

Fratalli

*Rivista semestrale online gratuita di psicologia e
psicoterapia sistemica al tempo della complessità*

Anno 1, n.1

Novembre 2020

RIVISTA FONDATA DA GIANNI CAMBIASO E ROBERTO MAZZA

Gianni Cambiaso editore, Via Giacomo Boni, 25 - 20144 MILANO
rivista.fratalli@gmail.com - www.rivistafrattali.it



Direttore

Gianni Cambiaso

Coordinamento scientifico

Roberto Mazza

Redazione

Patrizia Borella
Zelda Carta
Valeria Pinoni
Liliana Redaelli
Ludovica Rosano
Laura Testa
Carmela Vaccaro

SOMMARIO

EDITORIALE

Gianni Cambiaso, Roberto Mazza 3

ARTICOLI

Gabriella Gilli	Uno strumento per conoscere la famiglia: il genogramma familiare	6
Liliana Redaelli	Vedersi per raccontarsi	20
Sara Tezza	L'ipotizzazione nell'approccio sistemico	35
Ludovica Rosano	Specchiarsi in un quadro. Immagini d'arte nella clinica individuale e di coppia	51
Vania Antonini	La Metafora: un ponte tra il mondo emotivo del paziente e del terapeuta	71
Maria Montanaro Fabrizio Rizzi	Il tandem terapeutico. Integrazione tra modelli teorici in un'équipe di terapia familiare	82

RECENSIONI

Marta Castoldi	J.Kottler, J.Carlson, <i>Essere un eccellente psicoterapeuta</i> , Edra, 2016	94
Laura Testa	B. Michael, <i>Eccitazione. La logica segreta delle fantasie sessuali</i> , Cortina, 2018	100
Valentina Doscioli	G. Bottiroli, <i>Che cosa è la teoria della letteratura. Fondamenti e problemi</i> , Einaudi, 2006	102
Sara Ferraris	L. Cancrini, <i>La sfida dell'adozione. Cronaca di una terapia riuscita</i> , Cortina, 2020	104
Valeria Pinoni	C. Mc Carty, <i>La strada</i> , Einaudi, 2006	106
Marina Francavilla Claudia Nigro	J.J. Osborn, <i>Ascoltate il matrimonio</i> , Bollati Boringhieri, 2019	109
Zelda Carta	<i>Memento</i> , regia di Cristopher Nolan, USA, 2000	111

EDITORIALE

Gianni Cambiaso, Roberto Mazza

Perché FRATTALI inteso come RIVISTA

Nel lungo periodo di *lockdown* della scorsa primavera le nostre conversazioni—si sono oltremodo intensificate e hanno prodotto spunti e pensieri interessanti.

Uno dei primi oggetti di riflessione ha riguardato il materiale offerto dagli specializzandi attraverso le loro tesine, spesso poco valorizzate nei loro contenuti clinici e scientifici, anzi il più delle volte archiviate negli scaffali della scuola. Riflettendo sulla scarsa dimestichezza degli allievi ed ex allievi a dare forma al loro pensiero strutturandolo come un vero e proprio articolo, competenza a nostro avviso di primaria importanza per chi decide di declinare la propria attività terapeutica, e non solo in ambito clinico, abbiamo deciso di offrire loro una piattaforma sperimentale dove poter strutturare i loro pensieri in modo organico e scientificamente ordinato, secondo una modalità di ricerca tanto cara alla tradizione della nostra Scuola.

Abbiamo quindi proposto ad alcuni di loro di riprendere in mano il lavoro di tesi e di ricerca configurandolo come un breve saggio, pubblicabile, in forma di articolo scientifico, e offrendo loro il nostro appoggio riguardo la forma, l'esposizione e i contenuti.

Hanno reagito con sorprendente entusiasmo, anche se con l'iniziale senso di incapacità e inadeguatezza, ma sentendosi nello stesso tempo decisamente valorizzati e stimolati a pubblicare i loro più originali lavori. Era inevitabile allargare lo spazio anche a docenti interni o esterni, e a figure di rilievo (didatti, esperti, clinici e studiosi universitari) che avessero affinità metodologiche con il nostro modello teorico e di intervento e potessero offrire stimolanti contributi alla psicoterapia sistemica. Con il pensiero, infine, che questa iniziativa potesse rappresentare un'opportunità anche per specializzandi e specializzati di altre Scuole.

Abbiamo infine chiesto di inviarci riflessioni scritte, commenti e recensioni riguardanti letture di vario genere (saggistica, ma anche narrativa) o visioni di film o serie televisive, ripescando, rileggendo o rivedendo materiali non necessariamente recenti, ma che, letti o visti con lo sguardo clinico dello psicoterapeuta, offrirono nuove e più profonde letture coerenti con le teorie della complessità, i modelli evolutivi intergenerazionali, i giochi familiari, la diagnosi sistemica, la relazione terapeutica con la famiglia e nelle prese in carico individuali. È sorto questo primo numero della rivista che abbiamo voluto chiamare "Frattali".

Perché FRATTALI inteso come COSTRUTTO

Un'ipotesi su cui abbiamo lavorato a fondo negli ultimi anni, (e che abbiamo ampiamente descritto in *Tra intrapsichico e trigenerazionale*,

Cortina, 2018¹) consiste nell'idea che sia possibile immaginare che ciò che accade nella relazione paziente-terapeuta risponda agli stessi schemi - abbia per così dire la stessa "forma" - di quello che avviene nell'organizzazione delle relazioni tra il paziente e le figure del suo mondo relazionale affettivamente e cognitivamente rilevanti (reali e interiorizzate), e che questa è a sua volta isomorfa a come si sono via via strutturate le sue strategie relazionali a partire dalle interazioni con le sue figure significative di riferimento, in primo luogo i genitori.

Possiamo così parlare di *autosimilarità*: ci ritroviamo cioè di fronte a dati osservativi caratterizzati dal fatto di avere la medesima struttura. Siamo di fronte a quella che in altri termini si può definire una struttura a *frattale* (B. Mandelbrot, *Nel mondo dei frattali*, tr. it. Di Renzo 2001), una struttura matematico-geometrica che in fisica è strettamente collegata con i modelli caotici e con i sistemi instabili.

Un frattale è una configurazione che tende a strutturarsi in modo da descrivere traiettorie molto complesse ma rigorosamente autosimili, a prescindere dalla scala e dalla distanza che decidiamo di utilizzare per osservarla. Un'analogia grossolana ma intuitivamente semplice potrebbe essere quella tra la struttura di un frattale e l'aspetto del broccolo romano, quel tipico cavolfiore la cui forma globale è del tutto simile ai singoli ciuffi che lo compongono e che a loro volta sono formate da tanti piccoli ciuffettini, sempre di simile forma conica. A qualunque livello osserviamo il nostro sistema (o il nostro broccolo) ritroviamo strutture simili.

Tornando al colloquio clinico, questo modello ci apre la possibilità di rinforzare le nostre ipotesi in modo circolare e ricorsivo secondo una rete di supposizioni strettamente interconnesse, proprio perché isomorfe, che comprende tre differenti livelli: le strategie relazionali costruite dal paziente a partire dalle interazioni con le sue figure di riferimento; il modo con cui si muove attualmente nel suo modo relazionale; come si posiziona e quanto ci racconta in terapia, (la "forma" del transfert che costruisce nella relazione terapeutica e del controtransfert che induce di conseguenza in noi).

