di ansia sono relative alla separazione dalle figure di riferimento correlata al timore che possa succedergli qualcosa di catastrofico (ansia di separazione) e fobie specifiche (animali, buio, ecc.).

Con l'ingresso alla scuola primaria possono comparire preoccupazioni relative agli impegni scolastici o alle prestazioni in generale, mentre numerosi studi affermano che tra i 6 e i 12 anni può insorgere sintomatologia da panico.

In preadolescenza e adolescenza possono comparire forme di ansia sociale che portano all'evitamento di situazioni in cui si attiva fortemente il timore di ricevere giudizi negativi, di esporsi con il proprio corpo, stile, scelte e appartenenza alla valutazione dei pari.

Una nota importante da segnalare sono i disturbi d'ansia associati ai disturbi specifici dell'apprendimento. In circa il 70% dei bambini con DSA è presente il segnale dell'ansia di fronte al trauma quotidiano offerto dalla discrepanza tra le richieste scolastiche e le risorse presenti per rispondere in modo adeguato. L'esposizione continuativa è il precursore alla vera e propria sintomatologia e va trattato a livello preventivo. Non dimentichiamo che la sintomatologia interferisce con la prestazione cognitiva e quindi si crea un circolo vizioso verso il peggioramento della prestazione scolastica.

È da segnalare in modo simile anche se ancora più complesso ciò che accade al disturbo in comorbidità con altri disturbi del neuro sviluppo (adhd, disturbi di spettro autistico, Disturbo oppositivo provocatorio, Disturbo ossessivo compulsivo).

Nella gerarchia della diagnosi e del trattamento è indicato e raccomandata la scelta clinica verso il disturbo che rappresenta la maggior compromissione o verso quello che impatta maggiormente sulla qualità di vita del bambino.

L'ansia rappresenta anche in questi casi una sintomatologia che merita un trattamento adeguato e individualizzato.

#### **5. COME SI MANIFESTA**

Le manifestazioni sono caratterizzate dai pensieri anticipatori e da risposte fisiche, comportamentali, cognitive. Inoltre, le risposte dell'ambiente intorno al bambino, anche se non direttamente legate alla sintomatologia individuale, rappresentano una catena di eventi che fa da

corollario alla sintomatologia espressa. Si pensi ad esempio a condotte di minimizzazione o di amplificazione da parte dei genitori o dell'ambiente scolastico e sociale. Spesso l'attribuzione del rapporto causa effetto agli eventi esterni (insegnanti severi, coetanei non abbastanza inclusivi, legami parentali poco accoglienti, genitore non convivente ostile ecc.) sposta nel tempo la percezione del problema del bambino e crea scorrette spiegazioni.

Le risposte fisiche sono aumento della frequenza cardiaca ("il cuore mi batteva forte"), aumento della pressione arteriosa, della tensione muscolare, della sudorazione, diminuzione della temperatura alle estremità, dispnea con sensazione di soffocamento, dolore o fastidio al petto, nausea e vomito.

Le risposte comportamentali sono l'allontanamento dallo stimolo ansiogeno e l'evitamento anche anticipatorio.

Le risposte cognitive sono rappresentate da spiegazioni ritenute plausibili o accettabili da parte dei genitori che permettono di sostenere l'evitamento come le interpretazioni distorte della realtà, le esagerazioni di certi eventi. Il senso di instabilità, la paura di perdere il controllo e impazzire, le cadute nel pensiero e nella concentrazione.

## **6. IL TRATTAMENTO**

La fase di assessment diagnostico a cura del Neuropsichiatra dell'infanzia e adolescenza precede l'indicazione al trattamento dei disturbi. Con la psicoterapia cognitivo-comportamentale si mira ad eliminare o ridurre i sintomi dell'ansia attraverso l'utilizzo di tecniche comportamentali e di ristrutturazione cognitiva.

La terapia con i bambini si avvale di diverse modalità correlate all'età del bambino.

Bisogna comprendere ma non legittimare i pensieri disfunzionali, modificandoli con esperienze positive, sostenendo e supportando la graduale esposizione alle esperienze temute. Questa è una fase difficile soprattutto quando si è instaurata una "family accommodation", cioè un comportamento finalizzato ad alleviare l'ansia, per proteggere il figlio dal sintomo.

Possono essere utilizzate tecniche di rilassamento e di mindfulness. Anche con i bambini più piccoli le tecniche possono essere insegnate ai genitori al fine di raggiungere un buon controllo dei segnali somatici.

La valorizzazione degli elementi di resilienza, i traguardi anche parziali raggiunti per permettere passi avanti è una strategia efficace.

Nelle situazioni post traumatiche sono utili tecniche di trattamento adeguate all'evento traumatizzante.

Il parent training infine è volto a fornire anche ai genitori gli strumenti e le strategie idonee a supportare le difficoltà del proprio figlio.

Spesso, soprattutto per i genitori che hanno o hanno avuto disturbi della sfera ansiosa o altri disturbi psicopatologici è necessario oltre alle strategie fornire una psicoterapia familiare che permetta una esperienza positiva nella relazione con il bambino o l'adolescente ansioso e anche con i fratelli e sorelle. La rappresentazione di un disturbo può essere stigmatizzata anche in famiglia come una richiesta di attenzione, un vizio o un capriccio. La difficoltà o l'insuccesso di alcuni percorsi di parent training deriva dalla sottovalutazione dei "buoni motivi" per i quali il caregiver ha messo in atto attività educative disfunzionali al trattamento. Per diventare un buon "coterapeuta" del proprio bambino

non è sufficiente avere delle istruzioni, ma bisogna essere aiutati ad essere emozionalmente stabilizzati e connessi ad emozioni di fiducia e di competenza. Alla psicoterapia, sulla base della condizione clinica, può essere associata la farmacoterapia.

## **7. LE CREDENZE**

*Sono ansioso, l'ansia fa parte di me e non posso cambiare:* soprattutto in età evolutiva si può riconoscere e gestire meglio le proprie emozioni, modificare i propri stili comportamentali e sperimentare un cambiamento.

*L'ansia può essere controllata evitando le fonti di stress:* Evitare porta un sollievo temporaneo. Ogni volta che accade ci si convince dell'utilità di averlo fatto e dell'impossibilità di rinunciarvi: si entra così in un circolo vizioso.

*L'aiuto che mi serve è che i miei genitori e i miei amici mi rassicurino e mi proteggano:* può essere dannoso e mi può fare sentire diverso e incompetente se non è accompagnato da incoraggiamento e fiducia nel fatto che potrò superare la mia difficoltà.

*Se come genitore commetto o ho commesso degli errori questo si ripercuoterà per sempre su mio figlio:* i bambini spesso vivono nel qui ed ora e sono anche se piccoli in grado di correggere le emozioni negative percepite se ne vengono fornite altre positive e di rinforzo, un genitore che riconosce un errore è un buon esempio.

*Un bambino o un adolescente ansioso sarà un adulto ansioso:* sebbene ciò sia possibile, se adeguatamente trattato un bambino con fattori rischio e vulnerabilità può raggiungere una remissione della sintomatologia e non mantenere un disturbo in età adulta.

*Gli attacchi di panico sono un sintomo totalmente incontrollabile:* anche se spesso molto invalidante, la sintomatologia può essere attenuata e parzialmente modificata con esercizi e strategie adatte.

*Mi devo vergognare ad avere questi sintomi:* il tema della vergogna è molto delicato, alcuni autori lo considerano un vero e proprio trauma, è importante comunicare e aiutare a comunicare la sensazione di vergogna dei bambini e dei loro genitori per poter trattare l'ansia e gli altri disturbi psicopatologici come tutti gli altri disturbi.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Kessler RC., Avenevoli S., Costello EJ., Georgiades K., Green, JG., Gruber, MJ., He JP., Koretz D., McLaughlin KA., Petukhova M., Sampson NA., Zaslavsky AM., Merikangas KR. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry, 2012 Apr;69(4): 372-80. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.160. Epub 2011 Dec 5. PMID: 22147808; PMCID: PMC3445020.
- Lehrner A., Yehuda R. (2018). Trauma across generations and paths to adaptation and resilience. Psychol Trauma. 2018 Jan;10(1): 22-29. doi: 10.1037/tra0000302. PMID: 29323523.
- Maddox BB., White SW. (2015). Comorbid Social Anxiety Disorder in Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2015 Dec;45(12): 3949-60. doi: 10.1007/s10803-015-2531-5. PMID: 26243138.

- Masi G., Berlofffa S., Mucci M., Pfanner C., D'Acunto G., Lenzi F., Liboni F., Manfredi A., Milone A. (2018). A naturalistic exploratory study of obsessive-compulsive bipolar comorbidity in youth. *J Affect Disord.* 2018 Apr 15; 231:21-26. doi: 10.1016/j.jad.2018.01.020. Epub 2018 Feb 2. PMID: 29408159.
- Merikangas KR., He JP., Burstein M., Swanson SA., Avenevoli S., Cui L., Benjet C., Georgiades K., Swendsen J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010 Oct;49(10): 980-9. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017. Epub 2010 Jul 31. PMID: 20855043; PMCID: PMC2946114.
- Morschitzky H. (2009). Sozialphobie und Alltag [Social phobia in daily life]. *Psychiatr Danub.* 2009 Dec;21(4): 525-32. German. PMID: 19935489.
- Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, van Vliet I. (2013). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristics and treatment response in a case series. *Int J Soc Psychiatry.* 2013 Feb;59(1): 73-8. doi: 10.1177/0020764011423184. Epub 2011 Oct 13. PMID: 21997765.
- Pontillo M., Vicari S. (2020). Vicari L'ansia nei bambini e negli adolescenti. Il Mulino: 2020.

---

## LA METAFORA. UN'EMOZIONE PER IL CAMBIAMENTO

*Fabiana Faustini<sup>1</sup>*

---

**RIASSUNTO.** L'apparente magia delle parole all'interno del processo terapeutico può condurre il paziente a esplorare mondi emotivi da tempo silenti, può accompagnarlo a rielaborare molto rapidamente le sue percezioni. La metafora è un ponte tra cognizione ed emozione in grado di attivare l'emisfero destro, uno strumento molto prezioso perché parla alla parte emozionale delle persone, quella più ricettiva e più predisposta al cambiamento. Non è un valido rimedio per lo stesso male, lei funziona se è unica, per quella persona e in quel preciso momento.

**SUMMARY.** The apparent charm of words within the therapeutic process can lead the patient to explore emotional worlds that have long been silent, it can accompany him to re-elaborate his perceptions very quickly. The metaphor is a bridge between cognition and emotion that it can be activating the right hemisphere, a very valuable tool because it speaks to the emotional part of people, the most receptive and most predisposed to change. It is not a valid remedy for the same ill, she works if she is unique, for that person and in that precise moment.

**PAROLE CHIAVE:** metafora, psicoterapia, emozione, cambiamento, processo terapeutico, alleanza terapeutica.

### INTRODUZIONE

Breve, secca, chiara, non si perde in lunghe descrizioni, lei arriva subito all'essenza. La metafora si struttura come una forma del pensiero prima ancora che del linguaggio e come una forma concettuale prima ancora che espressiva. Suggestiva ed ha il potere di portare un cambiamento significativo nella percezione del paziente e di toccare corde emotivamente significative. La metafora è una figura retorica che implica un trasferimento di significato. La sua apparente magia la rende uno strumento comunicativo molto prezioso all'interno della psicoterapia, la immagino come una piccola aiutante capace di evocare emozioni complesse e profonde con disarmante semplicità.

Watzlawick (1988) mostra, infatti, come sia il linguaggio suggestivo a parlare al nostro cervello antico. Il linguaggio pieno di suggestioni e metafore mobilita l'emisfero destro, attivando la parte più emozionale e arcaica del nostro cervello. E se partiamo dal presupposto che il cambiamento concreto in psicoterapia è il prodotto di esperienze emozionali correttive (Nardone, 2020), le metafore non sono altro che strumenti che possono favorire rapidi cambiamenti nella percezione dei pazienti.

---

<sup>1</sup> Psicologa e psicoterapeuta. Brescia. faustinifabiana@gmail.com

Da anni questa figura viene usata all'interno delle psicoterapie, come tecnica creativa del colloquio clinico, dove l'incontro terapeutico è visto come l'incontro di due narrazioni, tra le quali avviene uno scambio di informazioni continuo che concorre alla costruzione della realtà terapeutica. Dentro questo processo viene utilizzata dal paziente per dar voce al suo mondo interiore e dal terapeuta per rendere più chiari ed efficaci interpretazioni e concetti psicologici.

La metafora, quindi, non è solo un abbellimento linguistico, ma una forma di pensiero, un mezzo che permette di categorizzare le nostre esperienze (Lakoff & Johnson, 2004). Questo è il suo fascino: la sua brutale schiettezza, la sua espressiva essenza, il suo potere di emozionare. Nelle terapie e nella vita.

## **1. METAFORA E PSICOTERAPIA**

La metafora è parte integrante della nostra realtà quotidiana. Da anni è oggetto di studio in varie discipline, dalla filosofia alla linguistica, dall'antropologia alla psicologia. Numerosi approcci psicoterapeutici si sono interessati alla metafora come strumento di cambiamento all'interno del processo terapeutico. Sembra che il primo ad utilizzarla in modo sistematico in seduta sia stato Erickson, con l'obiettivo di stimolare nei pazienti il riconoscimento di un significato implicito o subliminale all'interno dei suoi racconti (cfr. Gordon, 1992).

La psicoanalisi ha dato grosso risalto alle metafore prodotte dalle persone, quali espressione del loro mondo inconscio. Secondo Freud il pensare per immagini sta più vicino ai processi inconsci rispetto al pensare per parole; quindi, le immagini metaforiche sarebbero una forma di pensiero attraverso cui i processi inconsci vengono espressi.

All'interno della terapia familiare è Minuchin (1974) a introdurre le metafore per identificare la realtà simbolicamente strutturata dalla famiglia. Secondo Minuchin, la famiglia costruisce la sua realtà attuale ed è compito del terapeuta selezionare dalla cultura stessa della famiglia le metafore che la descrivono e usarle come un'etichetta che racconta il sistema e che suggerisce la direzione del cambiamento.

Sara ha 13 anni, è originaria della Calabria e da circa un anno si è trasferita a Desenzano con la famiglia. I genitori si sono separati quando lei stava in Calabria, dopo un lungo periodo di litigi molto accesi a cui lei ha assistito e senza darle molte spiegazioni. Il padre, per primo, si è trasferito per lavoro e poi Sara e la madre lo hanno raggiunto. Ora vivono separati ma nella stessa città. Sara chiede di parlare con una psicologa perché da quando sta a Desenzano si rifiuta categoricamente di farsi nuovi amici e una nuova vita. I genitori sono preoccupati per questa sua chiusura e non sanno più gestire Sara che, con questo atteggiamento, sembra tenerli in scacco. Descrivere questa famiglia attraverso l'immagine della distanza, che loro stessi portano in seduta, li aiuta a capire che la distanza che c'è tra Desenzano e la Calabria sembra raccontare la distanza tra i genitori e Sara, che lei sente come insuperabile e fonte di angoscia. Forse accorciare le distanze tra i suoi affetti più cari, aprendo dialogo e vicinanza, potrà aiutare Sara ad accettare che potranno stare lontani, ma allo stesso tempo sentirsi vicini e che la nuova vita non cancellerà necessariamente il suo passato.

All'interno dell'approccio sistemico-relazionale, inoltre, possiamo pensare che la famiglia è già organizzata metaforicamente per cui il sintomo, portato nella stanza di terapia dal paziente designato,

rappresenta proprio la metafora delle difficoltà e delle problematiche esistenti nelle relazioni e nelle interazioni tra i membri del sistema. In tal senso il terapeuta sistemico non dà importanza al sintomo in quanto tale, ma al significato che esso assume nelle dinamiche familiari. E allora “l’incontro terapeutico è visto come l’incontro tra due narrazioni, quella del sistema e quella del terapeuta, tra le quali avviene uno scambio di informazioni continuo, così che esse concorrono entrambe a “costruire” la realtà terapeutica e a tessere una narrazione nuova e imprevedibile” (Onnis, 1996).

Che si abbia di fronte un individuo, una coppia oppure una famiglia, stare in ascolto e concentrarsi sulle parole che vengono utilizzate può dare un’impressione immediata del modo di vedere e costruire la realtà di chi abbiamo davanti. Secondo Casonato (2003) la metafora, infatti, è il modo di pensare, di immaginare la realtà e di interpretarla alla base delle reazioni emotive del paziente indipendentemente dalla sua struttura psichica.

Le parole che il paziente sceglie sono il suo modo unico di raccontare la sua vita, sono il mezzo attraverso cui traduce i pensieri in vocaboli che danno significato alle sue esperienze. Il suo personale significato. Saper cogliere i simboli e le metafore nel dialogo terapeutico è qualcosa che suggerisce ipotesi per il terapeuta perché apre la finestra sul mondo delle immagini e delle emozioni del paziente (cfr. Cambiaso & Mazza, 2018).

Lasciarsi trasportare in questo mondo permette di cogliere emozioni e sensazioni profonde. Andrea che ha chiuso il suo lutto in un cassetto e ha buttato via la chiave, Alan che si vede solo su una barca in mezzo al mare di notte senza che nessuno lo possa vedere o salvare, Carlotta che si sente come se fosse in un negozio pieno di cristalli e qualsiasi movimento lei possa fare rischia di rompere tutto, Stefano che si racconta diviso tra la sua parte calma e quella rabbiosa proprio come fosse dr. Jekyll e mr. Hyde... le persone che incontro nella stanza della terapia parlano continuamente attraverso le immagini e trovo che quando lo fanno mi stiano dando le chiavi per accedere nel profondo del loro sentire.

## **2. IL SUCCESSO DI UNA METAFORA**

L’uso della metafora è un’arte che richiede rigore nell’impararla e creatività nell’utilizzarla. Naturalmente non basta usare una metafora qualunque per ottenere un cambiamento significativo nel paziente. Non esiste infatti un insieme di metafore che funziona per tutti, ognuna deve essere pensata e costruita in base alla persona che ci troviamo di fronte, dev’essere creata su misura come un abito d’alta sartoria.

Alcuni autori, tuttavia, hanno individuato alcune caratteristiche importanti che possono determinare l’efficacia di una metafora, come il fatto che venga utilizzata quando terapeuta e paziente hanno instaurato una buona relazione ed il terapeuta conosce gli aspetti della vita del paziente che lo caratterizzano e che per lui sono importanti. All’interno della terapia cognitivo comportamentale, alcuni autori hanno provato a capire quali sono le caratteristiche che possono determinare il successo o meno di una metafora. Stott et al. (2010) hanno sintetizzato alcuni punti chiave per l’utilizzo della metafora all’interno della terapia cognitivo comportamentale. Sembra infatti che il successo dipenda dalla sua capacità di riuscire a coinvolgere alcuni aspetti cognitivi. Questi punti vengono di seguito riproposti, tradotti in italiano dall’autrice:

- “Evocare contenuti visivi. La metafora dovrebbe soprattutto raccontare un’immagine per far sì che il problema del paziente acquisisca maggior concretezza e chiarezza, incarnandosi in una figura ben definita.
- Integrare aspetti verbali e immaginativi. La capacità di integrare questi due aspetti permette, secondo Watkins (2008), di diminuire i rischi legati alla generalizzazione e alla scarsa risoluzione dei problemi. Spesso troppa riflessione verbale può portare ad infruttuose ruminazioni che non consentirebbero al paziente di elaborare in modo più flessibile ed emotivo le informazioni ricevute.
- Considerare più concetti contemporaneamente. La metafora esorta le persone a tenere in considerazione, nello stesso momento, due o più concetti diversi. Questo stimola la capacità di problem solving perché porta a considerare diversi aspetti di uno specifico problema con l’obiettivo di connetterli o differenziarli.
- Prendere consapevolezza dei punti in comune al di là delle differenze superficiali. La metafora consente di creare un ponte tra un concetto astratto e un’immagine concreta e di recuperare da quest’ultima delle percezioni e delle sensazioni “dormienti” nella memoria storica emotiva della persona.
- Utilizzare in modo flessibile più significati. Secondo Lakoff e Johnson (2004) una stessa metafora è portatrice di più significati che diventano salienti di volta in volta rispetto a un determinato paziente e in un determinato contesto. Il rischio che lamentano gli autori, tuttavia, è che venga compreso dal paziente un solo significato alla volta, lasciando sullo sfondo gli altri, altrettanto importanti. Per questo suggeriscono di utilizzare più metafore per esplorare uno stesso tema piuttosto che una soltanto”.