Possiamo rappresentare questi isomorfismi, utilizzando quello che forse è il più noto frattale, la "stella (o fiocco di neve) di Koch" (fig. 1):

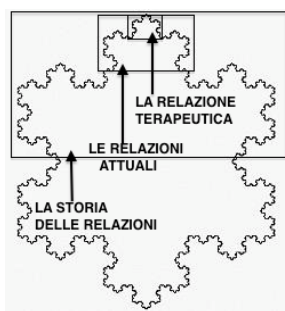


Fig.1 - Isomorfismi

A questi differenti livelli di osservazione, quale che sia l'oggetto della nostra conversazione (la costruzione del genogramma, la storia della sua coppia, l'analisi della relazione che struttura con noi, il racconto delle relazioni primarie con le sue principali figure di attaccamento, o la forma che prende la gestione delle sue relazioni attuali), possiamo ritrovare schemi e forme ricorrenti, tali che ogni dato veicola informazione sui diversi livelli: la struttura che ritroviamo nella storia del sistema può rivelare isomorfismi con quanto

¹ Questi temi verranno ulteriormente trattati in un nostro recente volume *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*, che uscirà edito da Armando nel gennaio 2021.

osservato nella narrazione delle più significative relazioni attuali, nonché con quanto avviene nello spazio terapeutico e viceversa.

Il terapeuta ricerca quindi isomorfismi e quando li trova può ipotizzare l'esistenza, nel paziente, di strategie di *default* e non di semplici adattamenti tattici. Con una metafora informatica diremmo che abbiamo individuato tratti e componenti relativi al *sistema operativo* e non ad una *applicazione* aperta ad hoc.

ARTICOLI

UNO STRUMENTO PER CONOSCERE LA FAMIGLIA: IL GENOGRAMMA FAMILIARE.

Gabriella Gilli¹

RIASSUNTO. Il saggio sul genogramma familiare - che qui presentiamo nella sua originaria elaborazione del 1995 - è un manoscritto non edito, ma la cui versione è circolata per anni nelle scuole italiane di terapia familiare e molto diffuso tra didatti e allievi. L'organicità e la chiarezza espositiva lo rendono particolarmente efficace sul piano didattico. L'autrice sottolinea la caratteristica "semi-proiettiva" del genogramma e la sua funzione "generativa" sul piano clinico, uno strumento grafico utile, in grado di riattivare emozioni nei pazienti e facilitare la rappresentazione simbolica e la comprensione della propria rete familiare e relazionale.

SUMMARY. This paper on family genogram - presented here in its original 1995 draft - is an unedited manuscript, but which has been circulating in this form in Italian family therapy schools and is widespread among teachers and students. The organization and expository clarity, renders it particularly effective in the didactic field. The author underlines the genoma's "semi-projective" characteristic and its "generative" function on the clinical perspective, a useful, graphic tool, able to retrigger patients' emotions and simplify the symbolic representation and the ability to comprehend the relationship in one's family network.

PAROLE CHIAVE: genogramma familiare, terapia familiare, strumento diagnostico, eventi critici, spazio intergenerazionale e intragenerazionale.

Presentazione (Roberto Mazza)

Il genogramma familiare è uno strumento ormai molto diffuso e molto utilizzato nell'ambito della formazione in particolare all'interno delle scuole di terapia familiare, ma anche nei contesti scientifici più ampi della psicologia e della psicoterapia, nella ricerca medica, in psichiatria, nella valutazione diagnostica, nella ricerca genetica e nel servizio sociale. Uno strumento indispensabile da poter inserire nella "valigia degli attrezzi" di un terapeuta sistemico.

¹ Psicologa Psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia Generale, insegna alla Facoltà di Psicologia e alla Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica; presso il Dipartimento di Psicologia della stessa Università dirige l'Unità di ricerca in Psicologia

Dalle intuizioni di Bowen negli anni settanta, ai primi studi in ambito clinico di McGoldrick e Gerson (1985) ad oggi, lo sviluppo degli studi sul genogramma si è arricchito di ricerche e approfondimenti che ne hanno potenziato l'efficacia e la duttilità nei diversi contesti.

Il lavoro di Gabriella Gilli, che qui presentiamo nella sua originaria versione del 1995, è un manoscritto non edito, anche se utilizzato da molti anni all'interno della nostra Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli di Milano. Abbiamo deciso di pubblicarlo perché non se ne perda traccia e possa essere meglio diffuso tra allievi ed ex allievi e colleghi, e perché possiede alcuni meriti straordinari, l'organicità, la chiarezza espositiva, l'efficacia didattica con cui sottolinea la dimensione semi-proiettiva e generativa del genogramma nella relazione terapeutica (riattivatore di emozioni, di ri-significazioni, di nuove narrazioni, di potenziali cambiamenti). L'articolo di Gabriella Gilli consente infine, e nel modo più completo, di comprendere come la conoscenza della propria storia familiare, anche attraverso la "rappresentazione grafica di famiglia" e con l'ausilio di un terapeuta, possa utilmente far dilatare la conoscenza di sé, sia nel campo di osservazione interno (simbolico) che quello relazionale ed esterno (extra-familiare), consentendo di esplorare nuove ipotesi e forse possibili altre piccole verità. Lo pubblichiamo qui in modo da renderlo visibile e più facilmente rintracciabile, ma con la necessaria avvertenza che si tratta di un saggio scritto molti anni fa. L'autrice ci ha gentilmente dato il consenso esprimendo tuttavia l'intenzione di produrne una nuova e più aggiornata versione².

PREMESSA

Obiettivo del presente contributo è illustrare la natura, le finalità e le potenzialità di uno strumento utile alla conoscenza e alla valutazione della struttura e delle dinamiche familiari: il Genogramma familiare.

Si tratta di uno strumento grafico semi-proiettivo, utilizzabile sia in ambito di ricerca, sia entro un percorso terapeutico o consulenziale.

1. LA FAMIGLIA RAPPRESENTATA

Nelle professioni in cui si viene a contatto con le famiglie, o in cui comunque la scena del familiare è presente, l'operatore si confronta con l'entità "famiglia" - con la rappresentazione di famiglia - a più livelli contemporaneamente:

- Nei rapporti effettivi e concreti con le *famiglie 'reali'* e nella scelta delle modalità con cui lavorare con loro;
- Nella propria "famiglia lavorativa", vale a dire nelle dinamiche del gruppo - dei gruppi - di colleghi-superiori-sottoposti che sono passibili di lettura con categorie del 'familiare'; è la metafora organizzativa e affettiva dei rapporti interpersonali tra persone che condividono un'attività lavorativa; è un'area al confine tra rappresentazione individuale e contesto organizzativo concreto.
- Nel rapporto con la propria 'famiglia interna'; si tratta della rappresentazione di famiglia di cui ciascun operatore è portatore, in gran

² Desideriamo ringraziare le colleghe, psicologhe e allieve della sede di Brescia della Scuola Mara Selvini Palazzoli che si sono gentilmente prestate per la trascrizione puntuale del dattiloscritto: Dr.ssa Federica Bagozzi, Dr.ssa Veronica Benetti, Dr.ssa Elisa Rodella, Dr.ssa Elisa Simeoni, Dr.ssa Simona Massari.

parte a livello implicito. Tale scena familiare interiore è il referente ultimo della scena manifesta del rapporto con le famiglie 'reali' e con il gruppo di lavoro, nel senso che viene tradotta e declinata entro il gruppo degli operatori e più in generale nei presupposti affettivi, culturali, pragmatici delle organizzazioni lavorative. È la matrice personale dei rapporti di tipo familiare che ciascuno si è costruito sulla base della propria esperienza con la famiglia di origine e con quella di elezione. È l'area del non detto dell'universo affettivo costituito dai significati e dai vissuti associati alle figure di padre, madre, figli, fratelli... La capacità di elaborare tale rappresentazione interna, tale romanzo familiare, è storia privata di ciascuno di noi.

- Esiste quindi una triplice accezione del concetto di rappresentazione di famiglia. Tutte e tre le accezioni influenzano la filosofia e la prassi del lavorare con le famiglie. È quindi utile considerarle quando si parla di uno strumento, come il Genogramma, che chiama in causa direttamente le relazioni familiari. Solo così il Genogramma viene riconosciuto per quello che è: uno strumento flessibile, dinamico, emotivamente 'caldo', un modo emotivamente 'caldo', vitale, poliedrico, ricchissimo di entrare nella trama dei rapporti familiari (e non certo soltanto un modo veloce per ordinare delle informazioni) che mette in gioco sia l'intelletto sia le emozioni e l'immaginazione.

L'ipotesi base sottesa a questo strumento è quella della rappresentabilità spaziale della realtà psichica. Si tratta di una nozione già proposta da Lewin (1935) e ripresa, nell'estensione alla realtà familiare, da autori come Bowen (1978) e Minuchin (1974) per la terapia, e Kantor e Lehr (1975) per la ricerca. Tra le basi teoriche dello strumento in questione, sono presenti influenze dell'approccio sistemico e dell'interazionismo simbolico.

Il Genogramma si basa dunque sulla premessa della rappresentabilità, attraverso segni grafici di facile realizzazione da parte di chiunque, di determinate condizioni, strutture e dinamiche in atto nelle persone e nelle loro relazioni, in questo caso familiari.

Istituisce una serie di rapporti topologici, alla cui base esiste la concezione dello spazio come preconditione del pensiero. In altre parole, la possibilità del pensiero scaturisce dalla sua collocabilità in uno spazio (cfr. Kandinskji, 1926).

Pertanto, il pensiero è originariamente "situato", inscritto in un luogo, è un pensarsi in un luogo: "è dai luoghi che nascono i pensieri" (La Cecla, 1993).

Nella letteratura psicologica, la topologia - logos dei luoghi, del "situs", delle proprietà e delle relazioni delle figure - diventa, con Lewin (1935), studio delle dinamiche e delle forze che creano e modificano gli spazi vissuti. Lo spazio cartesiano, l'essere corporeo cerca il suo spazio prospettico per pensare, giudicare, decidere, ma anche per essere, per stare, per vivere, per immaginare (il suo *life space*).

Ora, il Genogramma interroga la famiglia quale luogo generativo di pensiero. Quindi, dice della fecondità o aridità del luogo familiare in rapporto al pensiero e agli affetti, delle sue possibilità di abitabilità, della ospitalità o inospitalità che si può esperire al suo interno. Consente anche di dare un significato relazionale alle produzioni individuali e agli eventi raffigurati,

poiché, nel momento in cui vengono illustrati, sono inseriti in uno spazio congiunto, condiviso, familiare innanzitutto e più ampiamente sociale.

Inoltre, il Genogramma è il luogo della memoria familiare: il dipanarsi delle generazioni, l'intreccio delle storie familiari e personali, il tempo recuperato nei ricordi.

2. IL GENOGRAMMA FAMILIARE: LA FAMIGLIA RAFFIGURATA

Il Genogramma raccoglie e organizza in una produzione grafica i dati sia strutturali sia funzionali e relazionali della famiglia nucleare ed estesa.

È ampiamente utilizzato soprattutto da terapeuti e consulenti familiari, in virtù della sua grande azione facilitatrice del discorso e della possibilità che offre di raccogliere molte informazioni in breve tempo (Montagano, Pazzagli, 1989).

Innanzitutto, una precisazione: Genogramma non è sinonimo di Albero Genealogico. A parità di contenuti (entrambi gli strumenti considerano la struttura delle generazioni familiari), esiste una grande differenza dal punto di vista psicologico: nell'*Albero Genealogico* è l'operatore a compilare praticamente il disegno sulla base delle informazioni che chiede alla persona/familiari; si può parlare di Albero Genealogico anche quando il cliente/famiglia disegna lui stesso la struttura della propria famiglia su un foglio su cui è già stata disegnata la struttura delle relazioni familiari; in questo caso, l'esecutore è comunque maggiormente passivo rispetto al Genogramma, poiché si limita a collocare se stesso e i propri familiari in una struttura relazionale preesistente.

Nel Genogramma, invece, vengono accentuate le valenze semi-proiettive dello strumento: l'esecutore deve lui stesso costruire, attraverso semplici segni grafici che gli vengono spiegati all'inizio della somministrazione, il proprio albero genealogico. La discrezionalità è quindi maggiore, l'impegno emotivo aumenta, la ricchezza espressiva potenziale è notevolmente accresciuta (cfr. Le modalità di somministrazione). Nelle pagine che seguono, ci si riferisce soprattutto al Genogramma autosomministrato, dove sono direttamente le persone a tratteggiare la trama delle proprie relazioni familiari. Comunque, quanto segue, con le opportune modifiche, può essere applicato anche alla versione più direttiva e somministrata dall'operatore.

3. UTILITÀ DEL GENOGRAMMA

I vantaggi offerti da questo strumento sono numerosi. Vediamone alcuni: innanzitutto consente di raccogliere/costruire informazioni, entro un approccio multimetodologico, da più vertici di osservazione, in quanto viene utilizzato sempre entro una serie di colloqui, sia che si tratti di un contesto di ricerca sia che venga usato in un percorso terapeutico o di consulenza.

A questo proposito, ricordiamo che la legittimità dell'utilizzo di tale strumento è garantita dalla chiarezza del contesto in cui avviene la somministrazione; si tratta di uno strumento da usare e da interpretare all'interno dello specifico *contesto di incontro* con la famiglia: vale a dire, è un tassello di un progetto più globale previsto dall'incontro con la famiglia, progetto identificato dai suoi obiettivi e dalle sue modalità. È infatti precisa responsabilità di chi propone lo strumento comprendere la "posta in gioco

relazionale”, connessa allo strumento stesso: l’insieme delle aspettative reciproche tacite e/o esplicitate, consapevoli o meno sulla relazione, di bisogni, di rappresentazioni reciproche e prefigurazioni della relazione tra famiglia e operatore (sia esso consulente, ricercatore o terapeuta).

Infatti, il suo uso più proficuo e più ricco è quello “interattivo”, cioè con la funzione di stimolare e facilitare lo scambio tra i familiari e tra essi e con l’operatore. Questa cautela ci preserva dal pericolo di un uso reificante, categorizzante, oggettivante (pericolo testimoniato dalla diffidenza di alcuni terapeuti nei confronti di qualsiasi tipo di strumento di rilevazione di dati). Questo strumento, così come tutti gli strumenti simili (come per esempio il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare, cfr. Gilli et al., 1993b), non sono rivelatori di una ‘verità statica e oggettiva’, bensì sono costruzioni dinamiche e flessibili delle rappresentazioni reciproche dei familiari e della loro famiglia.

Un altro vantaggio del Genogramma (nella versione autosomministrata) è che, utilizzando registri immaginari, simbolici, tradotti in veste grafica, è rispettoso dell’unicità e dell’originalità di ogni persona o famiglia.

Ancora, la sua natura di “compito agito” consente di diminuire il peso delle difese che impregnano il linguaggio verbale, facendo trasparire, nel gesto grafico, informazioni che possono essere oscurate dalle parole. Può quindi essere una utile fonte di informazione, che integra, modifica, amplia, sostiene le informazioni fornite dai colloqui. Proprio l’eventuale scarto tra quanto detto e quanto mostrato con il disegno può costituire agganci preziosi e insperate piste di approfondimento per il terapeuta o il ricercatore.