Avere in mente questi aspetti può aiutare ad utilizzare in modo più preciso uno strumento che ha delle caratteristiche specifiche ma che, per essere efficace, deve essere usato in modo creativo.

### **3. INTIMITÀ E ALLEANZA TERAPEUTICA: IL CASO DI FRANCESCO**

Quando paziente e terapeuta si mettono ad arricchire la metafora, a trovarne i dettagli, a modificarne le sfumature, stanno lavorando insieme, utilizzando un linguaggio unico che li lega in un racconto che è solo il loro. Questo crea intimità e vicinanza, permette di immaginare insieme e creare una storia unica. Spesso i pazienti correggono le metafore proposte, le arricchiscono e le modificano secondo il proprio vissuto. Questo atteggiamento dovrebbe essere incoraggiato perché pone le basi per un lavoro di tipo collaborativo e rinforza l’alleanza terapeutica, significa invitare implicitamente il paziente ad assumere un ruolo attivo nel dialogo terapeutico (cfr. Liotti, 2014)

Francesco è un ingegnere e lavora nell’edilizia, è sposato da pochi mesi con Stefania ed è diventato da poco papà. Viene in terapia perché di recente ha fatto apprezzamenti su altre donne e ha scritto messaggi ad un’altra che poi la moglie ha scoperto. Dice di non avere alcuna consapevolezza dei motivi per cui lo fa e di cosa gli faccia scattare il desiderio di approcciare altre donne. Sembra essere un tipo impulsivo, che passa all’azione senza filtrare troppo le emozioni o i pensieri.

Condividiamo nei primissimi incontri l'immagine che lui ha scelto di abitare in una bella casa, luminosa, spaziosa e arredata con gusto, nella quale si sente a suo agio e che, per qualche ragione, talvolta avverte la necessità di guardare fuori dalla finestra. Guardar fuori non gli basta, Francesco si ritrova improvvisamente ad aprire la finestra e a respirare l'aria, a osservare il cielo, la natura, a sentirne i profumi... lui ama la sua casa e, a differenza del passato in cui dice che sarebbe saltato giù da quella finestra, oggi sente di voler rimanere nella casa dove ha trovato sicurezza e felicità. Francesco inizia ad arrivare alle sedute parlando per immagini di arredo, di mobili, di muri e di camini. E di finestre dalle quali calarsi giù per scappare... stiamo costruendo insieme la nostra terapia. Francesco vuole capire un po' meglio perché ha l'impulso di aprire la finestra, così istantaneo da non rendersi nemmeno bene conto di quello che fa. Gli piacerebbe potersi sedere su una bella poltrona a riflettere prima di fare delle cose avventate.

E allora capiamo che forse una poltrona oggi in casa sua non c'è ma sarebbe importante per lui, per sentire che si può anche sedere per un po' senza fare niente. Ad osservarsi. Vogliamo provare insieme a guardare dentro la sua casa, ad analizzare l'arredo, gli oggetti, le suppellettili, per vedere come sono cambiati nel corso del tempo, quali lo rendono felice e quali invece no. Vogliamo scoprire le fondamenta, i muri portanti e le pareti in cartongesso da alzare o da abbattere; gli ospiti che ha deciso di accogliere e le persone che ci tiene fuori. È il nostro "progetto di ristrutturazione" per la sua casa interiore.

#### **4. LA TERAPIA È UNA METAFORA: IL CASO DI ELEONORA**

Eleonora viene in terapia perché da tempo ha molti pensieri ossessivi e mette in atto dei rituali per controllarli. È una giovane studentessa universitaria, figlia di un magistrato e di un'insegnante. La sua educazione è stata molto rigida, improntata ai doveri e al rigore. Il rapporto con il padre è sempre stato caratterizzato dalla paura e dalla soggezione, oltre che dall'imprevedibilità. Eleonora era vista e considerata per i suoi voti a scuola, per i suoi risultati nello sport, per la sua obbedienza.

Oggi fa fatica a fidarsi degli altri e a creare relazioni profonde. Per lei tutto è una sfida e il suo faticoso obiettivo è ottenere i primi posti in tutti i campi in cui si interfaccia: nelle amicizie, a scuola, nella sua relazione di coppia. Tutto è vissuto nei termini della competizione e dei livelli sociali, oltre che del controllo estremo per gestire l'ansia di sentirsi inadeguata. Controllare, competere e vincere la fa sentire più forte e al sicuro.

Per lei chiedere aiuto significa essere una perdente ed entrare in una relazione terapeutica le costa grande sforzo. Così in terapia porta tutta la sua fatica e la sua ambivalenza del dover chiedere, del dover essere quella insicura e che sta male.

Da molti anni ha una forte passione per l'arrampicata, sport nel quale si mette alla prova. Ogni scalata, ogni vetta sembra essere la ricerca di un granello di sicurezza in più, la conferma del suo valore. Ma le cime non sono mai abbastanza. Rispetto alla sua fatica a stare dentro la terapia, pensiamo insieme che il nostro lavoro è un po' come quando lei va in falesia, una cordata verso la sommità. Stiamo salendo insieme, lei non può fare a meno di me e io di lei. Quando io le tengo la corda lei si deve fidare, deve fare alcuni passi all'insù con la sicurezza che io non la lascerò

cadere. Quando io entro nel profondo del suo mondo interiore la corda ce l'ha lei, e io lascio che guidi la mia avanzata secondo il suo ritmo e le sue possibilità. La terapia è la nostra escursione in falesia, la nostra scalata insieme.

Penso che quello che succederà durante il percorso, la fatica di lasciarsi guidare e di affidarsi, la consapevolezza di non potercela fare da sola, la soddisfazione di riuscirci grazie all'aiuto di qualcun altro...tutto questo potrebbe portare Eleonora ad assaporare maggiormente il viaggio, la cima forse perderà un po' d'importanza, perché sarà stato più importante come ci siamo arrivate insieme. Una cordata. Una terapia.

## **CONCLUSIONI**

La metafora è una forma di comunicazione che ci unisce e che ci caratterizza come individui. A partire dalle nostre esperienze infantili, quando giochiamo a far finta di essere qualcuno o qualcosa fino a "sprizzo gioia da tutti i pori" il nostro modo di comunicare con gli altri è pieno di parole che evocano immagini e che trasmettono sottili emozioni.

All'interno del processo terapeutico questo strumento allena la nostra propensione al gioco, all'immaginazione, alla creatività. Permette di esercitare la capacità ad ampliare i punti di vista e consente di percepire la realtà in modo più flessibile. È quindi una possibilità interessante che permette di lavorare, allo stesso tempo, sul contenuto e sul processo terapeutico, con grazia e semplicità.

E se fare esperienze emozionali in terapia è sempre la via principale per arrivare al cambiamento, le metafore sono importanti compagne da proporre ai nostri pazienti lungo questo cammino.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Antonini, V. (2020). La metafora: un ponte tra il mondo emotivo del paziente e del terapeuta. *Frattali*, 1(1), pp. 71-81.
- Cambiaso, G. & Mazza, R. (2018). *Tra intrapsichico e trigenerazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Casonato, M. (2003). *Immaginazione e metafora*. Bari: Laterza.
- Gordon, D. (1992). *Metafore terapeutiche*. Roma: Astrolabio.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2004). *Metafora e vita quotidiana*. Milano: Bompiani.
- Liotti, G. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Nardone, G. (2020). *Ipnoterapia senza trance*. Milano: Ponte alle grazie.
- Onnis, L. (1996). La narrazione analogica. L'uso del linguaggio metaforico nella psicoterapia sistemica. *Psicobiettivo*, 16(3), pp. 17-35.
- Stott, R. et al. (2010). *Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges*. Oxford Guides to Cognitive Behavioural Therapy.
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), pp. 163-206.
- Watzlawick, P. (1988). *Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica*. Milano: Feltrinelli.

---

## **FILOSOFIA PLATONICA E PSICOTERAPIA: UN DIALOGO POSSIBILE**

*Paolo Di San Diego*<sup>1</sup>

---

**RIASSUNTO.** Filosofia e psicologia non sono affatto due discipline separate, ma dialogano costantemente tra loro. La psicologia ha ereditato le domande millenarie della filosofia, tentando di rispondervi attraverso il metodo scientifico, mentre la filosofia continua a sfidare le scienze ponendo sempre nuove questioni. Le due discipline, inoltre, possiedono spesso lo stesso proposito, ossia studiare il comportamento umano. L'obiettivo di questo articolo è quello di mostrare quanto le intuizioni della filosofia platonica possano essere illuminanti per l'odierno psicoterapeuta, impegnato nella relazione di cura. Per farlo, osservare più da vicino la figura di Socrate, maestro di Platone, può essere non solo di giovamento, ma può addirittura mostrare come il seme dell'aiuto terapeutico fosse presente già in epoca classica. Si prenderanno in considerazione gli elementi della filosofia platonica che aiutano a guardare da un'altra prospettiva come si muove uno psicoterapeuta in stanza di terapia, ma non ci si asterrà dal mostrare anche le chiare differenze che intercorrono tra l'approccio socratico e quello psicoterapeutico.

**SUMMARY.** Philosophy and psychology are not two separate disciplines, but they constantly dialogue with each other. Psychology has inherited the age-old questions of philosophy, trying to answer them through the scientific method, while philosophy continues to challenge the sciences by always asking new questions. Furthermore, the two disciplines often have the same purpose, that is to study human behavior. The goal of this article is to show how the insights of Platonic philosophy can be illuminating for today's psychotherapist, engaged in the relationship of care. To do this, looking more closely at the figure of Socrates, Plato's teacher, can be not only helpful, but it can even show how the seed of therapeutic aid was already present in the classical era. We will consider the elements of Platonic philosophy that help to look at how a psychotherapist moves in the therapy room from another perspective, but we will not refrain from showing the clear differences between the Socratic and psychotherapeutic approach.

**PAROLE CHIAVE.** Relazione, alleanza terapeutica, Platone, narrazione, processo terapeutico.

### **INTRODUZIONE**

“Non siamo servi dei discorsi, bensì i discorsi sono come nostri servi, e ognuno di essi non sarà terminato fino a quando non saremo soddisfatti [...], qui non ci sono giudici o spettatori per valutarci o darci comandi” (Platone, Teeteto 173c).

A pronunciare questa frase potrebbe essere un moderno psicoterapeuta, nell'atto di instaurare una buona alleanza terapeutica (Zetzel, 1956,1958) con il suo paziente, rassicurandolo sul fatto che non verrà giudicato, né etichettato in alcun modo. Potrebbe, altresì, pronunciare

---

<sup>1</sup> Psicologo, psicoterapeuta in formazione presso la scuola Change di Bari.  
p.disandiego@libero.it

questa frase per sottolineare il fatto che attraverso il discorso psicoterapeutico, è possibile recuperare le redini della propria vita e dei propri sentimenti, non lasciandosi comandare dagli eventi o da qualche “giudice o spettatore”, sia esso interno, o esterno, piuttosto agendo la propria potenza sul cambiamento personale. Il concetto di giudice o spettatore interno rimanda la conversazione ad una delle figure più importanti del panorama psicoterapico internazionale. Si tratta di Lorna Smith Benjamin (2004) che spiega il concetto di “famiglia in testa”, riferendosi proprio alla tendenza comune a tutte le persone di rivivere dissidi antichi strutturati all’interno delle proprie famiglie d’origine, che possono influenzare la vita attuale. La frase di apertura, invece, è contenuta in uno dei più importanti dialoghi platonici “Teeteto”, espressa per bocca del maestro Socrate. È sufficiente questa breve citazione per dare avvio ad un intero ragionamento che riguarda il parallelismo tra la figura di Socrate e quella dell’odierno psicoterapeuta.

## **1. LA RELAZIONE CHE CURA**

Il dato che echeggia maggiormente nei secoli e che permette di accostare il filosofo greco alla professione psicoterapeutica, è sicuramente il dato relazionale. Socrate, come ben noto ai più, non ci ha lasciato una testimonianza scritta del suo pensiero filosofico. Egli era convinto che il processo conoscitivo non potesse avvenire attraverso la forma scritta, in quanto se si dovesse provare ad interrogare un libro, questo non potrebbe rispondere (Platone, Fedro). Questo è il vero motivo per cui Socrate per tutta la sua vita ha preferito la dialettica alla scrittura. Socrate, dunque, conversava con i suoi interlocutori, accostandosi a loro come un padre o un fratello, con lo scopo di indagare se stessi e trovare qualcosa di vero, valido e genuino. Per poterlo fare, ogni uomo doveva dare conto delle proprie azioni e dei propri convincimenti ad un’altra persona. Conversare con Socrate non significava riflettere su un argomento particolare, ma nella relazione egli trovava il modo di intraprendere un discorso che cogliesse la totalità dell’esistenza umana. La postura relazionale di Socrate può essere un buon insegnamento per il professionista della salute mentale: egli non si pone mai come il detentore del sapere, poiché il suo compito non è quello di insegnare. La conoscenza deriva dal rapporto e dal dialogo con lui, infatti, non si può prendere niente da Socrate, ma grazie a Socrate l’uomo, come davanti ad uno specchio, può conoscere se stesso. Socrate, dunque, come ogni buon psicoterapeuta non possiede una verità che trasferisce ad un’altra persona, bensì la aiuta ad estrarla da se stessa, attraverso il semplice domandare. Nel fare questo, Socrate non fa altro che applicare l’arte ostetrica materna. Socrate, dunque, non si collocava mai al di fuori della relazione, ma era sempre pronto a mettersi in discussione. In ambito clinico vale lo stesso tipo di ragionamento, in quanto anche lo psicoterapeuta è parte integrante della relazione d’aiuto al punto che le sue caratteristiche personali incidono sul trattamento psicoterapeutico. A tal proposito, gli studi di Rosenzweig (1936), Strupp (1958), e Rogers (1957, 1961) mettono l’accento sull’importanza dello studio delle caratteristiche personali dello psicoterapeuta per comprendere lo sviluppo del paziente in psicoterapia. Ma perché è così importante la relazione all’interno del processo psicoterapeutico? La risposta è molto semplice: l’alleanza terapeutica è uno dei più forti meccanismi in grado di attivare un cambiamento duraturo nei pazienti (Barrett-Lennard,

1962; Rogers, 1957; Wampold & Imel, 2015) e questo vale per ogni forma di psicoterapia (Beutler et al., 2004; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Inoltre, le persone che nel corso della loro vita hanno sviluppato delle relazioni disadattive, attraverso la relazione con lo psicoterapeuta, hanno la possibilità di fare esperienza di una vera e propria relazione correttiva (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Hill et al., 2012), che possono utilizzare per instaurare delle relazioni più sane anche nel contesto della vita quotidiana (Safran & Muran, 2000; Shedler, 2012).

In definitiva, la narrazione di Socrate presente nei dialoghi platonici, ci restituisce l'idea che entrambi i soggetti del dialogo siano immersi nella relazione. È proprio la relazione il vero presupposto del reale cambiamento; da soli non si giunge a nessun tipo di verità, occorre un'altra persona, magari una persona come Socrate, per poter operare quella rotazione di sguardo che permette di approdare verso scenari più autentici e consapevoli.

### **1.1 La richiesta d'aiuto**

Nella relazione socratica viene esaltata la funzione primaria della richiesta: nel processo di conoscenza di sé, ogni uomo deve operare una scelta, deve decidere se continuare a dimorare nell'ignoranza, quindi nell'oblio della "caverna" (Platone, Repubblica), oppure avviare quel lento processo che lo porterà verso la luce del fondamento. La paideia consiste proprio in questo, cioè nel rivolgere in alto lo sguardo che fino a quel momento l'uomo ha tenuto in basso. Per poter scegliere se intraprendere questo viaggio oppure no, l'uomo deve innanzitutto essere consapevole delle proprie mancanze e deve affidarsi ad un'altra persona che lo aiuti a guardare dentro di sé. Nonostante oggi molte persone presentino problemi a livello psicologico, solo poche si affidano ad un professionista della salute mentale (Jorm, Griffiths, Christensen, Parslow, & Rogers, 2004; Roness, Mykletun, & Dahl, 2005; Vogel, Wester, Wei, & Boysen, 2005) e gli uomini rispetto alle donne risultano essere meno inclini a richiederlo quando soffrono di sintomi depressivi (Johnson, Oliffe, Kelly, Galdas, & Ogradniczuk, 2012; Rice et al., 2017). Le ragioni di tale difficoltà consistono nello scetticismo rispetto all'efficacia del trattamento psicologico, nel comportamento stoico di molte persone e nel rischio di essere oggetto di pregiudizi (Angermeyer, Matschinger, & Riedel-Heller, 2001; Corrigan, 2004; Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Jorm et al., 2004; Lauber, Nordt, Falcato, & Rossler, 2001; Meltzer et al., 2003; Riedel-Heller, Matschinger, & Angermeyer, 2005; Roness et al., 2005). Comprendere il concetto di cura all'interno del pensiero socratico può essere di grande giovamento. La cura di sé presuppone una conoscenza, che non si accontenta di raschiare la superficie, ma ama andare nel profondo. Prendersi cura di sé significa compiere la propria maturazione, che è sempre una maturazione che avviene con l'altro, che non si sostituisce mai alla persona, ma lo aiuta a tirare fuori da sé ciò che egli già possiede. Socrate come ogni buon terapeuta può manifestarsi solo come un aiuto, perché "la verità non può essere partecipata, ma riconquistata" (Men. 81d-82a), "si può invitare a partorire solo chi ha già le doglie del parto" (Teet. 149a-151d).

## **1.2 Conosci te stesso: l'importanza della terapia personale**

Secondo il filosofo ateniese la cura dell'altro è praticamente impossibile se manca la cura verso sé stessi. "Conosci te stesso" diventa qualcosa di più di una massima filosofica se applicata all'ambito psicoterapeutico e se viene presa seriamente in considerazione da chiunque svolga una professione di aiuto.

Già Freud (1937) affermava il ruolo di spicco dell'analisi personale per la formazione di ogni psicanalista. Occorre, però, fare una precisazione: l'obiettivo dell'analisi dello psicanalista per Freud non è la cura, bensì una maggiore consapevolezza circa le variabili personali inconsce capaci di interferire con l'intero processo di analisi. La variabile personale è dunque connotata come un nucleo problematico che occorre saper riconoscere e controllare, in modo da avere maggiore consapevolezza circa le proprie reazioni nei confronti del paziente. Numerosi studi non solo supportano l'intuizione freudiana, ma rilevano anche una relazione positiva tra un percorso di terapia personale e incremento di elementi importanti ai fini dell'alleanza terapeutica come l'empatia, l'autenticità, la consapevolezza del controtransfert e l'attenzione alla relazione terapeutica (Wogan e Narcoss 1985; Norcross 2005; Macran e Shapiro 1998; Wiseman e Shefler 2001). Anche Bennett-Levy (2006) afferma che una buona formazione presuppone proprio lo sviluppo di abilità interpersonali che facilitino la gestione del rapporto con il paziente.

Diversi studi (Orlinsky et al., 2011; Ziede & Norcross, 2020) hanno stimato che una percentuale tra il 70 e l'89% degli psicoterapeuti ha fatto esperienza di una terapia personale nel corso della carriera. A questo punto del discorso sarebbe interessante capire cosa spinga uno psicoterapeuta ad entrare in una stanza di terapia nelle vesti di paziente. Tra le tante motivazioni che spingono uno psicoterapeuta ad intraprendere un percorso personale ce ne sono due che svettano tra le altre: la volontà di agire su alcune tematiche personali irrisolte e ottenere delle nuove prospettive di relazione tra sé e gli altri, che possano essere utili anche nel loro lavoro da psicoterapeuti (Moe & Thimm, 2020). Sono numerosi i benefici che gli psicoterapeuti riportano di aver avuto dopo un percorso personale. Innanzitutto, affermano di aver avuto la possibilità di osservare in cosa consista la psicoterapia vissuta nei panni del paziente; in secondo luogo, affermano di riuscire meglio a separare le proprie istanze emotive da quelle dei loro pazienti in stanza di terapia (Pope & Vasquez, 2016; Ziede & Norcross, 2020). La terapia personale è utile, come già detto, per risolvere dei problemi personali che possono interferire con il lavoro clinico. Mahoney e Morris (2012) dimostrano con chiarezza che le difficoltà personali dello psicoterapeuta aumentano il rischio di risultati negativi per i pazienti, poiché vengono minate le fondamenta stesse della relazione terapeutica (Barnett, & Hillard, 2001). In conclusione, si può affermare che la lezione socratica è più viva che mai, in quanto il percorso di conoscenza personale del professionista possiede una duplice valenza: innanzitutto aiuta il professionista ad avere cura di sé e in secondo luogo migliora anche la qualità del suo lavoro. Lo studio della relazione terapeutica, dunque, offre un sostrato scientifico a quanto affermava Socrate già nel V secolo a.C.

## **2. Il terapeuta come “tafano”**

Nel contesto clinico lo psicoterapeuta si configura come un vero e proprio “perturbatore”, capace di attivare nel paziente un processo di cambiamento che gli permetta di uscire dalle difficoltà in cui è incappato (Paluzzi, 2003). Per questo motivo un percorso psicoterapeutico non è privo di difficoltà. Allo stesso modo, conversare con Socrate non era affatto un’opera semplice. Innanzitutto, egli pensava che chiunque non fosse disposto ad interrogare sé stesso, conducesse una vita non meritevole di essere vissuta (Platone, Apologia di Socrate 38). La conversazione con Socrate prendeva più le forme della tortura, visto che l’interlocutore veniva completamente destrutturato e demolito nelle sue convinzioni più profonde. Questo portò Socrate stesso a descriversi come un “tafano”, un insetto che infastidisce tutti con le sue punture: “Non troverete facilmente un altro come me, uno che il dio ha inviato alla città [...] come un tafano messo addosso ad un cavallo grande e di buona razza, ma un po’ pigro per la sua stessa mole e bisognoso di essere punzecchiato. Mi sembra che il dio mi abbia posto proprio così al fianco della città, io che non smetto mai di stuzzicarvi, di persuadervi, di rimproverarvi, uno per uno, standovi addosso sempre e dovunque” (Platone, Apologia 30e).

Tale somiglianza mette in luce anche le differenze tra l’approccio socratico e quello della psicoterapia attuale. Sarebbe riduttivo pensare allo psicoterapeuta semplicemente come uno smascheratore di assunti non logici. Egli piuttosto accompagna con benevolenza il paziente nel suo cammino, sostenendolo e aiutandolo a fare i conti con le parti più oscure di sé. Socrate, invece, faceva letteralmente vergognare i suoi allievi e tutte le persone che credevano di possedere una reale conoscenza. Molti, infatti, non accettavano di essere messi al tappeto e confutati nelle più intime convinzioni e divennero aggressivi. Alcuni di loro, cominciarono ad accusare Socrate di possedere delle mancanze che in realtà appartenevano a loro, “proiettando” su Socrate caratteristiche inaccettabili, lo accusarono di corrompere le giovani menti e di non credere agli dèi della città. Queste furono alcune delle motivazioni che portarono Socrate prima in un carcere e in un secondo momento a togliersi la vita.

## **3. LA DOTTRINA DELL’ANAMNESI IN PLATONE**

Un altro aspetto che permette di poter accostare, seppure in parte, la filosofia platonica alle pratiche della psicoterapia contemporanea è il concetto stesso di conoscenza. Conoscere per Platone non è mai qualcosa che si trasmette da una mente ad un’altra attraverso una serie di nozioni, ma qualcosa che al tempo stesso appare molto più complesso e profondo. Il sapere secondo il filosofo ateniese è sempre “alle spalle” e per afferrarlo occorre imboccare la via del ritorno. La conoscenza di sé prevede, dunque, un processo all’indietro, una via che conduce nelle parti più profonde di noi stessi. “Anamnesi” per Platone non è il semplice atto del “ricordare”, bensì, un partire dal dato sensibile per giungere al ricordo e a tutte le sensazioni ad esso associate. Ma come si giunge all’anamnesi? L’unico modo attraverso il quale si giunge all’anamnesi è la dialettica. La dialettica è un processo di ri-costruzione che, a partire dal dato sensibile, permette di giungere all’aletheia (verità). Lo psicoterapeuta in stanza di terapia non si pone di certo l’obiettivo di scovare una verità assoluta e immodificabile, come facevano invece i filosofi classici, ma è sicuramente

interessato a ri-costruire la storia di vita personale di ogni paziente per restituire una visione più integrata dei ricordi e delle emozioni ad essi associate. McAdams (1996) definisce le storie di vita come delle storie internalizzate del passato, del presente e del futuro di un individuo. Gettare lo sguardo “alle spalle” è di fondamentale importanza perché il modo con cui le persone hanno organizzato la propria storia personale nella memoria autobiografica (Conway & Pleydell-Pearce, 2000) fornisce molte indicazioni su come la persona è nel presente (Pasupathi, Mansour, & Brubaker, 2007). Diverse ricerche hanno dimostrato che le persone costruiscono la propria storia di vita personale non solo a partire dalle informazioni che li riguardano in prima persona, ma anche grazie alle storie di vita delle persone più vicine, come parenti o amici. Queste sono chiamate dagli autori “storie di vita vicarianti” (Lind & Thomsen, 2017; McLean, 2016; Panattoni & Thomsen, 2017; Thomsen & Pillemer, 2017; Zaman & Fivush, 2013). Le storie vicarianti sono dunque importanti per comprendere se stessi e gli altri. Conoscere come le altre persone vedono la propria condizione e storia personale aiuta a capire le loro emozioni e i loro comportamenti, quindi a facilitare una risposta empatica. Proprio per questo motivo, nel contesto della relazione terapeutica, diventa fondamentale per il terapeuta conoscere la storia di vita del proprio paziente. Alcune ricerche mostrano che le persone che hanno avuto modo di ragionare in maniera più complessa rispetto alle loro storie di vita sono più consapevoli delle loro emozioni e dei loro comportamenti, dimostrando di avere un’identità più matura e un sano ottimismo (McLean & Pratt, 2006; McLean & Thorne, 2003). La psicoterapia serve proprio a questo: contribuisce a costruire delle storie di vita più positive, coerenti e complesse (Hermans, 2006; Lysaker, Davis, Hunter, Nees, & Wickett, 2005; Lysaker, Lancaster, & Lysaker, 2003). Se provassimo a collegare quanto appena detto a proposito dei benefici della ri-narrazione dei vissuti in psicoterapia ci accorgeremmo delle somiglianze con il concetto platonico della reminiscenza. Secondo Platone la reminiscenza, fondandosi sul collegamento di diversi aspetti del reale, permette alla persona di sapere quel che al presente non sa. Il sapere che deriva dal ricordo è un “far riemergere dall’oblio ciò che è stato, una volta, saldo possesso dell’anima” (Meattini 2016, p. 62). Il concetto appena espresso, oltre che spingere il terapeuta nell’indagine sulla storia di vita del paziente, permette di riflettere sul fatto che la chiave per superare le difficoltà che affliggono le persone nell’arco della vita esiste già all’interno delle persone e va semplicemente ritrovata. Diversi modelli trattamentali si concentrano, oltre che sul correggere le debolezze dei pazienti, anche sul potenziamento delle risorse e delle capacità di resilienza già presenti in loro (Cheavens, Strunk, Lazarus, & Goldstein, 2012; Snow, 1991; Snyder & Lopez, 2003). Molto spesso le persone che richiedono un aiuto psicoterapeutico sono persone che hanno dimenticato di alzare lo sguardo verso il cielo, di guardare la luce, o meglio come direbbe Platone “il sole” (Platone, Repubblica, 507 b-509 b) della ragione. Tra i vari compiti dello psicoterapeuta c’è anche quello di porsi come risvegliatore di risorse che sono già presenti all’interno delle persone. In questo senso la filosofia platonica aiuta i professionisti del settore a cementificare queste consapevolezze.

### **3.1 Dall'arte del domandare deriva la spinta per il sapere**

Forse l'elemento più evidente che permette di immaginare Socrate all'interno di una stanza di terapia è quello della domanda. Nel 1986 Winnicott affermava:

“Per lo scienziato la formulazione della domanda è quasi tutto. Le risposte, una volta trovate, conducono solo ad altre domande. L'incubo di ogni scienziato è l'idea di una conoscenza completa. Rabbrivisce al pensiero di una cosa del genere” (Winnicott, 1986).

Anche Socrate, infatti, avrebbe rabbrivito di fronte allo stesso pensiero. La conditio sine qua non affinché si avvii il processo dialettico/terapeutico è una iniziale condizione di non sapere. La mancanza che gli interlocutori sperimentano nella reciproca interazione rappresenta anche la spinta verso la conoscenza. Molto spesso la figura di Socrate è stata paragonata a quella del demone Eros proprio per questo motivo: egli è un personaggio fortemente erotico proprio per il suo amore per il sapere che si evince dalla sua mancanza, oltre che per la consapevolezza di tale mancanza (Meattini, 2016, p. 174). L'essere demone e mancante spinge quindi a colmare un vuoto. In questo senso l'attività terapeutica prende i connotati dell'indagine filosofica, in quanto filosofare non significa mai possedere, bensì tendere. Tendere, come ricercare sotto una forte spinta erotica. Ecco che anche lo psicoterapeuta nel corso della sua indagine può indossare l'abito del ricercatore, inteso proprio come colui che non si aspetta di trovare una verità univoca da offrire al proprio paziente ma come colui che aiuta nell'esplorazione delle parti più intime del sé.

Ciò che appare sempre importante, anche nella relazione terapeuta-paziente, e che risulta collegato alla questione della ricerca è la dimensione della curiosità. Una curiosità che non solo ogni psicoterapeuta deve possedere, ma che deve anche incoraggiare nel paziente che ha di fronte. Molti studi dimostrano che la curiosità incide fortemente sulla motivazione e sul benessere degli esseri umani (Kashdan & Stegar, 2007; Peterson, Ruch, Beerman, Park, & Seligman, 2007). Silvia (2006) evidenzia che quando gli individui sono curiosi, mostrano una maggiore attenzione verso le attività che svolgono, una elaborazione delle informazioni più profonda, una migliore conservazione delle informazioni, una aumentata persistenza nel raggiungimento degli obiettivi. Queste qualità sono vitali per promuovere il progresso terapeutico e andrebbero ritenuti obiettivi primari da conseguire (Feldman, 2002; Kashdan & Fincham, 2004).

### **3.2 Il vantaggio di lasciarsi confutare**

*Ho, dunque, paura di confutarti; temo che tu possa ritenere che io ti contraddica non per il desiderio di chiarire sempre meglio il problema, ma per astio nei tuoi confronti. Solo, dunque, se tu sei quale sono io, solo allora t'interrogherò con piacere: se no è meglio abbandonare la discussione. Ma come sono io? Io sono uno che con piacere mi lascio confutare se non dico la verità, che con piacere confuto, se altri non dice il vero, e che, senza dubbio, accetto di essere confutato con un piacere non minore di quello che provo confutando. Infatti, ritengo l'esser confutato come un maggior beneficio, tanto maggiore, quanto è meglio esser liberati dal male più grande che liberarne altri. In realtà, non v'è male più grande, per l'uomo, di una falsa opinione sull'argomento di cui stiamo discutendo*

*adesso. E allora, concludendo, se anche tu dichiarassi di essere quale sono io, discutiamo; se, invece, pensi sia meglio smettere, lasciamo andare e poniamo fine al discorso (Platone, Gorgia, 458 a-b).*

Le parole di Socrate chiariscono l'atteggiamento dialettico che egli ha nei confronti dei suoi interlocutori. Il filosofo, come dice espressamente, non teme mai di essere confutato nel processo dialettico, al contrario accoglie come una vera e propria benedizione la confutazione delle sue ipotesi, perché è solo grazie ad essa che è possibile liberarsi da qualche falsa verità di cui in precedenza si era convinti.

È proprio questo aspetto, peculiare del discorso dialettico, che allontana Socrate da tutti i sofisti attivi nella sua epoca. All'arte eristica tipica dei sofisti, che batteggiavano costantemente con le parole per imporre la propria visione del mondo, Socrate contrappone la dialettica, che pur essendo un processo molto più lungo e dispendioso a livello di energie mentali, tende sempre alla verità. Se quindi da un lato questo aspetto lo allontana dai sofisti, dall'altro rappresenta un vero e proprio principio della psicoterapia contemporanea, se lo si fa rientrare all'interno del più complesso discorso circa le ipotesi in psicoterapia. Il processo di ipotizzazione, fondamentale ed insostituibile all'interno del colloquio clinico (Andolfi, 2010), viene definito da Selvini e collaboratori come "la capacità del terapeuta di formulare, sulla scorta delle informazioni in suo possesso, un'ipotesi circa il funzionamento relazionale e globale". Nell'articolo "Ipotizzazione, circolarità, neutralità" Mara Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, (1980) affermano che avanzare delle ipotesi è indispensabile per orientarsi all'interno della confusione delle informazioni portate dal paziente. Appare, però, altrettanto indispensabile che lo psicoterapeuta sia flessibile e accolga le nuove informazioni che invalidano l'ipotesi fatta in precedenza.

Gli autori dimostrano di essere consapevoli che l'ipotesi non è né vera né falsa, ma rappresenta semplicemente il punto di partenza per l'investigazione. Essi dimostrano anche di aver seguito l'insegnamento socratico che invita ad approcciarsi all'altro con un'apertura mentale totale che permetta di rinunciare alle proprie ipotesi, quando non sono riscontrate da dati oggettivi, anche se a prima vista appaiono affascinanti ed accattivanti. Mazza e Cambiaso (2020) hanno recentemente rispolverato l'argomento dell'ipotesi in psicoterapia, aggiungendo a quanto magistralmente hanno affermato Mara Selvini Palazzoli ed i suoi collaboratori, che nel processo dell'ipotizzazione il terapeuta deve includere anche la valutazione circa il proprio assetto terapeutico. Nel loro lavoro, la coppia di autori è capace di mettere in relazione la questione dell'ipotesi con quella dell'alleanza terapeutica; l'alleanza non si basa solo sul dato relazionale ma anche sulle ipotesi che lo psicoterapeuta fa sui sintomi del paziente, sulla storia personale e sulla relazione stessa.

Le domande che seguono l'ipotesi devono essere volte a testare la solidità dell'ipotesi di partenza, evitando di incorrere in quel bias di conferma che porta a porre l'attenzione solo su quegli elementi che confermano l'ipotesi di partenza, oscurando tutto il resto. Il rischio è quello di cadere nella trappola della semplificazione della realtà, a scapito di quell'approccio alla complessità che è prerogativa tanto del filosofo, quanto dell'attuale terapeuta.

## CONCLUSIONE

La figura di Socrate e più in generale la filosofia platonica rappresentano una fonte pressoché infinita di spunti di riflessione in diversi ambiti e discipline, ma in particolar modo nell'ambito della psicoterapia. Il presente articolo ha mostrato come si possano trarre diverse lezioni dal modo in cui Socrate si avvicinava ai suoi allievi: dalla giusta distanza relazionale da occupare, all'importanza di immergersi nella relazione e nel dialogo; dalla necessità della consapevolezza della propria condizione, al discorso sulla richiesta di aiuto. Inoltre, il concetto di "anamnesi" in Platone ci restituisce anche la potenza della rinarrazione della storia di vita di ogni persona, funzionale al raggiungimento di una visione più luminosa e chiara della propria esistenza. Si è evidenziata la necessità tanto per Socrate quanto per lo psicoterapeuta di essere sì tafano e perturbatore, ma anche ricercatore e risvegliatore di risorse già presenti in ogni persona.

Ebbene, riflettere su questi punti può aiutare ogni psicoterapeuta a diventare per il proprio paziente quel che Meattini (2016) chiama "*un soccorrevole compagno di ricerca*" (p.176), riferendosi però a ciò che il dialogante socratico era per il proprio interlocutore.

In conclusione, si può affermare che mettere in luce le somiglianze e le differenze tra ciò che lo psicoterapeuta fa ogni giorno nella sua stanza di terapia e quello che faceva Socrate nel V secolo a.C. fornisce una potente base culturale all'intervento psicoterapeutico. Lo studio della filosofia aiuta ad afferrare quegli strumenti culturali che sono già presenti nella nostra storia e adattarli per gestire le esigenze del presente. In questo senso, le riflessioni filosofiche non rimangono più contenute in qualche polveroso manuale sistemato in chissà quale biblioteca, ma vengono rivalutate e dissotterrate come si dissotterra un tesoro nascosto.

## BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. (2010). Il bambino nella terapia familiare. Milano: Franco Angeli.
- Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller, SG. (2001). What to do about mental disorders. Help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001; 103: 220-225.
- Barnett JE, Hillard D. (2001). Psychologist distress and impairment: The availability, nature, and use of colleague assistance programs for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001; 32: 205-210.
- Barrett-Lennard GT. (1962). Dimensions of therapist response as a causal factor in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 1962; 76: 1-36.
- Benjamin LS. (2004). La terapia ricostruttiva-interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono. Roma: Editrice LAS.
- Bennett-Levy J. Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. (2006). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2006; 34: 57-7.
- Beutler LE, Malik ML, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong, E. Therapist variables. (2004). In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edn, pp. 227-306). New York: Wiley.

- Cambiaso G, Mazza R. (2020). *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*. Roma: Armando editore.
- Castonguay LG, Constantino MJ, Holtforth MG. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2006; 43: 271-279.
- Cheavens JS, Strunk DR, Lazarus SA, Goldstein L. (2012). The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 2012; 50: 699-706.
- Conway MA, Pleydell-Pearce CW. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 2000; 107: 261-288.
- Corrigan P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 2004; 59: 614-625.
- Corrigan PW, O'Shaughnessy JR. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 2007; 42: 90-97.
- Feldman T. (2002). Technical considerations when handling questions in the initial phases of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2002; 32: 213-227.
- Freud S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. Torino: Bollati Boringhieri, 1937.
- Hermans HJM. (2006). The self as a theater of voices: Disorganization and reorganization of a position repertoire. *Journal of Constructivist Psychology*, 2006; 19: 147-169.
- Hill CE, Castonguay LG, Farber BA, Knox S, Stiles WB, Anderson T, Caspar F. (2012). Corrective experiences in psychotherapy: Definitions, processes, consequences, and research directions. In L. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experience across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 355-370). Washington, DC: American Psychological Association, 2012.
- Horvath AO, Bedi RP. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press, 2002.
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 2011; 48: 9-16.
- Johnson JL, Oliffe JL, Kelly MT, Galdas P, & Ogrodniczuk JS. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health & Illness*, 2012; 34: 345-361.
- Jorm AF, Griffiths KM, Christensen H, Parslow RA, Rogers B. (2004). Actions taken to cope with depression at different levels of severity: a community survey. *Psychological Medicine*, 2004; 34: 293-299.
- Kashdan TB, Fincham FD. (2004). Facilitation curiosity: A social and self-regulatory perspective for scientifically based interventions. In A. P. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice*. Buffalo, NY: Wiley, 2004, 482-503.
- Kashdan TB, Steger MF. (2007). Curiosity and pathways to well-being and meaning in life: Traits, states, and everyday behaviors. *Motivation and Emotion*, 2007; 31: 159-173.
- Lauber C, Nordt C, Wulf R, Falcatò L, Rossler W. (2001). Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001; 50: 745-752.
- Lind M, Thomsen DK. (2017). Functions of personal and vicarious life stories: Identity and empathy. *Memory*, 2017; 26: 672-682.
- Lysaker PH, Davis LW, Hunter NL, Nees MA, Wickett A. (2005). Personal narratives in schizophrenia: Increases in coherence following 5 months of vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2005; 29: 66-68.