Schematicamente, le potenzialità dello strumento sono le seguenti:

- in qualità di *strumento diagnostico e di indagine*, consente:

- di rappresentare la configurazione strutturale della famiglia intesa come sistema che comprende sottosistemi, confini, gerarchie, triangolazioni, relazioni intergenerazionali e con la famiglia estesa, rapporti con l’esterno extrafamiliare...;
- di valutare i mutamenti nel tempo dell’organizzazione familiare, rispetto ad uno o più “eventi critici” della storia familiare, individuati dal terapeuta o dal ricercatore, e/o dalla famiglia stessa come cruciali;

Inoltre, grazie ai commenti che può sollecitare (le informazioni non-grafiche), può:

- rilevare il grado di coesione e congruenza intrafamiliare e il grado di accordo sulle percezioni delle reciproche posizioni e comunicazioni;
- contribuire alla conoscenza delle rappresentazioni che i singoli familiari elaborano di se stessi, della propria famiglia e di altre entità significative;
- rilevare quali codici permeano lo spazio affettivo della famiglia.

- in qualità di *strumento terapeutico e consulenziale*, permette:

- di ottenere in breve tempo una notevole quantità di informazioni sul gruppo familiare, consentendo, tra l’altro di ‘spostare’ il focus dal paziente designato alle dinamiche strutturali e di funzionamento dell’intero nucleo;
- di impegnare i familiari del paziente in un processo mutativo di auto - osservazione;

- di coinvolgere gradualmente i familiari, con la guida del terapeuta, in un processo di comunicazione reciproca che può incidere sulle dinamiche familiari.

3.1 Le modalità di somministrazione

Le conseguenze sono di immediata comprensibilità per qualsiasi persona, indipendentemente dal grado di cultura, proprio perché chiamano in causa una sorta di “icona della costanza”, che tocca affettivamente tutte le persone, vale a dire l’immagine delle persone che fanno parte della propria famiglia e della configurazione della famiglia stessa. La famiglia è infatti un “oggetto” di cui tutti abbiamo una conoscenza tacita, proprio a partire dall’esperienza diretta: ciascuno di noi è stato parte di una famiglia, spesso lo è o lo sarà.

Inoltre, il Genogramma sollecita nelle persone una dimensione di “gioco”: i fogli, i pennarelli, l’attivazione anche motoria, il disporsi intorno al foglio, i turni dell’azione grafica. E giocare è *istituire un cambiamento di scena*, uno spostamento paradossale e potenzialmente creativo, rispetto al modo in cui normalmente stiamo dentro e accanto alla realtà. E’ un prendere una distanza dalla realtà che ci fa guadagnare un allargamento, uno spazio appunto, una distanza rispetto a noi stessi (Dallago, Rovatti, 1993, pp 15-17).

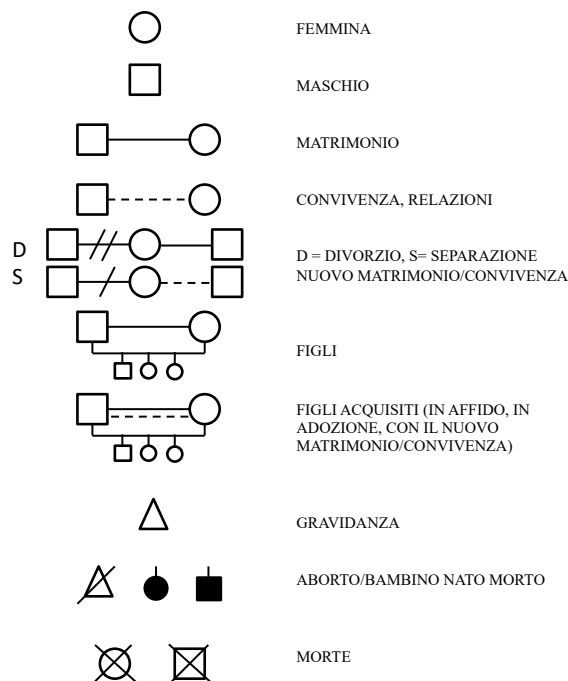
Se nel colloquio, il ricercatore o il terapeuta svolgono un ruolo per così dire semaforico, nel Genogramma, l’interlocutore privilegiato diventa il foglio bianco, uno schermo proiettivo, un territorio da abitare attingendo alla facoltà di immaginare (*phantasieren* - Resnik, 1993) a seguito di una consegna che invita ad abitarlo insieme. Si sollecita così un’azione congiunta, tesa a svelare l’intreccio familiare: intreccio tra la “famiglia interna” e la famiglia rappresentata e narrata in quel determinato contesto clinico o di ricerca.

E’ importante sottolineare, come, consegnando ai familiari stessi il “bandolo del discorso” (sono i familiari che decidono chi disegnare, in quale ordine e come) e lasciando ad essi i tempi dello svelamento delle dinamiche familiari, questo strumento si configura come rispettoso delle persone a cui sono somministrati; è poco intrusivo, pur essendo coinvolgente ed emozionante.

Praticamente, le consegne, comprendono l’esplicitazione di alcuni simboli di cui si chiede l’uso: un piccolo quadrato per indicare le persone di sesso maschile, un piccolo cerchio per quelle di sesso femminile; il rispetto della progressione verticale nelle raffigurazioni delle progressioni generazionali; una linea orizzontale per i matrimoni. Altri simboli indicano diversi eventi, come divorzi, convivenze, adozioni...Di ogni persona raffigurata si richiedono alcune informazioni, commenti, particolarità, che frequentemente vengono offerte spontaneamente dai partecipanti, proprio in virtù dell’azione facilitatrice del discorso che lo strumento possiede.

La tabella che segue propone l’uso di alcuni simboli. L’operatore può consegnare tale traccia alle persone che devono compilare il Genogramma, oppure brevemente disegnare i simboli a lato del foglio.

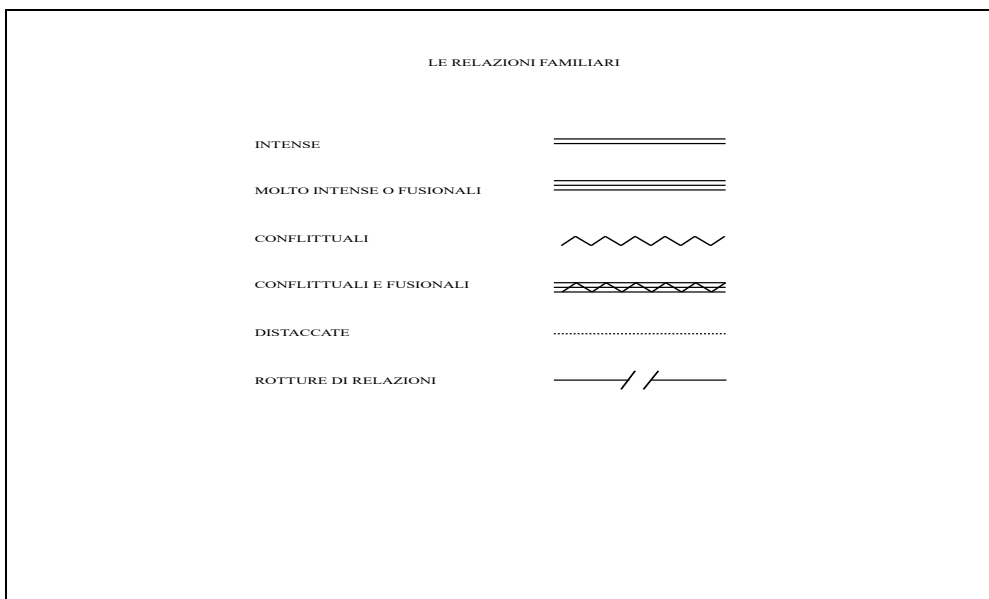
TRACCIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL GENOGRAMMA



Quando i familiari hanno terminato di collocare le persone sul Genogramma, si può chiedere loro di indicare:

1. chi effettivamente vive sotto lo stesso tetto, disegnando una linea che racchiuda i simboli delle persone conviventi;
2. la *natura delle relazioni* tra le persone disegnate (o almeno tra quelle persone le cui relazioni essi vorranno indicare).

La tabella che segue suggerisce alcune possibili modalità con cui i familiari possono disegnare la qualità delle relazioni.



Dopo la realizzazione grafica del Genogramma, o in concomitanza con essa, si possono chiedere informazioni circa i familiari disegnati e gli eventi critici della storia familiare. Ovviamente, le domande devono essere scelte e adattate in funzione degli obiettivi specifici. Per esempio, se desidero avere notizie sulle risorse della famiglia in caso di separazione coniugale, cercherò di individuare quali sono stati gli episodi di separazione/rottura e in generale gli eventi critici negativi in quella famiglia e quindi quali sono state le reazioni di ciascun familiare.

La seguente tabella contiene una ipotetica **traccia per l'intervista associata al Genogramma**.

SE STESSI, L'EVENTUALE CONIUGE, GLI EVENTUALI FIGLI

Nome, data di nascita, lavoro, sono sposati?, altri matrimoni?, data del matrimonio/dei matrimoni, separazioni, divorzi... in caso di morte: causa e data della morte; chi vive insieme al momento?

FAMIGLIA DI ORIGINE, FAMIGLIA DI ORIGINE DEL CONIUGE

Tutte le informazioni come sopra per ciascuno dei familiari della/e famiglia/e di origine, inclusi i fratelli/sorelle, e chi viveva insieme

CONTESTO ETNICO, CONTESTO RELIGIOSO

EVENTUALI EMIGRAZIONI, TRASFERIMENTI

ALTRE PERSONE SIGNIFICATIVE

per la famiglia, o per qualche familiare

PER OGNI PERSONA DISEGNATA INDICARE EVENTUALI PROBLEMI:

*medici,
psicologici,
lavorativi,
con la legge,
ecc.*

PER OGNI PERSONA DISEGNATA INDICARE
LE RELAZIONI CON ALTRE PERSONE DISEGNATE:

intense
conflittuali
distaccate
ecc.

3.2 Le versioni possibili

Il Genogramma può essere proposto in diverse versioni, in un continuum da una modalità maggiormente direttiva, in cui la compilazione avviene per mano del ricercatore/operatore, che pone le domande necessarie per la compilazione, a una modalità più libera e proiettiva, in cui alla famiglia viene consegnato un foglio bianco, vengono date le istruzioni generali e l'operatore svolge un'azione di supervisione/tutoring dell'azione grafica svolta dai famigliari.

Ovviamente, le modalità scelte per esplicitare le consegne hanno notevoli effetti sull'esecuzione del compito e di conseguenza sulle successive possibilità di interpretazione del Genogramma. Consegne più o meno direttive influenzano diversamente la rappresentazione di sé e degli altri elementi che verranno collocati sul foglio. A maggior libertà di consegne corrisponde una maggior ricchezza di possibilità espressive dei partecipanti, con conseguente enfasi sul "singolo caso" e minor possibilità di una lettura comparata con altri casi.

Anche *il setting di somministrazione* possono variare: oltre al Genogramma proposto al singolo individuo, è possibile proporre il Genogramma prima individualmente ai famigliari, quindi, in un secondo momento, alla famiglia riunita: questa modalità confronta le rappresentazioni individuali con quella condivisa; oppure, direttamente, alla coppia coniugale o genitoriale o alla famiglia intera. Infine, il Genogramma può essere applicato anche in gruppo.

Anche *il momento* della somministrazione sono a discrezione dell'operatore in funzione dei suoi obiettivi: all'inizio di un iter di conoscenza o terapia, oppure nel corso di esso, o anche in due momenti diversi (con una doppia somministrazione), per valutare i cambiamenti nelle rappresentazioni famigliari indotti da un trattamento.

Per la forte valenza emotiva connessa allo strumento, è consigliabile comunque proporlo solo dopo che sia stato instaurato un rapporto di fiducia con la persona/la famiglia.

3.3 La lettura del Genogramma

Per quanto concerne la lettura e l'interpretazione del Genogramma, non esistono regole univoche e accettate da tutti coloro che utilizzano (cfr. McGoldrick, Gerson, 1985, Lemaire-Arnaud, 1985, 1995). Pertanto, leggere un Genogramma è, almeno in parte, ogni volta una sfida creativa e originale.

Il tipo di lettura e di interpretazione è comunque conseguente agli obiettivi e alle modalità della somministrazione. Certo, si tratta di uno strumento la cui natura è fondamentalmente qualitativa, dove sono più importanti la sensibilità interpretativa del ricercatore o terapeuta che non

la ricerca di dati “oggettivi” e quantizzabili (peraltro meglio ottenibili se è l’operatore a compilare direttamente il Genogramma intervistando i clienti).

L’esperienza di applicazione dello strumento, maturata nel corso di ricerche condotte al Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia dell’Università Cattolica di Milano, ci ha portati a tentare una formalizzazione delle procedure di lettura (del Genogramma nella versione auto-somministrata). Così, prevediamo due livelli di analisi: il livello grafico-simbolico, che attiene ai contenuti del disegno, e il livello relazionale, che comprende i commenti verbali e non verbali che i familiari hanno prodotto nel corso della realizzazione grafica (le informazioni non grafiche, cfr. La traccia dell’intervista associata al Genogramma). Al primo livello, è utile iniziare con una valutazione globale del Genogramma, che è il prodotto di una indagine indiziaria, in quanto utilizza e legge i vari elementi come provocazioni a diverse piste di lettura, riservandosi di valutarne la validità attraverso confronti tra possibili interpretazioni (Ginsburg, 1979). Questo momento ha una funzione evocativa, che verrà verificata o falsificata dal successivo tipo di valutazione, maggiormente puntuale.

Più in dettaglio le procedure di interpretazione da noi adottate prevedono l’analisi di:

- a. *L’immagine globale*, evocativa e a volte metaforica, e la sua collocazione sul foglio, se centrato o no, se viene lasciato spazio a tutte le generazioni...(ogni Genogramma è unico e irripetibile, soprattutto quando si tratta di una versione auto-somministrata);
- b. Per quanto riguarda la *struttura* familiare:
 - la composizione della famiglia:
nucleare
monogenitoriale
ricostruita
compresenza di tre generazioni
presenza di persone non appartenenti alla famiglia
vale a dire: le persone che vivono sotto lo stesso tetto
 - la costellazione della fratria:
ordine di genitura dei figli
sesso dei figli
distanza in età tra i figli
altri fattori (da intervista) quali:
la collocazione di ciascun figlio nella storia familiare
le caratteristiche dei figli
il progetto della famiglia per ogni figlio...
(altri fattori di interesse specifico).
- c. Per quanto riguarda il *funzionamento* familiare:
 - nella versione coniugale e familiare: la quantità e la qualità del ricordo dei diversi esecutori, vale a dire chi ricorda di più o di meno, chi viene ricordato, con quale accuratezza e da chi (quasi sempre sono le donne ad essere le depositarie della memoria familiare, anche di quella relativa alla famiglia del coniuge; cfr. Lewita, 1985).
 - il grado di equilibrio tra il ramo paterno e quello materno

- l'eventuale predominanza delle famiglie di origine su quella di elezione o viceversa;
- il rispetto dello spazio intergenerazionale, vale a dire lo spazio verticale; può fare emergere ipotesi circa le relazioni tra le generazioni;
- lo spazio intragenerazionale, rappresentato dallo spazio orizzontale, che è metafora della distanza-vicinanza psicologica tra parenti appartenenti alla stessa generazione.

d. L'adattamento al *ciclo di vita familiare*

e. *Ridondanze* di pattern di funzionamento, relazionali, strutturali lungo le generazioni

f. *Eventi critici*

- coincidenze di eventi critici (evidenziabili per esempio dalle coincidenze di date associate a determinati eventi)
- l'impatto di cambiamenti, transizioni, traumi
- reazione agli anniversari, ricorrenze
- reazioni a eventi sociali, economici, politici di vasta portata.

g. Inoltre, è utile considerare:

- i simboli usati per le varie persone: l'uso di simboli diversi da quelli indicati dalle consegne merita approfondimenti;
- la sequenza di costruzione del Genogramma e le dimenticanze: sia nella realizzazione individuale sia in quella coniugale o familiare, l'ordine di sequenza può indicare temi emotivamente intensi.