- Lysaker PH, Lancaster RS, Lysaker JT. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy*, 2003; 76: 285-299.
- Macran S, Shapiro D. (1889). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 1998; 71: 13-25.
- Mahoney EB, Morris RJ. (2012). Practicing school psychology while impaired: Ethical, professional, and legal issues. *Journal of Applied School Psychology*, 2012; 28: 338-353
- McAdams DP. *Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons.* (1996). *Psychological Inquiry*, 1996; 7: 295-321.
- McLean KC, Pratt MW. (2006). Life's little (and big) lessons: Identity statuses and meaning making in the turning point narratives of emerging adults. *Developmental Psychology*, 2006; 42: 714 -722.
- McLean KC, Thorne A. (2003). Late adolescents' self-defining memories about relationships. *Developmental Psychology*, 2003; 39: 635- 645.
- McLean KC. (2016). *The co-authored self: Family stories and the construction of personal identity.* Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2016.
- Meattini V. (2016). *Anamnesi e conoscenza in Platone, 174.* Pisa: Edizioni ETS, 2016.
- Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell R, Jenkins R, Lewis G. (2003). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *International Review of Psychiatry*, 2003; 15: 123-128
- Moe FD, Thimm J. (2020). *Personal therapy and the personal therapist.* Nordic Psychology. Advance online publication, 2020.
- Norcoss JC. (2005). The Psychoterapist's Oen Psychotherapy. *American Psychologist*, 2005; 60: 840-853.
- Orlinsky DE, Schofield MJ, Schroder T, Kazantzis N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 2011; 67: 828- 842.
- Paluzzi S. (2003). *Manuale di Psicologia.* Roma: Urbaniana University Press, 2003.
- Panattoni K, Thomsen DK. (2017). My parterner's stories: Relationships between personal and vicarious life stories within romantic couples, 2017; 26: 1416-1429.
- Pasupathi M, Mansour E, Brubaker JR. (2007). Developing a life story: Constructing relations between self and experience in autobiographical narratives. *Human Development*, 2007; 50: 85-110.
- Peterson C, Ruch W, Beerman U, Park N, Seligman MEP. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 2007; 2: 149 -156.
- Pope KS, Vasquez MJT. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide (5th ed.).* Hoboken, NJ: Wiley, 2016.
- Rice SM, Aucote HM, Parker AG, Alvarez-jimenez M, Filia KM, Amminger GP. (2005). Men's perceived barriers to help seeking for depression: Longitudinal findings relative to symptom onset and duration. *Journal of Health Psychology*, 2017; 22: 529-536.
- Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC. (2005). Mental disorders Who and what might help? Helpseeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 2005; 40: 167-174.
- Rogers C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy.* Boston, MA: Houghton Mifflin, 1961.
- Rogers CR. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957; 21: 95-103.
- Rogers CR. (1961). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1961; 21: 95-103.
- Roness A, Mykletun A, Dahl AA. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005; 111: 51-58.

- Rosenzweig S. (1963). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1936; 6: 412-415.
- Safran JD, Muran JC. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press, 2000.
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. (1980). Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 1980; 100: 211-225.
- Shedler J. (2012). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In *Psychodynamic psychotherapy research*. New York, NY: Humana Press, 2012, 9-25.
- Silvia PJ. (2006). *Exploring the psychology of interest*. New York: Oxford University Press, 2006.
- Snow RE. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991; 59: 205-216.
- Snyder CR, Lopez S. (2003). Striking a balance: A complementary focus on human weakness and strength. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Models and measures of positive assessment*. Washington, DC: American Psychology Association, 2003.
- Strupp HH. (1958). The psychotherapist's contribution to the treatment process. *Behavioral Science*, 1958; 3: 34-67.
- Thomsen DK, Pillemer DB. (2017). I know my story and I know your story: Developing a conceptual framework for vicarious life stories. *Journal of Personality*, 2017; 85: 464 - 480.
- Vogel DL, Wester SR, Wei M, Boyesen GA. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 2005; 52: 459-470.
- Wampold BE, Imel ZE. (2015). *The great psychotherapy debate: Evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge, 2015.
- Winnicott DW. (1986). *Home is where we start from: Essays from a psychoanalyst*. New York: Norton, 1986.
- Wiseman H, Shefler G. (1999). Experienced psychotherapists' narrative accounts of their personal therapy: Impacts on professional and personal development. Manuscript. In: Macran, S., Stiles, W. B., & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 2001; 46: 419 - 431.
- Wogan M, Norcross JC. (1985). Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates, and predictive utility. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1985; 22: 63-74.
- Zaman W, Fivush R. (2013). Stories of parents and self: Relations to adolescent attachment. *Developmental Psychology*, 2013; 49: 2047-2056.
- Zetzel ER. (1970). *The Capacity for Emotional Growth*. New York: International Universities Press, 1970.
- Ziede JS, Norcross JC. (2020). Personal therapy and self-care in the making of psychologists. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 2020; 154: 585- 618.

---

## MUTISMO SELETTIVO: IL PASSAGGIO DALL'EQUAZIONE SIMBOLICA ALL'OGGETTO TRANSIZIONALE

*Franco Giovannoni<sup>1</sup>*

---

**RIASSUNTO.** In questo scritto, attraverso l'analisi di tre casi clinici, si cerca di dare un significato psicodinamico alle manifestazioni del Mutismo Selettivo, che colpisce i bambini in epoca infantile. Partendo dagli scritti di Donald Meltzer, viene conferito un significato prioritario alle comunicazioni verbali fra madre e bambino, dove la voce della madre assumerebbe un ruolo centrale nel periodo in cui il neonato è capace solo di pensieri per immagini, che la mamma "colora" e rende "comunicativo", con la sua traduzione verbale. Il presente scritto, se da una parte ha come obiettivo alcune ipotesi metapsicologiche riguardo al "Mutismo Selettivo" ed alla sua patogenesi, dall'altra vuole essere anche una rilettura delle opere principali di D. Meltzer, sullo sviluppo del linguaggio. In particolare, si è cercato di dare una risposta alle affermazioni insature di D. Meltzer, quando in "Studi di metapsicologia allargata" (pag. 207), parlando di internalizzazione del pensiero e di primitivo discorso interno, cita D. W. Winnicott.

**SUMMARY.** In this paper, through the analysis of three clinical cases, an attempt is made to give a psychodynamic meaning to the manifestation of Selective Mutism, which affects children in childhood. Starting from the writings of Donald Meltzer, a decisive meaning is given to the first verbal communication between mother and child, where the mother's voice would assume a central role in the period in which the newborn is only capable of thoughts in images, which the mother "colors" and makes "communicative" with its verbal translation. If on one hand this paper has its objective some metapsychological hypotheses regarding "The Selected Mutism" and its pathogenesis, on the other hand it is also intended to be a reinterpretation of the main works of D. Meltzer, on the development of language. In particular we tried to give an answer to the unsaturated statements of D. Meltzer, when in "Studies of extended metapsycology (pag. 207), speaking of internalization of thought and primitive internal discourse, quote D. W. Winnicott".

**PAROLE CHIAVE:** mutismo selettivo, pensiero concreto, pensiero simbolico, linguaggio.

### **PREMESSA** a cura di Paola Morosini

*L'articolo evidenzia nei tre casi presentati di mutismo selettivo la lettura in chiave psicodinamica del disturbo e analizza la fase evolutiva nella quale si ipotizza sia avvenuta la frattura e di conseguenza l'esordio sintomatico. Se il linguaggio rappresenta nell'evoluzione della nostra specie il veicolo del pensiero comunicabile e condivisibile. è evidente come dal punto di vista relazionale sistemico il sintomo rappresenti nei vari casi citati dall'autore al tempo stesso una manifestazione della negazione della possibilità di separarsi e una rappresentazione della*

---

<sup>1</sup> Neuropsichiatra Infantile, responsabile SSD- Usl 5 Spezzino.  
franco.giovannoni@asl5.liguria.it

*riorganizzazione in senso tirannico che la mancanza della voce sancisce. L'utilizzo nelle sedute psicoterapeutiche del gioco simbolico è una modalità di "dar voce" ai pensieri intuendo l'area della mentalizzazione possibile delle piccole pazienti.*

*L'autore evidenzia la comunicazione possibile delle pazienti nelle sedute di terapia con una abile ricostruzione nella mente dell'altro. La collocazione del mutismo selettivo nella area dei disturbi di Spettro Autistico rappresenta la difficoltà primaria delle pazienti alla condivisione di un pensiero e a rappresentarlo nella comunicazione sulla stessa semantica di significati.*

*La possibilità di sedute di psicoterapia congiunte tra il bambino e i caregivers sarebbero nella costruzione del contenuto idonee a accomodare la difficoltà dei neuroni a specchio con una possibile alternativa alla frattura nell'evoluzione della comunicazione.*

Con il presente scritto, vorrei attirare l'attenzione su alcune peculiarità che ho riscontrato durante il trattamento psicoterapeutico di tre casi di mutismo selettivo.

I casi clinici sono tre bambine rispettivamente di quattro anni e mezzo, di sette anni e di undici anni all'epoca in cui è iniziata la terapia, per quanto le stesse siano andate avanti per alcuni anni, e che chiamerò: Sabrina (la bimba piccola), Anna (la bimba più grande) e Paola (la ragazzina).

Nella trattazione sul mutismo vorrei anche tentare una rilettura delle opere principali di D. Meltzer sull'argomento. Gli scritti ai quali faccio riferimento, sono i quattro articoli di D. Meltzer: "Percezione dei propri attributi e sua relazione con lo sviluppo del linguaggio" (Studi di Metapsicologia Allargata); "Il conflitto estetico: il suo posto nel processo di sviluppo" (Amore e Timore della Bellezza); ai quali aggiungo l'articolo di G. Hautmann "Pensiero pellicolare e formazione del sé" (Pensare per Immagini).

Ovviamente tengo a mente le due Infant Observation che ho effettuato ed il Corso Clinico con i docenti inglesi della Tavistock Clinic di Londra.

Nei suddetti riferimenti bibliografici, precisamente nel primo articolo citato, in verità non è affatto chiaro se D. Meltzer (E. Cohen in verità) pensasse di avere di fronte un paziente (Henri) che in passato aveva sofferto di mutismo selettivo, anche se ad un certo punto arriva a parlare del suo articolo sul mutismo; ma la mia idea è che, quantomeno, siamo all'interno di quell'universo.

E mi riferisco all'universo che sta fra il pensare per immagini e l'inizio della verbalizzazione con significato semantico e simbolico, passando attraverso la fase dei vocalizzi e della lallazione, nel periodo che va dalla posizione schizo-paranoide alla posizione depressiva e del delicato passaggio dall'equazione simbolica all'oggetto transizionale, fino alla formazione del simbolo. Io credo che il periodo in oggetto vada dai primissimi mesi fino all'incirca al primo anno di vita. Un periodo in cui le mamme mettono cibo e parole dentro alla bocca del bimbo, mentre commentano ciò che fanno e ciò che sentono esperire dal loro bambino, conferendogli significato e senso: una dimensione, se mi è consentito, che sta "fra il dire ed il fare", nel senso che le mamme fanno delle cose e le "traducono" per il loro bambino. Periodo che va di pari passo con la crescente capacità del bambino di manipolare gli oggetti, la quale precede di un poco la capacità di comunicare. La mia idea è che non sempre le

mamme siano prodighe di parole, ad esempio quando sono lievemente depresse, come la mamma di Sabrina di quattro anni e mezzo. Una persona che mi avrà rivolto cinquanta parole nel corso degli anni, alla quale ogni volta che porgevo la mano trovavo la punta delle dita di una mano molle e sfuggente: senza presa alcuna. Viene da pensare a quelle mamme (un po' lo fanno tutte, ovviamente), che infilano il biberon dentro la bocca del bambino e lo alimentano mentre questo apparentemente, dorme; e poi davvero si addormenta, con la bocca e la pancia piena di un qualcosa che è ben poco connotato di relazione.

Uno dei primi giochi che faceva la bimba piccola (Sabrina) all'età di poco più di quattro anni, era quello di mettere in fila tutti gli animali con la testa alzata (sono quelli della play-mobil, cui si muove la testa dall'alto al basso), poi arrivava la donna che portava il cibo (pezzetti di carta) e glielo lanciava in testa (un po' come nelle campagne si fa con il granturco per le galline), mentre questi chinavano il capo come per mangiare, in un gesto che percepivo chiaramente umiliante. Anna, la bimba più grandicella, un giorno è al computer e si disinteressa di me; quindi, ad un tratto, come se improvvisamente le fosse venuto in mente, si alza e mi prepara la pappa. Lo fa anche con cura, mettendo il piattino, le posate, il tovagliolo e quindi versandomi un cibo ben fatto nel piatto; peccato che una volta adempiuto al suo dovere, se ne torna al computer e mi lascia nuovamente lì, solo con la mia pappa.

Paola, la ragazzina di undici anni, durante il secondo anno di analisi diventa mutacica. A quel punto iniziano tutta una serie di comportamenti, che mi ricordano assolutamente quelli della piccolina (che ho in trattamento): e allora comprendo che la presunta timidezza all'ingresso della scuola materna, era di fatto un mutismo. Mi volta le spalle, inizia a nascondersi dietro al coperchio della scatola dei giochi ed a spiarmi dal foro di apertura del coperchio, mentre si irrita moltissimo quando a mia volta mimo di nascondermi dietro al coperchio e me lo strappa dalle mani, mentre se cerco di dirle qualcosa mi scrive subito: "Stai zitto! Ma vuoi stare zitto!".

L'analogo della piccola Sabrina, quando mi intimava di tacere battendo il piedino e con i pugni al mio viso: come a mettermi nella condizione di chi, non avendo un referente che parla, non può e non deve, parlare.

Anche lei si nascondeva e mi guardava dal buco del coperchio della scatola, oppure andava sotto alla scrivania, per poi spiarmi facendo capolino attraverso gli spazi fra questa ed il muro stonato: ma se io mi permettevo anche solo di nascondere il viso dietro al coperchio forato (cioè di fare come lei) me lo strappava via subito: e quindi dovevo essere un soggetto sempre visibile, ma avere a che fare con un oggetto che si nasconde e si intravede.

Ovviamente qui non mi occupo degli aspetti di onnipotenza, che pure sono ben evidenti, ma semplicemente di porre in evidenza la tendenza a nascondersi, il controllo visivo ed il farti sentire sulla pelle come è pesante avere a che fare con qualcuno che non ti parla, non ti spiega quello che fa e che in continuazione sparisce dalla tua vista: che io penso ben rappresenti la relazione oggettuale percepita da questi bambini nel primo anno di vita.

Di fatto, quando mi trovai di fronte a questo modo di fare delle due bambine in contemporanea, ovverosia al loro nascondersi alla mia vista, ma richiedendo che io fossi sempre visibile ed in silenzio, cominciai a domandarmi le ragioni di questo loro comportamento, peraltro del tutto

simile. Nella bimba piccola, Sabrina, vuoi per una questione anagrafica che per questioni logistiche (la vedevo in un altro studio), il tutto appariva molto più evidente. Poco dopo l'ingresso nella stanza si lasciava scivolare a terra e quindi si infilava sotto alla scrivania bianca, parzialmente chiusa sul davanti da una fascia a mezza altezza, ed utilizzava anche la cassettera con le rotelle, per nascondersi meglio dietro a questa. Quindi iniziava ad agitarsi in maniera rumorosa, a sbatacchiare oggetti, a dare colpi sul "tetto" e sui bordi laterali, mentre trotterellava e saltava rapidamente da una parte all'altra della scrivania. Spesso cercava di spiarmi fra il bordo della scrivania ed il muro, oppure sbirciando sul davanti, sotto al fascione, ma sempre pronta a scomparire dalla mia vista appena la scorgevo. Dopo un po' che la cosa andava avanti e tenendo a mente anche l'analogo comportamento della ragazzina, ad un certo momento mi torna in mente il "canto e danza" di cui parla D. Meltzer.

E allora inizio a pensare che la lingua, per l'appunto, "canta e danza" dentro alla bocca e che la scrivania, con la sua parziale apertura sul davanti e verso il basso, tutto sommato potrebbe anche rappresentare una bocca. Così alla fine mi viene in mente un'idea tanto bizzarra quanto intrigante: "E se il primitivo oggetto estetico fosse rappresentato proprio dalla voce (dentro alla bocca)?"

Come se, mentre procede la maturazione del sistema nervoso ed il bambino percepisce la madre sempre più nelle sue fattezze reali, riuscisse sempre meglio a comprendere che ha una uno spazio-bocca con dentro un qualcosa, simile a lei bambina, che ha la capacità di fare emergere quei suoni meravigliosi, che probabilmente già percepiva durante la vita intrauterina.

Una voce che con i suoi suoni attrae moltissimo la piccola bimba, che comincia a cercarne la presenza con grande attenzione, quasi a "spiarla" attraverso la fessura delle labbra.

Viene allora da pensare che già alla fine del sesto mese di vita intrauterina l'apparato acustico risulta definitivamente sviluppato, ragion per cui il bambino sente il battito cardiaco che fa eco e traduce le emozioni di mamma ed al contempo dà il ritmo al canto delle sue parole, che risuona attraverso il liquido amniotico. Mentre il sistema visivo si svilupperebbe in seguito e definitivamente attorno al sesto mese di vita. Questo significa che per un bambino nei primi mesi di vita, la presenza della madre nell'ambiente circostante è più facilmente identificabile attraverso la voce di questa, piuttosto che tramite la visione diretta (o forse solo per questi bambini, particolarmente attratti dalla voce). Si ricorda che nell'evoluzione della specie umana c'è stato un momento in cui le mamme, che dovevano liberare le mani per lavorare, misero a terra i propri bambini. Ed è allora che sarebbe emerso il linguaggio, con lo scopo di mantenere un contatto indiretto con i piccoli, in maniera tale da preservarli dall'attacco dei predatori. Quindi il linguaggio si sarebbe originato proprio per mantenere un contatto a distanza fra madre e figlio.

Ad oggi sappiamo dalle Neuroscienze che, tramite i neuroni a specchio, nei primi mesi di vita il bambino avrebbe la possibilità di rispondere alle sollecitazioni che gli giungono dalla madre a livello acustico e che queste andrebbero a stimolare in maniera speculare le aree che presiedono alla formulazione del linguaggio. Mentre visivamente, il bambino andrebbe concentrando la propria attenzione sui movimenti del volto della madre ed in particolare sui movimenti dei muscoli mimici e dei bucco-linguo-fonatori, che percepisce durante l'eloquio della madre ed ai

quali risponderebbe in maniera ecoprassica. Queste manifestazioni “speculari” metterebbero in moto nel bambino tanto le aree cerebrali del linguaggio, quanto quelle che presiedono all’innervazione dei muscoli deputati alla formulazione verbale dei fonemi e dei morfemi corrispondenti, ponendo così le basi neurofisiologiche per l’acquisizione del linguaggio parlato, con l’intonazione, la pronuncia e la grammatica tipica del linguaggio materno.

Al contempo, in questi primi mesi di vita, è plausibile pensare che il bambino abbia cominciato un pensiero, che ovviamente altro non può essere che un pensiero per immagini, che la mamma “colora” dando a questo un primo significato, dicevamo, forse semplicemente “musicale”, prima ancora che semantico. Come la colonna sonora di un film muto, che conferisce un significato (emotivo) alle immagini, accompagnando lo spettatore alla comprensione di ciò che sta, o starà per accadere.

In sostanza, ho in mente una bimba che comincia a conoscere la voce della mamma fin da quando è nella sua pancia e che poi nei primi mesi di vita, quando è al seno, cerca di ricevere dentro alla bocca cibo e parole (musica): ma nel mutismo, probabilmente con scarso successo. Una bimba che è molto attenta alla voce, che indica la presenza e l’assenza della mamma e che appena lo sviluppo glielo consente, cerca di aguzzare anche la vista, cominciando a “tenere d’occhio” la mamma, a seguirla nei suoi spostamenti, a stare attenta a quando la vede ed a quando non la vede ma magari la sente, o ancora, a quando non la vede e neppure la sente. Insomma, sto parlando della presenza-assenza di un oggetto che è magari abbastanza attento ai bisogni fisiologici della bimba, ma forse un po’ poco a quelli emotivi e relazionali e che la bimba pensa quindi, di dover tenere sotto stretto controllo, cercando sempre di identificare la sua presenza e la sua posizione.