3.4 La “restituzione”.

La realizzazione del Genogramma richiede “una restituzione” da parte di chi lo somministra, qualsiasi sia il contesto di applicazione. La natura della “restituzione” varierà in funzione del tipo di contesto in cui il Genogramma è stato applicato: più 'clinica' e tesa a sottolineare le possibili vie di cambiamento nel caso di contesti terapeutici, ispirata a connotare positivamente quanto prodotto dai clienti in casi di contesti consulenziali e di ricerca.

Inoltre, è consigliabile riservare alla fine della realizzazione la restituzione ai familiari, per non interrompere la catena associativa che si instaura tra i familiari e ostacolare precocemente la funzione di ascolto e di elaborazione reciproca. In ogni caso, saranno la sensibilità del ricercatore o terapeuta e gli obiettivi della somministrazione a far dosare opportunamente i commenti, eventuali ulteriori sollecitazioni e richieste di informazioni, evitando che la famiglia si senta invasa.

4. UN ESEMPIO

In alcune ricerche condotte dal Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia sul tema della tossicodipendenza da eroina, l'applicazione del Genogramma a famiglie con un figlio tossicodipendente ha rivelato alcune ridondanze che paiono caratterizzare le produzioni grafiche di tali famiglie: una difficoltà nel raffigurare chiaramente i sottosistemi familiari e una ricorrente violazione del rispetto della verticalità come indice di distanza generazionale: per esempio, accade non di rado che vengano scambiate le linee del legame matrimoniale con quelle che indicano reazioni fraterne, oppure che vengano disegnate sulla stessa linea generazionale persone in relazione genitore-figlio, nonché (nei Genogrammi proposti ai figli tossicodipendenti) una grande povertà del numero di persone disegnate e pochissimi dati ricordati a proposito dei genitori. Ciò andrebbe a sostenere un'ipotesi, riscontrabile nella letteratura sulle famiglie con un membro tossicomane da eroina, che riguarda la difficoltà denunciata dalle famiglie con un figlio tossicomane nell'assunzione adeguata dei ruoli genitoriali, difficoltà - in un'ottica trigenerazionale - già presente nella generazione dei nonni (Gilli, 1992; Cirillo et al., 1996).

Nella lettura di un Genogramma, è importante verificare se esistano coincidenze di date. Esse potrebbero infatti segnalare delle modalità ripetitive nell'affrontare determinati eventi critici, o pattern emotivi cruciali, o periodi stressanti nella vita familiare. (Comunque, se l'operatore fa notare tali coincidenze, può essere che i familiari a loro volta le commentino fornendo informazioni interessanti).

Un esempio (tratto dal volume di McGoldrich e Gerson, 1985) in cui le coincidenze di date segnalano uno specifico modo di affrontare le separazioni e i legami è quello della famiglia di Gregory Bateson.

Come si vede dal Genogramma (ricostruito post hoc) dalla famiglia:

1. I genitori di Gregory si sposano poco dopo (1896) la morte del padre (Arthur) della madre Beatrice (1895).

2. Il fidanzamento dei genitori di Gregory Bateson viene interrotto dalla madre Beatrice quando scopre che William Bateson si è ubriacato; da notare che il marito della madre di Beatrice era alcolista. Tuttavia, 3 mesi dopo che il padre alcolista di Beatrice muore, Beatrice pubblica una inserzione su un giornale cercando di ricontattare William Bateson: ciò avviene e i due si sposano poco dopo.

3. Martin (il fratello di Gregory) si suicida nel giorno del compleanno del fratello maggiore John, morto 4 anni prima in guerra: 22 aprile 1918, 22 aprile 1922. (Tra l'altro, John muore due mesi dopo che era morta la nonna paterna).

4. Gregory incontra Margaret Mead e si fida con lei subito dopo la rottura delle relazioni con la propria (di Gregory) madre.

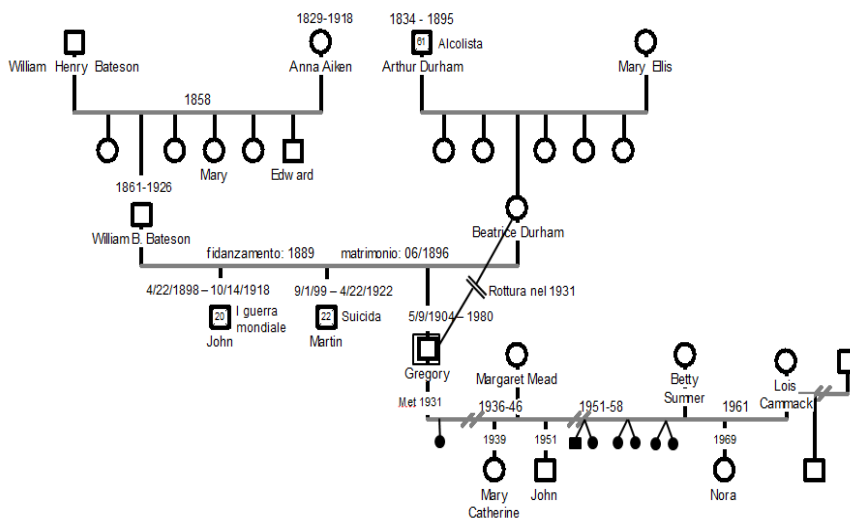
L'ipotesi che si può avanzare è la seguente: i figli di questa famiglia si possono sposare dopo un evento di separazione (rottura di rapporti o morte) da un genitore.

Inoltre, le ricorrenze hanno un peso emotivo molto forte.

5. CONCLUSIONI

Il Genogramma familiare qui brevemente presentato è un valido aiuto nell'incontro con le famiglie, in ambito di ricerca, di consulenza o di terapia.

Grazie all'uso di questo strumento, rappresentazioni, paure, desideri, attese, nodi conflittuali e problemi irrisolti subiscono una traduzione grafica attraverso cui ogni famiglia costruisce una configurazione, una Gestalt, una sorta di stemma araldico, rivelatrici di difficoltà e carenze, ma anche di potenzialità e risorse.



La famiglia Bateson (tratto da: McGoldrick, Gerson, 1985)

BIBLIOGRAFIA

- Bowen M., *"Family Therapy in clinical practice"*, Arouson, New York, 1993.
- Dallago A., P.A. Rovatti, *"Per gioco, piccolo manuale dell'esperienza ludica"*, Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- Eliade M., *"Immagini e simboli"*, Jaca Book, Milano, 1991 (ed. or. 1952).
- Gilli G., O. Greco, C. Regalia, G. Banzatti, *"Il disegno simbolico dello spazio di vita familiare"*, *"Quaderni del Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia, Vita e Pensiero, Milano, 1990.*

- Ginzburg C., "Spie, Radici di un paradigma indiziario", in A. Gargani (a cura di), "Crisi della ragione", Einaudi, Torino, 1979.
- Heinl P., "The Image and visual analysis of the Genogram", in "Journal of Family Therapy", 7, 1985, p.p 213-229.
- Heinl P., "Visual genogram and change: "A single case study", in "Journal of Family Therapy", 9, 1987, p.p 281-291.
- Kandinskji W., "Punkt und Linie zu Fläche", Langen, Monaco, 1926. Tr. it. "Punto, linea, superficie", Adelphi (13 ed.) Milano, 1990.
- Kantor D., Lehr W., "Inside the Family", Josey-bass, San Francisco-London, 1975.
- La Cecla F., "Mente locale", Eleuthera, Milano, 1993.
- Lemaire E. -Arnaud, "Le Gènoگرامme en thèrapie de couple et en thèrapie Familiale", in "Dialogue", 130, 4 trimestre, p.p 47-52.
- Lemaire E. - Arnaud, "Utilitè du gènoگرامme pour la mise au jour des phènomenès transgènèrationels", in "Dialogue", 89, 3, trimestre, pp. 3-7.
- Lewin K., "Field theory in social science", Harper- Row, New York, 1951.
- LeWita B., "Va voir la tante Yolande, elle te dira", in "Dialogue", 89, 3, trimestre, pp.8-16.
- Minuchin S., "Families and Family Therapy", Harvard University Press, Cambridge, MA, 1974.
- Montagano S., A. Pazzagli, "Il Genogramma. Teatro di alchimie familiari", Franco, Angeli, Milano, 1989.
- Mostwin D., Life space ecological model of family treatment, in "International Journal of Family Psychiatry", vol.2, n 1/2, 1982.
- McGoldrick M., R.Gerson, "Genograms in Family Assessment", Norton, 1985.
- Resnick S., "Sul fantastico. Tra l'immaginario e l'onirico", Bollati, Boringhieri, Torino, 1993.
- Scabini E., "Psicologia sociale della famiglia", Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

VEDERSI PER RACCONTARSI

Liliana Redaelli¹

RIASSUNTO. Nella terapia per bambini sintomatici è importante sostenere i genitori nel riconoscimento sia delle risorse che possono attivare per un processo trasformativo sia delle criticità che sostengono il perdurare del malessere. Nel presente articolo si mostrerà l'utilità di rivedere in fase di consultazione alcuni spezzoni della prima seduta familiare attraverso la *Structural Analysis of Social Behaviour* (SASB) insieme ai genitori per rinforzare le loro capacità di mentalizzazione all'interno di un clima di collaborazione e fiducia.

SUMMARY. In therapy for symptomatic children, it's very important to support parents in two ways. On one side, to recognize the resources they can use to start a transformative process; on the other one, to help them recognize the critical aspects that cause a protracted discomfort. In this article we'll show the benefit in rewatching some video clips about the first family session with parents. Rewatching the video clips by the Structural Analysis of Social Behaviour (SASB) allow parents to increase their ability of mentalization in a climate of trust and cooperation.

PAROLE CHIAVE: bambini, alleanza terapeutica, cooperazione, mentalizzazione, videoregistrazione

PREMESSA

Quando accogliamo in studio dei genitori preoccupati per la sintomatologia del proprio figlio, la prospettiva di noi psicoterapeuti parte da presupposti differenti rispetto alla visione dei genitori. In primis, i genitori vivono sovente il sintomo come qualcosa di estraneo e minaccioso che si è insinuato, più o meno inspiegabilmente, nelle loro vite. Per noi professionisti della salute mentale, invece, il disagio del bambino emerge dalla relazione di molteplici fattori della vita del minore, tra i quali l'interrelazione tra la dotazione personale dello stesso e la storia dei suoi legami (Sorrentino, 2013). Le ipotesi dei genitori relative all'esordio sintomatico, inoltre, per lo più ruotano attorno a ipotesi individuali o tutt'al più diadiche a carattere lineare e causale, mentre la nostra visione (per noi terapeuti sistemico-familiari) tende a contestualizzare il malessere del figlio all'interno di una prospettiva più ampia che includa almeno tre livelli generazionali per comprendere il significato del sintomo nell'intreccio della complessità dei sistemi (Scabini, 1995). Nel caso di una richiesta di terapia per un minore, quindi, ci poniamo nell'ottica di legittimare la sofferenza dei membri del nucleo familiare, avvicinandoci alle risorse e alla criticità dei genitori, insieme ai quali problematizzeremo ciò che è sfavorevole per loro e per i figli, al fine di attivare cambiamenti tesi ad un maggiore benessere (Cirillo, Selvini,

¹ Psicologa Psicoterapeuta, Allieva didatta della Scuola Mara Selvini Palazzoli.

Sorrentino, 2016; Sorrentino, 2005; Gennart, Vannotti, 2019). Per aiutare le madri e i padri dei nostri giovani pazienti in questo processo trasformativo è necessario sostenere nei genitori una maggiore capacità riflessiva su di sé e sul figlio che permetta loro di comprendere e distinguere i propri stati mentali, pensieri e intenzioni da quelli del figlio (Slade, 2010). Rafforzare le capacità di mentalizzazione del genitore, sostenendo non solo la dimensione di elaborazione cognitiva, ma anche la dimensione di condivisione emotiva, permette una rinnovata comprensione delle proprie modalità di accudimento, comprendendone le origini, e consente di scegliere quali condotte sia più adeguato mettere in atto. Tuttavia, il nostro desiderio di comprendere le corresponsabilità genitoriali e la distanza delle iniziali prospettive di lettura possono interferire nella creazione di un clima collaborativo. Potremo incappare in un ampio ventaglio di reazioni che vanno da genitori che non accetteranno il nostro punto di vista sentendosi minacciati, criticati o colpevoli, fino ad arrivare a genitori insicuri che spiano apparentemente le nostre osservazioni affidandosi a noi per essere rassicurati e istruiti su cosa è meglio fare. Espressioni assai variegata ma tutte legate principalmente al sistema di rango, inevitabilmente attivato dall'a-pareticità della relazione tra noi terapeuti e chi ci consulta. La nostra attenzione sarà, quindi, rivolta non solo al contenuto, le restituzioni che diamo, ma anche al processo, promuovendo l'attivazione del sistema cooperativo e la costruzione di una buona alleanza terapeutica, condizioni fondamentali per sostenere la funzione riflessiva nei genitori che si rivolgono a noi (Liotti, Monticelli, 2014).

1. DALLA DIVERGENZA ALLA CONVERGENZA DI SGUARDI

La storia di Miriam e della sua famiglia può aiutarci a comprendere quanto sia faticoso, ma importante, cercare di attivare un sistema cooperativo.

Miriam ha sei anni e ha iniziato da qualche mese la scuola primaria, la bambina manifesta grande ansia all'idea di separarsi dalla madre e si rifiuta di stare con il padre, da poco rientrato stabilmente a casa dopo quattro anni di lavoro all'esterno. Benedetta si rivolge al neuropsichiatra che segue il fratello gemello di Miriam, Marco, affetto da una malformazione dalla nascita per la quale ha avuto frequenti ospedalizzazioni e che attualmente presenta un grave ritardo cognitivo e motorio per il quale è stato trattenuto alla scuola dell'infanzia. Il neuropsichiatra mi invia i genitori per iniziare un percorso familiare. La posizione dei genitori nei confronti del contesto terapeutico è molto differente. La madre riconosce il malessere di Miriam e si attiva per trovare una soluzione, mentre il padre minimizza l'esistenza di un disagio e ritiene esagerato rivolgersi ad uno psicologo, pur lasciando alla moglie e ai figli la possibilità di accedere al consulto. Entrambi pensano che le fatiche di Miriam derivino del fatto che il fratello è rimasto alla scuola dell'infanzia. La madre, inoltre, descrive la figlia come una bambina chiusa e introversa che teme di affezionarsi agli altri e che reagisce con rabbia quando sente delle difficoltà nella relazione con le poche persone alle quali si è legata. In fin dei conti per la madre la figlia ha visto "sparire" molte persone da quando è nata: le frequenti ospedalizzazioni del fratello, una zia che si prendeva spesso cura di Miriam e che è morta quando la piccola aveva due

anni, il padre che va a lavorare all'estero per quattro anni. La madre appare schiacciata da una storia difficile a cui sente di non sapere come porre rimedio. Il padre, invece, è schivo ed evita gli incontri lasciando sola la moglie durante le sedute preliminari.