Come in una sequenza nella quale Sabrina cerca con pervicacia di infilarsi le scarpe alla rovescia, quello che mi fanno esperire sia lei che Paola (la ragazzina) sembra essere una situazione rovesciata in cui io sono messo nella posizione del bambino che non deve vedere e non deve parlare e che può solamente ascoltare un qualche rumore che indica la presenza dell’altra persona, che tace.

Peraltro, la cosa curiosa è che in tutti e tre i casi (Sabrina poco dopo l’inizio della scuola), le bimbe non avevano alcun problema a scrivermi: come ad indicare che è proprio il linguaggio verbale ad essere “elettivamente” attaccato.

Quando ripenso a queste mamme, ho in mente in tutti i casi delle persone vagamente depresse, poco loquaci e con scarse capacità di decodificare le emozioni proprie e delle bambine; quindi, credo, un oggetto che favorisce piuttosto l’equazione simbolica, anziché la simbolizzazione.

D. Meltzer afferma che: “lo spazio fisico della cavità orale è utilizzato come teatro della fantasia e del gioco, come punto intermedio tra gioco esterno e pensiero interno (pensiero-sogno o fantasia). In questo teatro della fantasia, i suoni possono essere manipolati come oggetti concreti...”.

E in effetti, soprattutto nella bimba piccola, Sabrina, era ben evidente come le parole fossero percepite come oggetti concreti e sue produzioni, che poteva perdere dentro alla stanza, se solo avesse parlato. Ricordo una sequenza in cui gioca con un libro di favole, di quelli di cartoncino anche nelle pagine. Ad un certo punto la bimba è a terra ed ha il libro sopra alla sedia, con i due lembi di cartoncino aperti e rivolti verso di lei: li apre e li chiude, lentamente, in un movimento che fa pensare ad una bocca. Ad un

tratto il sole che filtra attraverso le finestre illumina il pulviscolo della polvere, che durante i movimenti di questa bocca-libro, viene come sospinto fuori dal libro. E allora la bimba si allerta e con la mano, cerca subito di ributtarceli dentro: come se rappresentassero pezzi di parole (e per contro, del sé) che non devono disperdersi fuori dalla bocca e devono invece essere preservati. Questa pare essere una cosa comune in questi bambini, che io associo, soprattutto alla sensazione di avere pezzi-di-parole dentro alla bocca, un po' come pezzi di cibo ed alla paura di "perdere questi pezzi" con l'eloquio.

Altro esempio è la sua curiosità per i pezzettini di fango che rimanevano attaccati alle suole delle sue scarpe, che guardava con un certo stupore ed interesse, stando ben attenta a non staccarli. In quel periodo pensavo che la scarpa potesse rappresentare una bocca: un contenitore cavo, con la "linguetta" ed i "dentini" delle suole; anche in questo caso sembrano esserci "pezzetti" che possono staccarsi dai dentini ed andare perduti. E questa sensazione di perdere pezzi con l'eloquio, legata all'equazione simbolica cibo-parole, credo rappresenti la principale angoscia dei bambini affetti da mutismo e penso la si ritrovi costantemente, almeno nella prima fase del disturbo.

Resta semmai da stabilire, come si dirà più avanti, di che natura sono realmente questi "pezzi" (o oggetti). Lo vedremo in Anna, che secondo me rappresenta l'evoluzione del mutismo dalla fase simbiotica, governata (soprattutto) dall'identificazione adesiva e connotata dall'utilizzo dell'equazione simbolica (come in Sabrina), a quella di una prima separazione dall'oggetto col conseguente utilizzo dell'identificazione proiettiva, fino al livello dell'area transizionale, che a mio giudizio rappresenta una seconda fase nell'evoluzione, talvolta anche spontanea, del mutismo.

Da quanto detto si potrà comprendere che la mia idea (ma non penso sia niente di nuovo), è che il mutismo sia quantomeno imparentato con i Disturbi dello Spettro dell'Autismo, dei quali sembra rappresentare una sorta di variante monosintomatica, che coinvolge lo strumento della relazione (il linguaggio) ed al contempo la relazione stessa.

Ma torniamo ora all'ipotesi della voce della mamma come oggetto estetico, cercando di dargli un significato dal punto di vista metapsicologico.

D. Meltzer, nel saggio sopracitato, ad un certo momento arriva a parlare dell'oggetto estetico ed afferma che "il conflitto estetico in presenza dell'oggetto è primario rispetto a quei conflitti di separazione, di deprivazione e di frustrazione... La bellezza del mondo e la sua condensazione nella figura della madre, del seno, del viso, avvolge il neonato, ma porta anche al suo seguito la più acuta sofferenza di incertezza nel campo tridimensionale... Questo punto di vista che distingue tra attenzione attiva e passiva, tra penetrazione dell'oggetto (e quindi Identificazione proiettiva) ed avviluppamento da parte dell'oggetto (quindi Identificazione adesiva), stabilisce anche una netta linea di separazione fra curiosità intrusiva e sete di conoscenza...Quindi, poco più avanti, continua "L'interno nascosto dell'oggetto, come l'oggetto assente, è un potente stimolo del pensiero, e forse il più potente dei due, essendo più appassionato che ansioso. Mentre le ansie generate dall'assenza dell'oggetto tendono a suscitare violenza per servire il desiderio di dominio e di controllo dell'oggetto, la passione collegata all'interno nascosto dell'oggetto estetico favorisce la relazione d'amore ed invita all'esplorazione".

Nel rapporto con l'oggetto estetico, per questi bambini adesivamente (nel senso autistico) identificati con l'oggetto, ci sarebbe un primo momento bi-dimensionale e fusionale (ecolalico, in ragione dei neuroni a specchio), in cui è prevalente l'esplorazione dell'oggetto e la curiosità per l'interno nascosto dell'oggetto. (che io interpreto concretamente come "la curiosità per la voce della madre dentro alla bocca"). E poi una seconda fase (tridimensionale), dove inizia la separazione dall'oggetto e nella quale prevarrebbe il controllo sull'oggetto e la curiosità intrusiva. Il punto di passaggio fra le due fasi, a mio modo di vedere, sarebbe rappresentato dall'avvento della capacità di spostarsi nello spazio; dove per capacità di spostamento non ho tanto in mente il cammino, quanto e piuttosto il gattonamento. Ricordo che entrambe le bimbe mi portarono in seduta la bambola di Ariel, la Sirenetta della Disney, che mi sembra paradigmatica del mutismo (Vedi anche Eleonora Fe D'Ostiani). E come nella favola della Sirenetta, penso sia a questo livello che la bimba, che ha acquisito le gambe, perderebbe la voce. Cioè, ci sarebbe un momento nel quale la bambina, che ha già iniziato il cinguettio e poi i primi vocalizzi, che sottendono il suo pensiero per immagini, smetterebbe di localizzare la mamma solo in ragione della voce che le proviene da questa, perché ora oltre ad avere un visone migliore, ha la possibilità di muoversi nello spazio e quindi, di seguirla: e così, gradualmente, il prioritario controllo acustico lascerebbe il posto a quello visivo.

E questo è esattamente il periodo nel quale, dal racconto delle mamme, entrambe le bambine seguivano la mamma, gattonando, anche al gabinetto.

Stiamo parlando del processo che D. Meltzer descrive come il passaggio dalla vocalizzazione alla verbalizzazione, che io penso possa essere attivato dall'inizio del movimento e che, come sottolinea anche M. Mahler, prelude al linguaggio. Solo che a questo livello e per le ragioni sopradette, nel mutismo vedo una frattura fra vocalizzazione e verbalizzazione, con persistenza della prima modalità di comunicazione attraverso l'identificazione, che persiste adesiva per lungo tempo (mentre in seguito diventerà proiettiva, quando raggiunge le tridimensionalità), favorendo nella bambina con mutismo, la fantasia di restare avviluppata simbioticamente all'oggetto.

G. Hautmann nel suo celebre articolo sul "Pensiero pellicolare e formazione del sé", dice che "L'analista, (ma credo valga anche per il bambino)...mettendosi all'unisono con O, fa l'esperienza di diventare O...dalla fusionalità con O, atta a conoscerlo, sperimentandolo come sé stesso, recupera quel tanto di distinzione che si attiva nell'elaborazione in pensiero (K)...inerente alla capacità negativa in presenza di un oggetto ignoto, ...cioè di una presenza la cui assenza è limitata alla intellegibilità cognitiva ed emotiva di esso, e l'attivazione di una capacità di mettersi all'unisono con tale oggetto ignoto (ma presente) ed essendo così l'oggetto, scoprirne nel proprio sé gli attributi...L'atto di fede - proprio della trasformazione in O - per il quale il soggetto diventa l'oggetto nel suo aspetto ignoto".

Il che significa, dal mio punto di vista, che nella fase dell'avviluppamento fusionale la bambina si identifica (diventa) l'oggetto estetico nel suo aspetto ignoto". Ed io penso: una bocca con dentro "il canto", che anche lei bambina possiede e che è in grado di fare a sua volta quei suoni meravigliosi. Ma nel progredire del conflitto estetico, ovverosia nella fase di separazione dall'oggetto estetico, la bambina (sempre dicendola con le parole di G. Hautmann ma nell'accezione al

negativo) “(NON) recupererebbe quel tanto di distinzione - del sé - che si attiverrebbe nell’elaborazione del pensiero-sogno (K)”.

E non recupera quel tanto di distinzione, perché resta con-fusa con la mamma; mentre la sensazione di separatezza determinerebbe un’angoscia che è simile a quella descritta da F. Tustin nel bambino autistico, quando parla de “il buco nero con la puntura dentro”. In sostanza è come se l’oggetto venisse strappato via dal sé e questo lascia alla bimba la sensazione di un danno.

Ne consegue che anche i propri vocalizzi, che prima passavano nella fantasia, dalla sua bocca a quella della mamma, ora rischiano come di disperdersi nel vuoto dell’assenza dell’oggetto.

In sostanza, penso che il problema della bambina affetta da mutismo risieda appunto nella frattura fra vocalizzazione e verbalizzazione, probabilmente all’inizio della fase di verbalizzazione, quando la bimba si rende conto che l’identificazione (che io credo prioritariamente adesiva) che la congiunge alla madre viene meno e le difficoltà emotive a questa connessa, impediscono un passaggio fluido alla fase successiva, restando così la verbalizzazione intrappola all’interno della situazione prima duale e poi familiare.

Detto in altri termini, nello sviluppo cosiddetto normale, la vocalizzazione altro non rappresenterebbe se non la musicalità del verso, la colonna sonora del “canto” di mamma, che la bimba cerca di dare ora al proprio pensiero per immagini, poiché ha ormai appreso che la prosodia del verso e l’intonazione semantica (ovverosia la musicalità), ha la capacità di conferire un significato “realistico” al pensiero. Dove per “realistico” intendo dire che la mamma ha capito ciò a cui sta pensando la bimba (Es. ha fame e pensa al cibo). Ed è questo che renderebbe “realistico” il pensiero, perché la mamma che dice “facciamo la pappa”, dà un nome alla sensazione-pensiero della bambina. Introducendo quindi il passaggio fra il “teatro della bocca” ed il “pensiero-sogno” e poi di seguito, fra la realtà interna e quella esterna, che apre la scena alla verbalizzazione. Cioè, è come se a quel punto la bimba fosse messa nella condizione, almeno nello sviluppo normale, di poter avere un’immagine onirica (penso nell’addormentamento) ed estetica (mamma-latte), accompagnata dalla cantilena della voce di mamma.

Vorrei ora proseguire tenendo a mente le affermazioni “insature” che D. Meltzer , per le quali non sembra dare una spiegazione, proprio a poche righe dalla fine dell’articolo sulla “Percezione dei propri attributi e sviluppo del linguaggio”. Qui, infatti, e forse per la prima volta nei suoi scritti, parla dell’oggetto transizionale di D.W. Winnicott. È a questo livello che io vedo il passaggio tra la fase fusionale (dove sotto il dominio dell’identificazione adesiva c’è confusione fra soggetto ed oggetto e da ciò ne consegue l’equazione simbolica) e l’inizio dell’area transizionale, dove il soggetto comincia ad identificarsi all’oggetto separato dal sé ed ha inizio una primitiva funzione simbolica. Per meglio chiarire l’aspetto concreto dell’equazione simbolica, si ricorda il famoso caso illustrato da H. Segal del violinista che non riesce più a suonare in pubblico, perché per lui l’archetto che fa avanti e indietro sulle corde del violino rappresenta la masturbazione e quindi afferma: “Non vorrà mica che mi masturbi in pubblico?”.

Tornando quindi al punto ed a corollario di quanto già esposto, penso che le due bimbe e non solo per una questione di età, rappresentino due differenti stadi del mutismo, con la piccolina (Sabrina) che mostra ancora la fase iniziale, più legata all’equazione simbolica (le parole-cibo, connesse

alla vocalizzazione) dominata dall'identificazione adesiva e che quindi avverte le parole in maniera concreta e frammentata: come nella sequenza del "pulviscolo".

Anna, come ho detto, ritengo fosse da subito meno grave di quanto non fosse la piccola Sabrina, almeno all'inizio della terapia, tant'è che lei si relazionava meglio con me e parlava con alcuni compagni di classe (ma non con le maestre). Mentre Sabrina mi dava le spalle ed alla Scuola Materna parlava solo con una bimba con cui era cresciuta e che parlava in sua vece, pure per andare al bagno, mentre solo nel secondo anno di terapia iniziò a relazionarsi con i compagni.

Questa è una cosa frequente e sembra indicare che non è solo la comunicazione verbale, ma anche la relazione con l'adulto ad essere "selettivamente" controllata.

Nella bimba piccola, Sabrina, come ho già detto, vedo il formarsi dello spazio tridimensionale, la bocca e l'identificazione con il primitivo oggetto estetico: la bocca con dentro la lingua-voce.

Mentre la più grande (Anna), si trova in uno stadio successivo (transizionale, connesso all'inizio della verbalizzazione), in cui l'identificazione proiettiva diventa prioritaria e dove la bimba ha già interiorizzato le prime proto-parole ed oggetti interi.

Detto in altri termini, in Anna vedo l'evoluzione dello spazio tridimensionale, che nel gioco diventa una bocca contenente i personaggi della famiglia: lei, la mamma, il papà, la sorella.

I personaggi sono quasi sempre all'interno di contenitori, od in essi trovano rifugio: una pentolina giocattolo rovesciata, una pentolina col coperchio che si apre da un lato per farceli entrare e da cui sbirciano all'esterno (che è come il gioco di Sabrina sotto alla scrivania), al limite una tazzina o un bicchierino giocattolo, meglio se con un piattino sopra. Ad oggi mi sembra che in tutti i casi, possano rappresentare l'immagine di una bocca contenente gli oggetti familiari. E quindi quando D. Meltzer parla di "teatro della bocca" e ci si domanda quali siano gli attori, la risposta che riesco a darmi è che sono appunto i personaggi più familiari, rappresentati dapprima dalle loro voci.

La differenza è che nella dimensione concreta dell'equazione simbolica, la voce è strettamente confusa con i personaggi, con i quali la bambina ha il legame: e allora dire "pappa" significa far comparire la mamma. Mentre di seguito, a livello dell'oggetto transizionale, la voce giunge a "rappresentare" i personaggi con i quali la bambina ha un legame affettivo ed ha il potere di tenerli legati a sé e di controllarli.

Un giorno, infatti, Anna sembra indicarmi le motivazioni del suo mutismo e la sua idea del linguaggio in generale, in relazione ai personaggi del teatro interno.

Porta un goniometro formato da due parti rettilinee in plastica ed unite ad una estremità, mentre all'altra estremità, stondata, i due lembi di plastica flessibile possono allontanarsi fra loro, in un'immagine che ricorda molto una bocca. Ad un foro presente in questa estremità, la bimba fissa un filo (io credo rappresenti "il filo delle parole") a cui lega dall'altro estremo due personaggi: la mamma ed il babbo della famiglia-giocattolo, che cascando dalla "bocca" evitano così di perdersi nel precipizio, rappresentato dal pavimento

Come se la stringa delle parole servisse a tenere legati a sé, e quindi ad evitare la perdita catastrofica dei suoi oggetti d'amore, mantenendo un contatto che si manifesta solamente fra le mura di casa. Come per preservare quell'intimità che andrebbe perduta come "parole al vento"

in presenza di altre persone e soprattutto, di un ambiente esterno ed estraneo.

In un altro gioco sempre Anna, in parte disegnò ed in parte costruì con il filo, (anche a proposito della simbolizzazione mista al concreto, lei spesso faceva un misto di disegno e di figure ritagliate, che è tipico dell'Area Transizionale), un compressore a cui attingevano ossigeno il bimbo e la bimba (io e lei). Si tratta di un'apparecchiatura galleggiante, che consente ai subacquei di respirare aria ambiente, prelevata all'esterno e pompata attraverso un tubo di gomma che raggiunge la maschera e quindi viene inalata nella bocca.

Penso che rappresenti, ancora una volta, il legame che si instaura fra chi emana aria (le parole) e chi la riceve, alimentando la fantasia di rimanere in contatto anche quando l'oggetto è assente: la relazione fra me e lei anche quando scompaio dalla sua vista, proprio come avviene quando uno è sott'acqua. Come se la percezione di un oggetto separato dal sé, lasciasse nella mente qualcosa simile ad un film muto, un pensiero fatto di immagini ma privo di colonna sonora. Mentre la consapevolezza dell'assenza dell'oggetto (successiva; come nella sequenza del "compressore") lascerebbe dentro alla mente come un dialogo muto, simile ad uno scritto: il filo di un pensiero che mi tiene legato a lei.

Quindi, il nascondersi delle bimbe od il loro mostrarsi solo un po' (la bimba piccola fra scrivania e muro, la ragazzina dietro al coperchio, ecc.) sembra rappresentare una voce che canta e che si intravede attraverso la bocca (come la lingua) dove si nasconde: quindi, l'interno nascosto dell'oggetto estetico, con cui poi il soggetto si identifica. Mentre il gioco dentro alla bocca di cui parla Meltzer, sarebbe forse il far "rivivere" l'oggetto assente con cui mantiene il legame, tramite il filo di parole (o il loro precursore) che sottende il pensiero. In una dimensione onnipotente (equiparabile al gioco del rocchetto), oppure simil-melanconica (ad un livello ancora più avanzato) in cui il soggetto resta legato all'oggetto, pensandolo ossessivamente.

Ovverosia all'origine (nei primissimi mesi di vita) ri-proponendo dentro alla mente quella stringa di immagini e di musica che tiene vivo il filo del discorso (e del legame) con l'oggetto (estetico). E che solo in seguito, ad un livello più avanzato (ma ancora difettoso) di elaborazione della posizione depressiva, diventa il filo di un pensiero reiteratamente ripetuto, che lega il soggetto all'oggetto assente.

Quindi l'oggetto transizionale di Winnicott sarebbe rappresentato dalle parole e dal gioco con le parole: dalla "colonna sonora" (i vocalizzi) con cui il bambino "duplica" il suo fare e il suo pensare ed in cui pensare, parlare (o il suo precursore) e fare, sostanzialmente si equivalgono (come nel pensiero magico dell'ossessivo, o nel famoso gioco del nipote di Freud).

Ma si tratterebbe comunque di un'equazione simbolica che giunge a livello di oggetto transizionale, senza tuttavia avere le premesse e la forza per poter diventare simbolo (verbale).

Ed io credo si tratti di una manipolazione che è decisamente più simile al "Fort e Da" del gioco del rocchetto, ovvero ad un'area transizionale in cui il filo (di parole, più che quello reale) che tiene legato il rocchetto, consente di controllare e manipolare a piacimento l'oggetto da parte del soggetto (farlo scomparire e poi riapparire).

Questo livello più evoluto sarebbe quello dell'area transizionale che mette in scena Anna nella sequenza del goniometro-bocca cui sono legati i personaggi, oppure in quella del compressore, in cui sembra rimanere

legata a me in un dialogo muto dentro alla mente, anche quando scompaio dalla sua vista.

Ma Anna fa ancora fatica a lasciar andare il filo che la lega all'oggetto, anche se ormai sembra capire che è solo in questo modo che prenderà le mosse quell'anello di ritorno che sostituisce all'eco prima ed al possesso dopo, la comunicazione verbale verso un oggetto con cui "valga la pena parlare": ciò che la piccola Sabrina non riesce a comprendere, finché resta angosciosamente ancorata all'idea che: "Verba volant sed scripta manent".

## **BIBLIOGRAFIA**

- Tustin, F. (1981). Stati autistici nei bambini. Roma: Armando Editore, 1992.
- Winnicott D.W. (1958). Dalla pediatria alla psicoanalisi. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D.W. (1965). Sviluppo affettivo e ambiente. Roma: Armando Freud S. (1899). L'interpretazione dei sogni, Boringhieri 1983, Torino.
- S. Freud: Introduzione alla psicoanalisi (1933), Astrolabio 1948, Roma.
- Hautmann G. (2005). Pensare per Immagini. Pensiero pellicolare e formazione del sé- Borla 2005, Roma.
- Joseph, B. (1989). Equilibrio e cambiamento psichico (1989) , Raffaello Cortina 1995, Milano.
- Klein, M. (1961). Analisi di un bambino, Boringhieri 1971, Torino.
- Klein M. (1948). Scritti dal 1921 al 1958 (1948) Boringhieri 1983, Torino.
- Magagna J. (2015). Il bambino silenzioso (2015), Borla 2015, Roma.
- Mahler M. (1972). Le psicosi infantili (1972), Boringhieri 1985, Torino.
- Meltzer D. (1986). Studi di Metapsicologia Allargata (1986) - Percezione dei propri attributi e sua relazione con lo sviluppo del linguaggio, Milano: Raffaello Cortina, 1987.
- Meltzer, D. (1977). Esplorazioni sull'Autismo (1977) - Mutismo nell'autismo infantile, nella schizofrenia e negli stati maniaco-depressivi: la correlazione fra psicopatologia clinica e linguaggio. Torino: Boringhieri, 1989.
- Meltzer D. (1984). La Vita Onirica. L'interazione tra linguaggio visivo e verbale nei sogni. Roma: Borla, 1989.
- Meltzer, D. (1987). Amore e Timore della Bellezza. Il conflitto estetico: il suo posto nel processo di sviluppo. Roma: Borla, 1989.
- Segal, H. (1964). Introduzione all'opera di Melanie Klein. Firenze: Martinelli, 1973.
- Tustin, F. (1972). Autismo e psicosi infantile. Roma: Armando Editore, 1997.
- Tustin, F. (1986). Barriere autistiche nei pazienti nevrotici. Roma: Borla, 1986. Editore, 2000.

## RECENSIONI

SAGGISTICA, NARRATIVA, FILM E VIDEO  
*Di oggi e di ieri*



### SAGGISTICA

---



**Gianni Cambiaso, Roberto Mazza**  
**LE IPOTESI IN PSICOTERAPIA  
E NELLA VITA**  
Armando Editore, 2020  
160 pagg.

*Manuel Bonomo<sup>1</sup>*

L'ipotesi. Prima di tutto definirla - per evitare di svilirla e ridurla a mera chiacchiera - e poi esaltarne le virtù come prezioso strumento di indagine e di conoscenza, nel lavoro dello specialista e (soprattutto?) nel vivere quotidiano di ciascuno: questo il senso del volume *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita* (Armando Editore, 2020), degli psicoterapeuti Gianni Cambiaso e Roberto Mazza.

Il titolo - che pulito e didascalico com'è, suona più come un sottotitolo ancora in cerca di un sopra più sintetico e accattivante - rivela istantaneamente il taglio (parzialmente) divulgativo del libro, su cui torneremo presto: ora urgono delle dovute precisazioni. Perché l'ipotesi, pilastro del metodo sperimentale e quindi della scienza tutta, non è

---

<sup>1</sup> Giornalista e scrittore

certamente invenzione degli autori, che sono difatti ben lungi dall'arrogarsene il diritto di scopritori (per altro dell'acqua calda). L'andar per ipotesi viene dunque prontamente circoscritto e sostanziato nella prefazione di Gabriella Gilli, docente di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano, sia in termini di inquadramento scientifico («L'orizzonte teorico di riferimento è quello dell'approccio sistemico [...] ampliato con l'inclusione di concetti e teorie afferenti a scuole diverse, per esempio di area psicoanalitica, e all'ambito della ricerca psicologica»), sia in termini più letterari - è «un libro che ci immette in una sorta di officina del pensiero, un cantiere riflessivo, un percorso formativo *in vivo*» - per concludere con un elogio della curiosità alla base del formulare ipotesi, che si contrappone alla rigida e arrogante «pretesa di sentenziare verità».

Le finestre sono ufficialmente aperte: già si sente l'aria fresca tra le pagine. La palla passa agli autori, che nella breve introduzione rincarano la dose sulla validità e il potere dell'ipotesi: «Un'attitudine della mente, un ingrediente necessario per pensare e per dare un senso alla vita, un algoritmo naturale e spontaneo». Che non è una scelta di stile, è un fatto compiuto: «Non possiamo non formulare ipotesi. Non possiamo sottrarci dal fantasticare sul mondo». E viene fuori l'ipotesi nella vita e per la vita, non solo limitata alla psicoterapia (che, anzi, fa piuttosto tesoro di un procedere per ipotesi che già è sale della conoscenza).

Primo capitolo, prima conversazione al telefono: una donna chiama per chiedere un appuntamento... per il marito. Prime ipotesi: «Questa donna sta trattando il marito come un figlio? A lui starà bene una relazione decisamente asimmetrica? Oppure lui non sa nulla e lei sta cercando di metterlo di fronte al fatto compiuto o piuttosto questa signora stava facendo una richiesta per sé stessa, non ancora chiaramente maturata nella sua mente?».

Seguono altri esempi di conversazioni al telefono, seguono le ipotesi. «Al telefono, solitamente, pur in pochi minuti, cogliamo moltissime informazioni, sul caso, sulla domanda, sulla storia, sugli eventi che possono aver determinato la domanda, ma rileviamo anche gli aspetti paralinguistici della comunicazione, pause, imbarazzi, sconcerto, incertezze, insicurezze, timidezze, o al contrario punteggiature decise, ipotesi dichiarate (eziologiche, o procedurali) su come (chi chiama) riconosca cause specifiche al sintomo o ne indichi le possibili soluzioni cliniche».

Insomma, alla prima telefonata già si parte a fare ipotesi (e psicoterapia?). Così che il primo colloquio in presenza sta di fatto al secondo di posto, preceduto da una prima serie di ipotesi: plausibili certamente, ma anche aperte, libere. Ariose. Agli inizi, ci si può permettere di volare.

È il turno di Viola, una donna di quarant'anni, «semplice ma curata che, in seduta, esordisce dicendo di aver bisogno di ritrovare se stessa». Il suo caso viene portato da uno studente in una supervisione di gruppo. E anche le ipotesi diventano di gruppo. Anzi, il gruppo si configura come «laboratorio di ipotesi» in cui «non scopriamo (o ricostruiamo) la "verità", ma ci avviciniamo a rappresentazioni costruendole». Un lavoro «fatto di confronti dialettici, critiche e revisioni [che] consente di trasformare ipotesi rudimentali in pensieri sempre più pertinenti e perfezionate».

L'impianto del libro è già tutto nel primo capitolo: un caso preso dalla realtà (opportunosamente «mascherato» a tutela del paziente), dalla letteratura o dal cinema, il procedere per ipotesi, i riferimenti teorici

presenti seppur ai minimi termini, il confronto nel piccolo o grande gruppo, la scuola, gli studenti. È infatti per questi ultimi che il libro pare essere pensato (Cambiaso e Mazza sono docenti della Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli di Milano), seppure la lettura risulti gradita sia ai profani sia agli specialisti: i primi glisseranno con nonchalance su riferimenti ad autori e correnti a loro estranei (sempre che non abbiano un qualche esame di Psicologia generale al loro attivo), i secondi li troveranno magari ridondanti e non strettamente necessari.

La forza del libro non sta difatti nell'impianto teorico di riferimento - necessario ad ancorare gli studenti a una disciplina rigorosa - ma nella capacità degli autori di valorizzare il procedere per ipotesi nelle situazioni più diverse. La donna che chiama per fissare un appuntamento al marito (come andrà a finire?) e Viola in cerca di sé stessa sono i primi due casi di una serie - spesso esilarante e a tratti geniale - di altri esempi su cui riflettere: lo storico dell'arte Federico Zeri che assaggia il valore di una statua con la lingua, il libro introvabile ma proprio sotto il naso di Allan Poe, l'ovvietà delle cose ingenuamente ignorata dai più ma non da Sherlock Holmes, quell'«ancora una domanda, mi scusi...» del Tenente Colombo, il giovane Adso alle prese con le ipotesi (sempre azzeccate) del proprio maestro nel best-seller di Umberto Eco, l'ultima battuta di pesca al pesce spada nella *Tempesta perfetta*, Dante e Virgilio agli inizi della *Commedia*, il terrapiattismo, i prestiti ad alto rischio finanziario.

Non tragga in inganno un elenco così eterogeneo e inusuale: gli autori non vengono mai meno al rigore scientifico che necessariamente contraddistingue il lavoro dello psicoterapeuta, neppure al supermercato, dove il fare ipotesi sulle vite di chi spinge il carrello fra le corsie viene concepito e prontamente presentato come un gioco, un esercizio, un *divertissement* privo di qualsiasi pretesa di fondatezza, se non quella di divertirsi... o di fare pratica. I titoli dei capitoli non lasciano inoltre scampo: gli esempi possono essere (apparentemente) leggeri o insoliti, ma dalla psicoterapia come scienza non si scappa, e si va infatti da un secondo e terzo capitolo intitolati "Non possiamo non fare ipotesi" e "Intuizioni promettenti", ai titoli più densi del quinto o sesto capitolo: "Le ipotesi sull'alleanza terapeutica" e "Tra intrapsichico, interpersonale e trigerazionale".

Il terzo capitolo - poetico e illuminante - merita subito una menzione da tanto è capace di aprire gli orizzonti. Siamo nel segno di "Etimi, sogni e metafore" e ci troviamo alle prese con una madre dalle sembianze di tigre, apparentemente scomparsa, ma che pare ricomparire intrappolata in una diagnosi di emicrania altrui. Questa sì che è una bella ipotesi: e in forma di metafora per giunta. È plausibile e accattivante, ma tutta da falsificare. E se proprio resisterà agli attacchi dello psicoterapeuta e magari risulterà valida e fondata, chissà che le porte della gabbia non si aprano per lasciar libera la bestia. Comincerà allora a circolare la stessa aria fresca trovata tra le pagine del libro. Che consigliamo vivamente. Soprattutto a chi abbia il desiderio di aprire le finestre.



**Antonio Romanello**  
**CHANGE. INCONTRARE IL DOLORE E  
CONDIVIDERE IL CAMBIAMENTO**  
Alpes Italia, 2021  
176 pagg.

*Gianni Cambiaso e Roberto Mazza*

Questo bel volume di Antonio Romanello, psicoterapeuta sensibile e colto, didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma, presidente e Direttore della Scuola Change di Bari, supervisore e formatore molto noto nell'ambito della salute mentale e della scuola, raccoglie l'esperienza di una lunga vita professionale - svolta soprattutto tra Puglia e Basilicata - in cui coniuga da sempre il lavoro clinico con la conoscenza scientifica e l'impegno sociale.

In questo suo ultimo lavoro dedicato all'incontro con il dolore vengono connessi studi provenienti da ambiti diversi della più aggiornata ricerca scientifica, dalla neurobiologia alle neuroscienze, dall'Infant Research ai neuroni specchio, dalla psicologia dello sviluppo e le teorie sull'attaccamento all'esperienza diretta con le famiglie e con la sofferenza.

Il filo rosso che unisce i diversi capitoli è la continua ricerca di isomorfismi tra la sintonizzazione affettiva primaria nella relazione madre-bambino (con la sua riconosciuta rilevanza sulla salute dell'individuo nel corso della sua crescita) e la sua inevitabile replica nella relazione terapeutica, dove la sintonizzazione tra terapeuta e paziente costituisce per l'autore la conditio sine qua non per avviare il processo di ascolto e di conoscenza (la costruzione e ricostruzione della storia relazionale e affettiva del paziente) e per l'intero processo di cura. Parafrasando Salvatore Natoli, il dolore permette a chi soffre di comunicarlo e a chi guarda di presentirlo, il sofferente, nonostante il muro che lo separa dagli altri cerca parole, e forse anche le trova, ma senza l'ascolto la sofferenza rimarrebbe esperienza muta.

Se la sintonizzazione emotiva tra il bambino e l'adulto rappresenta un fattore protettivo fondamentale per l'evoluzione umana, incidendo notevolmente sulla qualità dello sviluppo - come le ricerche degli ultimi quarant'anni hanno ben saputo dimostrare - altresì l'esperienza dell'incontro con il dolore in psicoterapia può essere sovrapponibile a quella di una comune esperienza umana, di conforto, di accudimento, di vicinanza protettiva, di costruzione di un rapporto fiduciario che dimostra oggi, non solo attraverso l'evidenza clinica, ma su base sperimentale e scientifica, che la relazione terapeutica possa costituire una base sicura tale da sostituirsi ad un legame distorto o traumatico e quindi in grado di riparare le storture che hanno condizionato la nostra crescita.

Il volume, corredato di eccellenti casi rappresentativi, spazia dal lavoro clinico individuale e familiare nei contesti psicosociali (cosiddetti

non terapeutici: i servizi socio-assistenziali, la scuola, la medicina generale, l'oncologia) ai percorsi di cura in psicoterapia, diviene potente strumento di apprendimento, didatticamente efficace, quando scandisce metodologicamente le prime fasi dell'accoglienza del dolore, il primo contatto, la domanda, i primi colloqui, la condivisione degli obiettivi terapeutici. Ne troviamo un esempio significativo condensato nell'intervento su Marta e Karin (la madre e la figlia) in cui modelli teorici divengono tutt'uno col processo terapeutico e con la sensibilità di chi accoglie.

Il diventare ed essere persona così come il diventare ed essere psicoterapeuta, nel capitolo conclusivo, richiama ancora una volta il "frattale" madre-terapeuta, crescita-cambiamento, base sicura-alleanza terapeutica. Anche il modello formativo non può che essere isomorfo a quello terapeutico: se in terapia il nostro compito è sintonizzarci con il paziente per rintracciare insieme a lui ciò che non ha funzionato nel suo processo di sviluppo e ciò che è riparabile attraverso la relazione terapeutica, connettendo le manifestazioni sintomatiche del presente con quelle interpersonali, familiari e intergenerazionali del passato, così nella formazione ogni futuro psicoterapeuta dovrà poter riconoscere e ricostruire i passaggi fondamentali del proprio processo di crescita, la sua esperienza affettiva nella famiglia d'origine e nelle relazioni sociali, i processi di resilienza ma anche i nuclei di debolezza residuali. Il processo di supervisione e l'esperienza prolungata nel gruppo di training dovranno essere in grado di restituire "vissuti emotivi trasformati", rielaborati e pacificati, rendendo consapevoli e costruttive (e quindi inoffensive) eventuali risposte proiettive, distanzianti o collusive, e comunque attinenti proprie dinamiche personali, più che appartenenti agli assetti relazionali dei pazienti.

In questo testo Romanello getta sostanzialmente un ponte tra intrapsichico e interpersonale, attaccamento e relazioni primarie, legami familiari attuali e processi intergenerazionali. La meta è raggiungere le vette di un pensiero complesso indispensabile per affrontare le sfide del presente e le sofferenze dell'attualità. Un gran lavoro che segnala l'ampiezza delle sue letture e la profondità e umanità del suo sguardo, ma in una traduzione letteraria leggera e di agile lettura che si offre agli specialisti, ma anche agli allievi, agli insegnanti e a quanti operano nel settore sociosanitario.



**Giuseppe Vinci**  
**ESSERE TERAPEUTI. FORZA E**  
**FRAGILITÀ DELLO PSICOTERAPEUTA**  
**E DELLA PSICOTERAPIA**  
Alpes Italia, 2021

*Gianni Cambiaso e Roberto Mazza*

Abbiamo conosciuto Giuseppe Vinci forse trent'anni fa, alla scuola della Selvini, in un bel gruppo di ricerca sul tema della tossicodipendenza da eroina coordinato da Stefano Cirillo dove discutevamo casi, presentavamo metodologie e tecniche terapeutiche, mostravamo nostre sedute in video, commentavamo e ipotizzavamo, osservavamo ridondanze relazionali. La distanza dalla Puglia ci hanno separato a lungo, ma abbiamo seguito le sue vicissitudini terapeutiche e la sua carriera professionale, sorprendendoci sempre per questa sua capacità di cogliere tracce essenziali nelle sue varie osservazioni cliniche. A partire dalle famiglie dei tossicodipendenti. Sua è stata la prima definizione di "accudimento mimato", che già allora ci riportava a un pensiero clinico vicino all'attaccamento, per indicare la possibilità che noi umani abbiamo di poter falsificare le emozioni, le autobiografie, le percezioni, e trasmetterle in qualche modo contraffatte. Ci siamo chiesti più volte come potesse coniugare il pensiero clinico con la politica (è stato eletto per due volte sindaco), la scrittura terapeutica, le letture impegnative e l'interesse antropologico (compreso l'arte dell'essiccazione dei fichi, che è anch'essa ecologia e cultura), e poi la didattica nella Scuola di Psicoterapia Change, di cui è divenuto direttore.

Sta uscendo in questi giorni (per Alpes Editore) un libro importante che racchiude l'esperienza di (una prima parte) della sua vita, ed è dedicato alla complicata bellezza del lavoro psicoterapeutico, è un testo ricco di letture, di ottime connessioni, di grande esperienza e umanità, e direi anche di forte senso etico. Nel volume si respira una complessità che stride con alcune derive tecnicistiche odierne, fatte di protocolli rigidi e di "etichette ignoranti", come lui definisce le diagnosi sommarie.

Si tratta di un libro che condensa un'attività professionale e clinica intensa nel quale Vinci sembra fondare una nuova idea di guarigione basata sulla vicinanza, l'ascolto e la comprensione, in una psicoterapia che non trascura mai ricerca (la terapia sistemica, la psicoanalisi, l'attaccamento, le neuroscienze) ma affonda le radici soprattutto nella relazione e nella necessità di un "amore professionale" (basato sulla competenza di sé del terapeuta) che facilita la costruzione di un nuovo ordine narrativo, non più e non solo interpretativo. Non esclude la "malattia" ma combatte contro la visione malata che il paziente si attribuisce. È interessato allo svelamento di ciò che il paziente "ripete" nella relazione terapeutica affinché le storie e le deprivazioni sofferte si "colorino" nella relazione d'aiuto e il racconto prenda altre sembianze

rendendo impraticabili le vecchie strade accidentate e logore, per nuovi e più virtuosi percorsi di crescita e consapevolezza.

Il terapeuta come mediatore tra la dimensione autobiografica del paziente-vittima e la prospettiva evolutiva e costruttiva dell'esperienza vissuta (non più a causa di, ma grazie a quella esperienza).

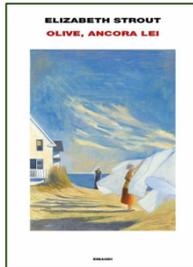
Vinci è uno scrittore evoluzionista e sistemico, convinto che vi sia sempre un cambiamento possibile. Viviamo in un sistema di relazioni che ci forgiavano a partire dall'infanzia e di cui dobbiamo prendere coscienza ma dalle quali possiamo evolvere con la costruzione di nuove e più significative esperienze trasformative, attraverso la relazione con l'altro, il terapeuta in primis, con il quale co-costruisce una relazione prototipica di altre possibili.

La psicoterapia diventa una questione "nobile", come dovrebbe esserlo la politica.

Abbiamo avuto il privilegio di leggere il testo in anteprima e lo consigliamo vivamente a quanti (allievi e colleghi) vogliano provare a sperimentare una lettura che ci confronti con l'essenza di una professione speciale, con le domande sull'origine e il senso della relazione e del cambiamento, con la necessità di includere la dedizione e l'affettività nel lavoro clinico e nella ricerca. Ma anche la nostra rilettura del suo pensiero complesso ci ha riportato ad emozioni come sempre sature di affettività

## NARRATIVA

---



**Elizabeth Strout**  
**OLIVE, ANCORA LEI**  
Einaudi, 2020  
272 pagg.

*Bianca Poggi<sup>1</sup>*

“Olive, ancora lei” è il seguito di un romanzo, “Olive Kitteridge”, dell’autrice americana Elizabeth Strout, che nel 2009 vinse il premio Pulitzer e di cui nel 2014 venne tratta anche una miniserie tv prodotta da HBO e trasmessa in Italia da Sky.

Ero già rimasta molto colpita dalla lettura del primo libro, ma devo dire che con il secondo, uscito nel 2019, ho ritrovato con piacere le caratteristiche che mi avevano fatto innamorare della protagonista, arricchita forse dalla maturità data dall’età.

Entrambi i libri sono composti da una serie di racconti, ambientati negli Stati Uniti, in un paesino inventato, Crosby, nel Maine. Il filo conduttore dei racconti è appunto Olive Kitteridge: un’insegnante di matematica in pensione dal carattere duro, spesso burbero, difficile da approcciare, ma con uno sguardo onesto e incredibilmente lucido nel comprendere le vite che la circondano. In “Olive, ancora lei” ritroviamo la protagonista invecchiata e alle prese con un secondo matrimonio in tarda età, di cui l’autrice ci racconta le fatiche e le ambivalenze, ma anche le emozioni e gli affetti, con una sincerità disarmante. Ma l’aspetto che mi ha colpito maggiormente di questo personaggio, e in particolare di questo libro, non è solo la capacità di raccontare l’esperienza umana in modo così sincero da sentirla familiare, ma anche il modo in cui la protagonista, con questa stessa attitudine, si relaziona con chi la circonda.

La missione che Olive sembra avere, per lei totalmente inconsapevole, ma che le viene così naturale, è infatti quella di *raccogliere* le storie delle persone, anche solo con due rapide battute, restituendo all’interlocutore la dignità della sua esistenza. Questo compito, se così lo vogliamo chiamare, scevro da qualsiasi atteggiamento pietistico, è reso evidente nel racconto intitolato “Cuore”, in cui Olive, alle prese con l’infermiera

---

<sup>1</sup> Psicologa, Specializzanda presso la Scuola Mara Selvini Palazzoli di Milano

che dovrebbe occuparsi di lei, e che in realtà cerca in lei un conforto, le chiede in modo chiaro e diretto:

*“Com’è la tua vita, Betty?”*

*Betty la fissò. - La mia vita? - disse. E riprese a piangere. -Oh, come dire? - Agitò in aria il fazzolettino. - Uno schifo? - disse, sforzandosi di sorridere.*

*Olive disse: - Be’, raccontami. Vorrei sentire.*

*Betty piangeva ancora, ma sorrideva anche un po’ di più e disse: - Oh, una vita è una vita, Olive.*

*Olive ci pensò su. Disse: - Sì, ma questa è la tua. Fa la differenza.”*

Nel leggere questo scambio, come altri passaggi del libro, mi sono ritrovata a fare dei parallelismi con questo personaggio, irriverente e difficile, ma al contempo così umano, e il nostro lavoro di psicoterapeuti. Olive Kitteridge, infatti, si pone in ascolto, in qualche modo apre agli altri uno spazio di possibilità per raccontarsi, al quale reagisce con un’empatia schietta e istintiva. Questo atteggiamento è evidente, ad esempio, nel racconto intitolato “Luce”, in cui Olive parla con una donna, parecchio più giovane di lei, malata di tumore. L’aspetto secondo me interessante è che anche nell’approcciarsi a persone con un evidente carico di dolore, come questa donna, Olive non ha mai un atteggiamento di pietà, è sempre molto cruda e onesta ed è proprio questo che spiazzava i suoi interlocutori, che finiscono però per cogliere la profonda umanità del suo atteggiamento. Olive ascolta questa donna raccontare della fatica della malattia e soprattutto la fatica di sopportare il marito che la accudisce con fin troppa sollecitudine e che però quando lei crolla e piange disperata, si allontana da lei, spaventato da tanta tristezza. Olive ascolta e in modo molto naturale rispecchia le emozioni della donna:

*“Oh, Mrs Kitteridge. Cioè, Olive. Oh, Olive, sono così... così arrabbiata.*

*Olive annuì. Be’, sfido io, come dovresti essere?”*

*Vorrei essere serena, accettare tutto questo, e invece così così arrabbiata. (...) Non ho voglia di uscire, la gente mi guarda; hanno tutti paura.*

*Eh già, - disse Olive. E aggiunse: Be’, io no.”*

Il dialogo poi prosegue e Olive ascolta semplicemente questa donna, dando spazio al dolore della sua malattia e dando dignità ai suoi sentimenti, senza cercare a tutti i costi di consolarla, di darle consigli o di tirarle su il morale. Tuttavia, non c’è angoscia e rassegnazione nel fare questo, anzi sembra che il riconoscere l’immensa fatica di una condizione come quella di una persona, giovane per giunta, ammalata di tumore, si configuri come la precondizione necessaria ad accettare tale condizione e viverla con una consapevolezza quasi serena, riuscendo anche a stupirsi della bellezza, la “luce di febbraio” di cui parla alla fine del racconto:

*“Olive, intanto, si era voltata verso la finestra. - Ma tu guarda che roba, - disse.*

*Cindy si girò a guardare. C'era una luce magnifica, di un giallo glorioso nell'aria celeste chiaro; brillava attraverso i rami nudi degli alberi, a gola spiegata, come succede verso il calare del giorno.*

*Ma ecco cosa successe dopo...*

*Ecco la cosa che, per il resto della vita, Cindy non avrebbe mai dimenticato: Olive Kitteridge disse: - Dio, eppure mi è sempre piaciuta la luce, a febbraio -. Scosse piano la testa, e ripeté con lo stupore nella voce: - Mio Dio, ma guarda cos'è la luce, a febbraio".*

L'attitudine, per lei del tutto naturale, della protagonista creata da Elizabeth Strout, non ha potuto quindi non farmi pensare all'atteggiamento del terapeuta e alle caratteristiche della relazione terapeutica. Quello che di fatto Olive Kitteridge mette in campo è un ascolto aperto ed empatico, in cui, come direbbe Irvin Yalom, si siede a "guardare dal finestrino del paziente" e per qualche momento lei e il suo interlocutore sono dei "compagni di viaggio" che rimettono insieme i pezzi di una storia. A tratti Olive dice anche qualcosa di sé, come a confermare la comunanza dell'esperienza umana, mette in pratica "l'autosvelamento". Proprio come dovrebbe fare il terapeuta, Olive non si pone come "l'esperto", non dà consigli, al contrario: si mette sullo stesso piano dell'interlocutore, potremmo dire che utilizza il sistema motivazionale cooperativo e questo innesca subito un'alleanza e un'apertura dell'altro che si sente accolto, compreso, vicino.

Alla pariteticità del rapporto, Olive aggiunge anche un profondo rispetto per le storie di vita delle persone, per le sfaccettature diverse che gli eventi possono avere, le luci e le ombre di ognuno. Questo concetto, evidentemente caro all'autrice, è infatti presente in molti dei racconti e nell'affresco dei personaggi che si susseguono nel libro. Nel racconto "Esuli" questo tema è presente nelle riflessioni di Bob (un personaggio tra l'altro presente in un altro romanzo della stessa autrice), mentre ripercorre tra sé e sé la propria storia e quella dei suoi fratelli:

*"Bob era indolenzito, come se avesse camminato molto più di quanto il suo fisico potesse sostenere, sentiva male da tutte le parti, e pensò: Ho l'anima indolenzita.*

*E capì che non bisognava mai prenderla alla leggera, la profonda solitudine della gente, che le scelte fatte per arginare quella voragine di buio esigevano molto rispetto".*

È nelle battute conclusive del libro, infine, dopo aver vissuto tante vite e anche una vita sola, che Olive ci ricorda di riconoscere innanzitutto, socraticamente, di non sapere, ci rimette di fronte alla nostra profonda fallibilità, quando si siede alla macchina da scrivere, e con grande schiettezza scrive:

*"Non ho la minima idea di chi sono stata. Dico sul serio, non ci capisco niente"*



**Jennifer Egan**  
**IL TEMPO È UN BASTARDO**  
Mondadori, 2020  
350 pagg.

*Valeria Pinoni<sup>1</sup>*

Jennifer Egan ha decisamente il dono della sintesi. È il primo pensiero che ho avuto quando il suo libro è scivolato nel carrello, colpita da questo titolo tosto, incisivo...Chiaro. È capitato in uno di quei momenti in cui si sente il bisogno di leggere qualcosa di frizzante, che disturbi un po', ma non troppo. La lettura estiva da portare ovunque, in aereo, sugli scogli, in tenda. Tosto, incisivo, chiaro e dolcemente disturbante. Solo un altro titolo aveva mai avuto un impatto così diretto ed intrigante fino a quel momento, e fu "Misery is a butterfly" (la miseria è una farfalla) pezzo favoloso dei BlondeRedhead. Il tempo è un bastardo. Preso! (Con piena soddisfazione).

Nella recensione on line veniva descritto come un testo "scandito da una pulsante colonna sonora" e "un grande romanzo che parla di ricordi, affinità, autodistruzione redenzione". Poche righe per descrivere ingredienti interessanti. Aggiungo: NewYork, passato turbolento, fughe adolescenziali nei bassifondi di Napoli, musicisti punk bisognosi di psicoterapia, slide comunicazionali, cleptomania, élite hollywoodiana, matrimoni falliti, introspezione & autoanalisi, droga, dittatori con nomi da riabilitare, feste scatenate, perdite, Benny Salazar. Parole chiave, unico modo per descrivere una trama psichedelica, e non musicalmente parlando, quanto più perché così reale da chiedersi "Sono lucido o qualcuno ha messo qualcosa di forte nel mio drink?". Non può essere vero ma, in fondo, è esattamente così. Credo dunque di non essere in grado di trovare un altro modo per raccontarne la trama; inoltre è Jennifer Egan ad avere il dono. Leggendo poi si scopre che tale dono non si limita solo al titolo né tantomeno solo alla sintesi. In primis perché il titolo originale è "A visit from the Goon Squad" quindi è facile immaginare la mia delusione quando l'ho scoperto. Al traduttore Marco Colombo invio quindi i miei più sentiti complimenti per aver colto il nesso, estrapolando il colloquio a metà libro tra due personaggi scomodi, Bosco e Jules. Il primo, rockstar in declino, fisicamente a pezzi, desidera che in occasione del suo ultimo album venga documentata ogni sua umiliazione degli ultimi vent'anni, quelli in cui sicuramente "non è diventato più bello". E dichiara sfidante: "Il tempo è un bastardo!"

---

<sup>1</sup> Psicologa, psicoterapeuta.

Vuoi dirmi che non lo è?”. Secondariamente, perché i genitori dell'autrice avrebbero dovuto battezzarla con il nome di Jennifer “Chiarezza” Egan. Lei ci parla infatti di un tempo inesorabile nel suo trascorrere continuo, un tempo che corrompe i rapporti, ma anche in grado di renderli più saldi. Parla di un tempo necessario affinché qualcosa di tanto desiderato avvenga.

Un tempo fisiologico e anagrafico. Un tempo che disconnette e illude. Ma che continua dà speranza. Un tempo che è sicuramente molto chiaro nell'essere unico e irripetibile. La chiarezza è una qualità nobile, ma se non calibrata, corre il rischio di sfociare nel temuto “sincericidio” o “amara verità” qualora esploda diretta come un'inaspettata e risonante pallonata in faccia. L'autrice riesce a prendere la chiarezza, metterla in uno shaker, agitarla e servirla al lettore in un buon cocktail che sorseggia con gusto e costringe ad accettare che i pensieri rispetto alla lettura sono personali e non della voce narrante. Egan ha infatti scelto di raccontare il suo personale concetto di tempo e di regalarcelo quasi fosse un'idea nostra. Di scriverci un romanzo che sarebbe perfetto per una serie tv tanto permette che i personaggi diventino carne ed ossa, meritevoli di ammirazione, anche se tossici e disfunzionali. Personaggi caldi, amici d'infanzia che conoscono tutto di te e con te condividono gioie e dolori. Persino “il Generale” che con un bel cappellino e una scaltra PR potrebbe dimenticare e far dimenticare gli orrori commessi. Fortunatamente ci penserà Kitty Jackson a compiere un piccolo paradossale miracolo.

“Il tempo è un bastardo” è da leggere perché è un testo creativo nonostante le tematiche possano far pensare ad argomenti già ottimamente sviscerati da Don De Lillo, Jhon King, Irvine Welsh (etc..). Jennifer Egan è una donna dagli occhi felini e pelle di porcellana la cui immagine tutto fa pensare tranne che abbia accarezzato da vicino una vita dissoluta. Forse è per questa ragione che, anche nella narrazione, riesce a mimetizzare la sua identità ed a condurla spontaneamente, passando dal maschile al femminile, dall'adulto al bambino, dal depresso al maniacale quasi le calzasse alla perfezione ogni punto di vista. Poche settimane fa, Vinicio Capossela in concerto al Blue Note ha raccontato un aneddoto riguardante un suo vecchio collega brasiliano che non arrivava mai puntuale ai suoi concerti, tardava ore e ore ed il pubblico non si lamentava. Mai. Non si lamentava perché, esattamente come Gilberto, pensava che fosse la musica a dover venire da lui e non il contrario.

Le probabilità che anche Jennifer Egan fosse presente al concerto sono remote, ma sono convinta che se ci fosse stata avrebbe condiviso pienamente questa filosofia. Anzi me la immagino alzare la mano e dire la sua opinione al riguardo. È un romanzo che coinvolge e permette di fare bilanci. Come ho potuto pensare che non disturbasse? Dimenticavo: con questo libro ha vinto il premio Pulitzer nel 2011 e se lo merita tutto.



**Pip Williams**  
**IL QUADERNO DELLE PAROLE PERDUTE**  
Garzanti editori, 2021  
430 pagg

*Liliana Redaelli<sup>1</sup>*

*“Prima della parola perduta, ce ne fu un’altra. Arrivò allo Scriptorium in una busta di seconda mano, il vecchio indirizzo cancellato da un tratto di penna e sostituito con «Professor Murray, Sunnyside, Oxford». Pa’ aveva il compito di aprire la posta e io quello di sedergli in grembo, come una regina sul trono, e aiutarlo a estrarre delicatamente ogni parola dalla sua culla ripiegata. Mi diceva su quale mucchietto riporla e a volte faceva una pausa, posava la sua mano sulla mia e mi guidava il dito sopra, sotto e attorno alle lettere, scandendomele all’orecchio. Lui pronunciava una parola e io la ripetevo come un’eco, poi mi diceva qual era il suo significato”.*

È così che inizia il prologo del libro “Il quaderno delle parole perdute” di Pip Williams, romanzo storico ambientato tra il 1886 e il 1928, in cui l’autrice intreccia la storia immaginaria di Esme con quella reale dell’*Oxford English Dictionary*, che diviene a tutti gli effetti co-protagonista del racconto. Questo romanzo ci interroga sull’importanza delle parole e sul valore personale e sociale che esse possono assumere nei rapporti di potere legati sia alla questione di genere sia alla marginalità e alla disuguaglianza sociale.

La piccola Esme trascorre la sua infanzia nascosta sotto il grande tavolo di legno dello Scriptorium dove il padre e gli altri lessicografi sono intenti a selezionare, catalogare e definire le parole da inserire nell’*Oxford English Dictionary*. Numerosi volontari inviano allo Scriptorium le parole da inserire nel vocabolario, ma solo quelle corredate da precisi riferimenti letterari relativi al loro utilizzo possono essere catalogate. Il racconto inizia quando Esme ha cinque anni e allo Scriptorium arriva una busta contenente la parola Lily, giglio. Una parola banale e comune che per la piccola ha un valore affettivo inestimabile, in quanto coincide con il nome della propria defunta madre. La scheda, tuttavia, è incompleta. Non vi è alcun riferimento bibliografico. Il padre getta il foglio nel fuoco ed Esme si ustiona la mano tentando istintivamente di salvare dalle fiamme quella parola così simbolicamente intrisa del ricordo di colei che l’ha messa al mondo.

Questo episodio con cui si apre il romanzo ci permette di cogliere sin da subito che nel corso della storia le parole avranno un’importanza che non si limita al loro significato esclusivamente cognitivo, ma che toccheranno anche il mondo emotivo individuale e sociale. Ci invita a prestare attenzione al

---

<sup>1</sup> Psicologa e psicoterapeuta

linguaggio, a non darlo per scontato. Ci invita ad aver cura delle parole. Questo impegno verso la semantica è fondamentale per noi terapeuti che nel nostro lavoro incontriamo le parole dei pazienti, ci incuriosiamo ad esse, cogliamo la pregnanza di alcuni termini rispetto ad altri, individuiamo quali lemmi tratteggiano il mondo emotivo e relazionale del nostro interlocutore e, a nostra volta, scegliamo quali parole usare. Le nostre parole, infatti, hanno un valore attivo: possono bruciare o lenire, spaventare o incuriosire, creare distanza o avvicinare. Come ci chiede Antonio Alberto Semi “Avete mai pensato in termini razionali al linguaggio? A che cos’è, a cosa contiene, alle strutture che gli sono caratteristiche, al tipo di relazione che ci può essere tra un linguaggio ed una struttura mentale? Sono domande che mi sento autorizzato a porvi, immaginando che voi siate futuri psichiatri o degli psichiatri e psicologi, perché i vostri studi non mi consentono di pensare che queste cose dobbiate già conoscerle. Eppure gran parte del nostro lavoro viene *espresso* tramite il linguaggio”. Le nostre parole possono rispecchiare il vissuto del paziente, oppure possono traghettarlo progressivamente verso nuovi significati e nuove voci, in quell’esperienza riparativa e trasformativa che è la relazione terapeutica.

*“Certe parole sono più importanti di altre: questo ho imparato, crescendo nello Scriptorium. Ma mi ci è voluto parecchio tempo per capire perché.”*

I termini inseriti nel *Dictionary* sono solo quelli che hanno un riscontro letterario, mentre le parole usate solo nella lingua comune sono considerate troppo forti, volgari, inutili e non attendibili. Le parole degli emarginati e, soprattutto le parole delle donne, non vengono così considerate. La prima parola che accidentalmente scivola sotto il tavolo dello Scriptorium e che Esme raccoglie è *bondmaid*, giovane schiava, parola che nel corso del libro verrà ripresa interrogandoci sulla condizione della donna. Crescendo Esme inizia non solo a salvare le parole che vengono scartate, ma intraprende un suo personale lavoro di ricerca a catalogazione dei termini usati dalle persone comuni, dal popolo e, in particolare, dalle donne. La curiosità della ragazza si intreccia così con gli eventi storici dei primi del Novecento legati alle suffragette e alla rivendicazione dei diritti delle donne. La storia ci interroga sulle domande da cui è partito il libro: le parole hanno significati diversi per gli uomini e le donne? E, se li hanno, è possibile che si sia perso qualcosa nel loro processo di definizione?

*“Non potevo farmi sottrarre le parole, loro mi definivano”*

Queste domande potrebbero aprire molte riflessioni, la prima frase che mi viene in mente pensando al potere del linguaggio è quella del filosofo Mario Tinchero che, in una nota introduttiva al lavoro di Wittgenstein, ci pone la seguente domanda “Dunque, il significato è davvero soltanto uso della parola? Non è il modo in cui quest’uso incide sulla vita? Ma il significato della parola non è parte della nostra vita?”. Non solo decodifichiamo la realtà utilizzando delle parole, ma le parole stesse che usiamo costituiscono un atto di identità e definiscono chi siamo, all’interno di una relazione. Come afferma Wilfred Bion: “Pare che abbiamo bisogno di rimbalzare su un’altra persona, di avere qualcosa che rifletta indietro quello che diciamo prima che possa diventare comprensibile. C’è bisogno a volte di essere presentati a noi stessi”

*“E a loro, alle donne dimenticate che io darò voce”*

L’autrice decide di scrivere questo libro dopo aver letto “Il professore e il pazzo” di Simon Winchester, un racconto romanzato relativo al rapporto tra il curatore dell’*Oxford English Dictionary* e uno dei più prolifici volontari. Dopo questa lettura si accorge che nel romanzo non compaiono donne e si interroga sulla rilevanza di questa assenza. Donne che l’autrice cerca e trova

grazie ad una meticolosa ricerca storica e di cui racconta all'interno del romanzo: Ada Murray, moglie del curatore del *Dictionary* e le sue figlie Hilda, Elsie e Rosfrith Murray che aiutarono il padre nel suo lavoro, Edith Tompson e sua sorella Elizabeth, che riuscirono a lavorare dalla nascita del *Dictionary* fino alla pubblicazione dell'ultima voce fornendo numerosissime citazioni e supporto redazionale e Eleonor Bradley che lavorò nel team degli assistenti dell'Old Ashmolean. Il romanzo "Il quaderno delle parole perdute" apre quindi al tema del potere e del sessismo legato al linguaggio. Su questi temi ci sarebbe moltissimo da dire. È, ad esempio, di grande attualità la riflessione riguardo al potere del linguaggio nel rispettare o non rispettare le questioni di genere, non solo legate alla donna, ma in generale al mondo *queer*. Ci troviamo di fronte ad un terreno fertile che richiederebbe una lunga trattazione e su cui, andando in velocità, si rischia facilmente di scivolare in affermazioni semplicistiche e banali. Senza alcun intento di essere esauriente condividerò con voi solo alcuni aneddoti e curiosità che mi sono venuti in mente leggendo questo libro. Per chi desiderasse approfondire questi spunti consiglio la lettura della filosofa Claudia Bianchi.

Se attualmente vi è un dibattito sulla sperimentazione dell'utilizzo dello schwa /ə/ per indicare inclusivamente una moltitudine di persone superando la logica binaria di genere, resta ancora aperta l'annosa discussione relativa all'uso del maschile generico per indicare un gruppo composto sia da soggetti maschili che femminile. Nel 1971 il dipartimento di linguistica di Harvard sentì il bisogno di puntualizzare pubblicamente che l'uso generico dei pronomi maschili è un fatto linguistico e non sociale, attribuendo la polemica femminista a "invidia del pronome".

Nel 1922 il linguista danese Otto Jespersen dedica un capitolo al linguaggio femminile affermando che le donne parlano più degli uomini, ma di argomenti superficiali, cambiano argomento di conversazione di frequente e senza apparente motivo, il loro linguaggio è più puro e raffinato, ma anche più indiretto e velato, e con un vocabolario più ristretto rispetto a quello degli uomini, caratterizzato invece da vigore, complessità, immaginazione e creatività.

Nel 1975 Robin Lakoff nel libro *Language and Woman's Place* sostiene che lo stato subordinato della donna si rispecchia nel suo linguaggio, afferendo a un modello di deficit nell'analisi del linguaggio maschile e femminile.

Nel 1980 Dale Spender nel libro *Man Made Language* propone una lettura di dominio del linguaggio ritenendo che i maschi in quanto pensiero dominante hanno prodotto il linguaggio, il pensiero e la realtà.

Nel 1984 e 1990 la linguista Deborah Tannen propone un modello della differenza, affermando che il linguaggio maschile e femminile siano da considerarsi come due sottoculture differenti.

Il modello più recente, di tipo dinamico o performativo, sostiene invece che gli individui non avrebbero identità di genere prefissate e stabilite, ma identità dinamiche che non si dovrebbero classificare in categorie binarie (maschile-femminile). Secondo questo approccio il genere è qualcosa che facciamo, non una proprietà che possediamo.

Sono molte le strade che si aprono e le domande che ci potremmo porre a livello clinico sulle sfumature e caratterizzazioni del nostro linguaggio, o su come il genere del terapeuta e del paziente possa in qualche modo porci di fronte a particolari peculiarità e/o possa influenzare la relazione clinica. Lascio, tuttavia, alla curiosità di ciascuno la possibilità di percorrere questi sentieri per tornare al romanzo da cui siamo partiti. Vi sono ancora molti spunti che questo libro offre su cui non mi sono soffermata, e che citerò soltanto, come: il valore della parola nel contesto del trauma che dirompe nel

libro con l'arrivo della Prima guerra mondiale, il legame tra linguaggio e realtà, fino all'annientamento culturale di un popolo attraverso la negazione dell'uso della lingua d'origine. Questo romanzo ci ricorda che il linguaggio non è mai neutrale e che abbiamo una responsabilità etica nell'utilizzo delle parole. Grazie ad esse possiamo costruire il ragionamento, senza di esse il pensiero complesso è ostacolato e reso impossibile. L'impovertimento del linguaggio depotenzia la possibilità di esprimere i nostri pensieri e le nostre emozioni. Nonostante non sempre le parole siano esaurienti o sufficienti per esprimerci, questo romanzo nella sua semplicità, piacevolezza e scorrevolezza ci invita a prenderci responsabilmente cura delle parole



**Clelia Marchi**  
**IL TUO NOME SULLA NEVE**  
GNANCA NA BUSIA  
Il Saggiatore, 2014  
94 pagg.

*Carmela Vaccaro<sup>1</sup>*

*“ho scritto il tuo nome sulla neve  
il vento l’ha cancellato.  
ho scritto il tuo nome sul mio cuore  
e lì si è fermato”*

Questa recensione non racconta solo di un libro, per poterlo fare ho bisogno di raccontare molto altro. Dove nasce, perché nasce, chi era Clelia Marchi e cos’è il Piccolo Museo del Diario.

Siamo a Pieve Santo Stefano, un comune minuscolo animato da poco più di 3 mila anime, all’ingresso del paese c’è un cartello “Città del Diario”.

Siamo nel 1984 a Pieve nasce l’Archivio Diaristico Nazionale per mano e occhi di Saverio Tutino, per conservare le memorie autobiografiche degli italiani. Ventinove anni dopo, il 7 dicembre 2013, nasce il Piccolo Museo del Diario.

Conoscevo l’esistenza del Piccolo Museo ma non avevo ancora avuto la fortuna, a dir la verità il tempo, di visitarlo. Così, complici le prime ferie di dicembre scappo in Toscana. Volevo vederlo, ascoltarlo, annusarlo e viverlo. Ci accoglie Luigi, parte dello staff, fotografo e guida. Ci fa accomodare nella sala principale del Palazzo Pretorio che ospita il museo e ci accompagna in questo viaggio. Pieve, ci dice, ha dei conti in sospeso con la memoria. Per ben due volte qualcuno o qualcosa ha tentato di cancellarla. La prima volta fù Madre Natura che divorò il minuscolo paesino riempiendolo d’acqua del Tevere e lasciando scomparire storia e vite dentro gli abissi. La seconda volta fu l’uomo. Seconda guerra mondiale, i soldati tedeschi minarono abitazioni civili, infrastrutture, stabilimenti industriali. La bomba messa sotto Palazzo Pretorio non scoppiò lasciando salvo un pezzo di storia di Pieve. A Luigi, e a chi il Piccolo Museo l’ha sognato e lo vive quotidianamente, piace pensare che non è un caso che proprio lì, settant’anni dopo, nasce un luogo che della memoria se ne prende cura. In effetti, piace pensarlo anche a me.

Il Piccolo Museo del Diario nasce per raccontare l’Archivio Diaristico Nazionale e far vivere un’esperienza a chi decide di percorrere i “16

---

<sup>1</sup> Psicologa e psicoterapeuta

gradini” entrare e stare. Entrare, ma non dentro un museo ma dentro le case di ognuno dei diaristi. Della gente. Dentro il più profondo atto privato, la scrittura dei propri pensieri, tormenti, sogni, paure, tradimenti, amori, sbagli. Dentro. Affondo.

Così entro in queste piccole sale, avvolte dal legno caldo degli scaffali, dentro ogni cassetto c’è conservata una vita. Lo apri ed una voce ti travolge. Ti porta in viaggio tra l’800 e il ‘900, fino ai giorni nostri; su una nave per l’America, dentro una prigione di tortura tedesca, tra le mura di una casa che ruba la vita o la nasconde, nei campi di lavoro, in una cella di detenzione, sotto le bombe della guerra, negli abissi di una malattia. Nascono, anzi, ci vengono regalate le storie di Luisa, Claudio, Tommaso, Clelia, Giuseppe, Orlando, Sisto, Margherita, Caterina, Vincenzo, e di altre 9 mila vite. Anime. Amici, come li chiama Luigi.

Vi chiederete cosa c’entri questa lunga introduzione per recensire un libro. Per due motivi.

Il primo è che ogni anno da 37 edizioni Pieve si riempie di gente per prendere parte al Premio Pieve in cui una giuria valuta e decreta il vincitore tra i diari giunti all’Archivio. Il diario che verrà considerato vincitore diventa un libro. Pubblicato senza alcun lavoro di editing. Con i tempi e i modi della mano che l’ha scritto, con la punteggiatura che ha voluto chi l’ha messo al mondo e con le parole appoggiate in quel momento dall’autore con tutto quello di cui lui o lei avevano o non avevano a disposizione.

Il secondo motivo è che al Piccolo Museo Clelia ha per sé tutta un’intera sala, la sala del lenzuolo, si chiama così perché sulla parete centrale vive un lungo lenzuolo bianco sul quale Clelia Marchi ci racconta la storia della sua vita, della sua terra e del suo grande amore, l’unico da quando aveva 14 anni, Anteo.

E allora mi sentivo in dovere di preparare il lettore alla profondità di questa storia diventata anche un libro.

Clelia Marchi nasce a Poggio Russo nel 1912, donna, moglie, madre, contadina. Visse una vita sacrificata, 8 figli di cui 4 morti in tenera età, il faticoso e interminabile lavoro nei campi della sua terra e la perdita improvvisa e tragica del suo unico amore, strappato a Clelia e alla vita il 12 febbraio del 1972 a causa di un incidente stradale. Clelia aveva 72 anni “Il giorno più brutto della vita mia”. Un dolore profondo e inarrestabile che la portò durante una delle sue tante notti trascorse dentro questo tormento a sentire il bisogno di scrivere. Perché scrivere era l’unica cosa che le rimaneva. La carta non bastava e allora le venne alla memoria che la sua maestra, una volta, le disse che gli Etruschi avvolgevano i morti all’interno di un lenzuolo. Avvolgere i morti.

E così prese un lungo lenzuolo bianco, non uno qualsiasi tra i lenzuoli ma quello che faceva parte della sua dote nuziale, che “*tanto non posso usarlo più con mio marito*”. Vi mise sotto un cuscino e iniziò a scrivere. 185 righe di verità e dolori, racconti e poesie. In alto sulla sinistra cucì la foto del suo amato Anteo, sulla destra la sua e al centro quella del signore Gesù. Giorno dopo giorno, notte dopo notte Clelia si svelava, accompagnando su questo lungo lenzuolo bianco le parole della sua anima. *Gnanca na busia* (neanche una bugia).

Quella di Clelia è una storia semplice raccontata “sul filo della sincerità” per sfogare la rabbia, riempire un vuoto, far trascorrere il tempo, imprimere per sempre con tutto l’amore che aveva in corpo una storia volata via.

Una storia potentissima di dolore e rinascita attraverso la scrittura, che vive insieme a Clelia tutte le fasi di una elaborazione del lutto. Che essa stessa è l'elaborazione del lutto. Di un lutto nero che si porta addosso per tutta la vita, che rimane, perché i colori non sono più accettabili e attraverso quel nero la comunicazione è solo una. Anche dentro quei colori si sono spenti. Leggendo la storia di Clelia e del suo lenzuolo ho pensato a tante cose. Provo a raccontarle a voi con ordine.

Ho pensato al dolore della perdita. Alla potenza dell'amore, al fatto che quando è un amore lungo 60 anni a morire non è solo l'amato o l'amata ma spesso anche un'identità. Io leggo negli occhi della mia zia ottantenne, di Fiorenzo che ho seguito in terapia individuale dopo la morte di sua moglie, di Angela che ho incontrato nel gruppo anziani che conducevo quando ero una specializzanda. Ci si perde nelle trame complessa di una vita trascorsa in due. E adesso che si è in uno chi c'è dietro quegli occhi che piangono? Leggendo Clelia e vivendo un po' della sua storia dentro al Piccolo Museo ho sentito dentro quelle pagine la ricerca disperata di un sé che Clelia forse ha cercato riavvolgendo il nastro e mettendolo per iscritto.

Ho pensato alla forza della scrittura come evasione e ritrovamento. Come dialogo interno, connessione con l'abisso che vive dentro ognuno di noi, condivisione delle storie e della storia. Che aiuta tutti, chi scrive a calmarsi, a metter ordine, a dare cittadinanza a pensieri, sentimenti che spesso rimangono dentro calpestati da quintali di sovrastrutture e schemi. Chi legge a vivere altre storie, a rispecchiarsi e a scoprire che la storia si ripete, e qualcosa in comune l'abbiamo pure con chi ha vissuto cent'anni prima di noi.

Il racconto di sé e l'incontro con l'altro. È quello che facciamo ogni giorno entrando dentro la stanza delle parole. Parole pronunciate, parole scritte, parole raccontate attraverso disegni o attraverso i silenzi. Parole che creano connessioni e relazioni. Sono sempre grata ai miei pazienti quando dentro la stanza delle parole iniziano ad entrare poesie tenute nascoste, dialoghi interni, sketch e racconti. Sento che è in quel momento che l'alleanza terapeutica prende forma.

Ho pensato che Clelia ha fatto a noi un regalo grande di cui fare tesoro, come lei stessa ci chiede nell'incipit del suo lenzuolo perché *"c'è un po' della vita sua, è suo marito"*.

Andate al Piccolo Museo del Diario per sentirvi meno soli, per ricordare che valore ha custodire la memoria, celebrarla. Per vivere mille altre vite. Ma soprattutto per conoscere la storia di questo Paese, la storia di questa gente. Per conoscere, un po', anche la tua storia.

# L'EXPRESS

L'Express, 20 settembre, 2021, “ Changement de sexe chez les enfants: nous ne pouvons nous taire face à un grave dèrive”

## **Disforia di genere ed età evolutiva.**

*Laura Testa*<sup>1</sup>

Sul settimanale politico francese “L'express” il 20 settembre 2021 è stato pubblicato un articolo intitolato “ Changement de sexe chez les enfants: nous ne pouvons nous taire face à un grave dèrive” in cui 50 intellettuali francesi, tra quali troviamo medici, filosofi, psicologi, antropologi giuristi e magistrati, inviano un appello contro quei discorsi, definiti radicali, sull'autodeterminazione che sostengono la legittimità delle richieste in cambio di sesso in età evolutiva, in particolare tra gli adolescenti.

La necessità di esprimersi sull'argomento, per i firmatari, consegue ad un aumento dell'attenzione su casi di Disforia di Genere in età evolutiva e, soprattutto, all'emissione delle nuove direttive del Governo scozzese di inclusione LGBT secondo le quali i bambini dell'età dai 7 in poi avranno la possibilità di cambiare il nome in uso ed il sesso di riconoscimento a scuola senza che i loro genitori ne debbano dare il consenso o venirne informati.

Nel documento a firma francese viene definito molto chiaramente che il bambino (e l'adolescente) sono individui in costruzione ben lontani da uno stadio di maturità che consenta loro di avere piena consapevolezza e di sé e che l'autorizzazione all'autodeterminazione in una fase così delicata della vita può rappresentare un rischio per la salute fisica, psichica ed emotiva. Il tono dell'articolo è emotivo e drammatico e si “grida” a le “rapt de l'enfance” denunciando una profonda e sentita preoccupazione per quanto sta accadendo.

Il tema affrontato in questo appello si presenta di scottante attualità perché, negli ultimi anni, è progressivamente aumentato il numero di preadolescenti ed adolescenti che chiedono di poter cambiare sesso. Se nel 2017, in 13 minorenni si sono rivolti al CiDiGem (Centro Interdipartimentale disforia di genere -Molinette) di Torino, per iniziare l'iter di transizione, l'anno successivo il numero è salito a 25. Al centro Onig (Osservatorio nazionale identità di genere) di Napoli, nel 2005 un solo minore aveva chiesto assistenza psicologica, mentre nel 2018 ne sono stati presi in carico 31. A Londra, alla Portman Clinic, l'incremento di richieste da parte degli under 18 è salito del 400% rispetto al passato (i dati sono emersi durante il Congresso Internazionale organizzato dall'Onig).

Sempre più preadolescenti e adolescenti si rivolgono anche agli studi privati degli psicoterapeuti con la richiesta di affrontare il tema della loro

---

<sup>1</sup> Psicologa Psicoterapeuta, Supervisore Scuola Mara Selvini Palazzoli

identità di genere spesso con l'obiettivo di essere autorizzati alla "transizione".

La problematica che viene portata non è quindi relativa ad una confusione sulla propria identità di genere e sulla necessità di essere aiutati a fare chiarezza ma sul bisogno di una attestazione che certifichi un buono stato di salute mentale per poter poi formulare una richiesta di intervento per la modifica del sesso.

Il dibattito ed il confronto su questo tema viene quindi "forzato" dalla considerazione che si tratta di un fenomeno non più eludibile per il quale, ancora, non sono stati evidenziati degli interventi clinici psicologici che possano aiutare il terapeuta nel lavoro con questi ragazz\* e le loro famiglie.

L'osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere ha elaborato un protocollo di intervento sulla base della esperienza maturata dagli operatori dell'osservatorio e della letteratura scientifica internazionale che vuole rispondere alla necessità di linee guida riconosciute e condivise per la presa in carico di situazioni di Disforia di Genere in età evolutiva.

Questo protocollo esprime lo stato attuale del lavoro di diversi professionisti e rappresenta un primo passo nella direzione di una più ampia ed approfondita strutturazione di un piano di intervento terapeutico con riferimenti teorico-scientifici e metodologici specifici e puntuali.

Il protocollo definisce la necessità di un approccio integrato per fasi successive che si avvalga di una équipe multidisciplinare che attui la presa in carico del sistema familiare e non solo del minore per il quale viene fatta la richiesta. L'avvio dell'intervento viene definito in una fase di consultazione approfondita per l'inquadramento psicodiagnostico solo al termine della quale verrà decisa la reale possibilità di una presa in carico e la formulazione di un piano terapeutico adeguato con interventi multilevel.

La complessità e la difficoltà nella gestione di queste problematiche poggia, ancora oggi, le sue basi sulla più generale difficoltà nell'affrontare il tema della sessualità e le sue declinazioni in particolare se in associazione con l'età evolutiva con le sue caratteristiche di cambiamento continuo.

Dal complesso di Edipo in poi il sesso è risultato centrale in molti aspetti del funzionamento psicologico ed emotivo delle persone di qualunque età e, forse mai come in quest'epoca, sta avendo la possibilità di mostrare le sue molteplici facce inducendo tutti gli "indagatori dell'anima" a confrontarsi a viso aperto e ad occuparsi "dell'amore ed altri demoni", senza paura.

Sabato 2 aprile 2022 Orario: 10-13

# I webinar gratuiti di Frattali

---

## **LE IPOTESI LEGGERE IN PSICOTERAPIA INDIVIDUALE**

Gianni Cambiaso e Roberto Mazza

Un approccio teorico e clinico improntato alla flessibilità, alla falsificabilità e all'apertura. Un'attenzione alla ricerca di frattali e isomorfismi che considera le ipotesi leggere come motore di un pensiero creativo, mobile e dinamico accompagnato alla costruzione dell'alleanza terapeutica.



Per prenotarti invia una email a: [rivista.frattali@gmail.com](mailto:rivista.frattali@gmail.com)  
inserendo in oggetto: "Webinar aprile" ricevi il link per partecipare.

Ulteriori notizie sulla rivista e i numeri precedenti su:  
[www.rivistafrattali.it](http://www.rivistafrattali.it)



---

[www.rivistafrattali.it](http://www.rivistafrattali.it)  
[rivista.frattali@gmail.com](mailto:rivista.frattali@gmail.com)

ISSN 2724-5101  
Frattali (Online)