In questo caso appare evidente come sia improprio parlare di genitori in modo indistinto e uniforme. Gli sguardi da accordare saranno sempre il nostro con quello di una madre e di un padre, che in questa situazione ad esempio si collocano agli estremi: la madre è schiacciata dalla colpa, mentre il padre è inaccessibile per via della minimizzazione del problema.

Gli incontri preliminari avvengono, quindi, solo con mamma Benedetta, la quale fornisce una panoramica sulla storia dei suoi figli, sul rapporto di coppia e sulla storia personale. Emergono numerosi fattori di criticità sui vari livelli generazionali: l'appartenenza sia di Benedetta che di Fabrizio a famiglie multiproblematiche, le violenze sessuali subite da Benedetta per anni da un vicino di casa quando era piccola, i lutti e le malattie croniche presenti tra membri di varie generazioni, le difficoltà nella relazione coniugale, i problemi di gioco d'azzardo avuti in passato da Fabrizio, gli attacchi di panico ancora attuali di Benedetta. Il padre rimane eclissato, rendendosi disponibile solo a partecipare alla seduta familiare con i propri figli. Seduta alla quale Fabrizio arriverà con un'ora di ritardo.

Quanto emerge nella stanza di terapia ripropone uno schema affine a quello che ha contribuito alla strutturazione del malessere, secondo un processo di autosimilarità, tipica delle strutture a frattale studiate in fisica da Mandelbrot per descrivere i modelli caotici e i sistemi instabili (Cambiaso, Mazza, 2018). Partendo proprio da quanto osserviamo nella prima seduta familiare possiamo aiutare i genitori ad accedere ad una nuova prospettiva sulla loro storia familiare. Come l'etimologia di storia ci suggerisce, dal greco *historia*, derivato di *istor*, colui che ha visto, la narrazione della storia dipende da ciò che viene visto. Sarà, quindi, opportuno che il nostro sguardo di esperti della teoria si incontri con il loro, conoscitori della loro propria storia, al fine di elicitarle le connessioni dell'intreccio tra le attuali problematiche e i nodi irrisolti della storia personale delle madri e dei padri che si rivolgono a noi, influenzandone la genitorialità. Tra gli strumenti a disposizione del terapeuta nel sostenere le capacità di vedere e di mentalizzare dei genitori può essere particolarmente efficace rivedere i filmati delle sedute familiari. Come evidenziano i ricercatori del Circolo della Sicurezza "*il vedere nelle registrazioni se stessi e gli altri rende in qualche maniera vivi i concetti. I filmati, inoltre, facilitano la trasmissione di un messaggio rispettoso delle competenze mostrando sia i punti di forza sia le debolezze*" (Powell, Cooper, Hoffman, Marvin, 2016, p.158). A tale fine, il lavoro di Lorna Benjamin e la *Structural Analysis of Social Behaviour* (SASB), un modello intuitivo e comprensibile anche ai non addetti ai lavori, può divenire una lente comune attraverso cui è possibile sia sostenere la mentalizzazione del genitore nel rivedere ciò che accade durante una seduta familiare, sia rileggere la propria storia.

1.1 Sostenere la mentalizzazione genitoriale attraverso la visione dei filmati

La visione dei filmati aiuta il processo di mentalizzazione dei caregiver perché permette ai genitori di rivedersi concretamente nella relazione con il figlio e di avanzare ipotesi rispetto al proprio e altrui comportamento. Si lavora su di un livello di meta-analisi. Alcuni terapeuti consegnano il filmato della seduta familiare ai genitori dando loro il compito di vederlo a casa per poterne poi discutere nel colloquio successivo con i terapeuti. Per alcuni genitori questo momento può rivelarsi un'utile occasione di riflessione in merito ad alcuni aspetti relazionali che non sono in grado di cogliere mentre vivono l'esperienza. Per altri genitori, invece, accedere ad un pensiero meta-cognitivo si rivela un compito difficile. Alcuni genitori, infatti, appaiono particolarmente carenti di cornici entro le quali leggere e comprendere ciò che accade, probabilmente perché le loro difese emotive restano allertate e ben attive anche quando si vedono "in differita". Tale iper-attivazione emotiva non permette loro di accedere a nuovi significati e i commenti possono essere di negazione o, all'opposto, di colpevolizzazione. L'osservazione, inoltre, è difficilmente rivolta su di sé e più frequentemente rivolta sui comportamenti del bambino o, tutt'al più, estesi all'altro genitore o alla fratria del paziente qualora presente in seduta. Per sostenere il genitore nel compito di osservazione e per evitare situazioni di negazione, colpevolizzazione, autoesclusione, può essere significativo dedicare una seduta per visionare il filmato insieme ai genitori.

Mostrai degli spezzoni del filmato relativo alla prima seduta familiare sia alla madre che al padre. Purtroppo in due momenti distinti perché il padre faticava proprio a venire in seduta. La reazione spontanea dei genitori confermava il loro precedente punto di vista. La madre disse "ecco, non so come fare, non sono una brava madre"; mentre quella del padre fu: "Cosa vedo? Non vedo nulla! Vedo solo una bambina che gioca con i genitori, è tutto normale". Benedetta e Fabrizio vedevano solo quel che erano in grado di vedere, confermando le loro prospettive.

1.2 La Structural Analysis of Social Behavior (SASB): una lente comune

Il terapeuta deve innanzitutto selezionare degli spezzoni che ritiene significativi al fine di mettere in luce la dinamica relazionale all'interno della famiglia. Per migliorare le competenze di analisi dei genitori è importante condividere una teoria di riferimento comune. A questo proposito il modello a quadrante della *Structural Analysis of Social Behavior* SASB proposto da Lorna Benjamin (Benjamin Smith, 2018) diviene un riferimento teorico assai utile, sia perché fa riferimento ai comportamenti che sono connotati con una terminologia comprensibile anche ai non professionisti della salute mentale, sia perché l'aspetto grafico permette di intuire la logica sottostante dando ordine a ciò che si osserva.

Sintetizzo alcuni concetti dell'approccio della Terapia Ricostruttiva Interpersonale di Lorna Benjamin, invitando chi volesse approfondire alla lettura dei testi di riferimento (Benjamin Smith, 2018). Secondo Lorna

Benjamin gli stili relazionali prevalenti in ciascun individuo dipendono dalle iniziali esperienze che il soggetto sperimenta con le proprie figure significative e dalle relative rappresentazioni internalizzate che il soggetto si forma già nella primissima infanzia. Il soggetto potrebbe comportarsi secondo tre differenti meccanismi: per identificazione con il caregiver, agirà nello stesso modo in cui si comportava la sua figura di accudimento (focus transitivo sull'altro); per ricapitolazione, si comporterà come da bambino si comportava con una specifica figura di attaccamento (focus intransitivo su di sé); per introiezione, tratterà se stesso come si è sentito trattare da una figura attivamente importante (focus transitivo su di sé). I comportamenti relazionali umani vengono disposti graficamente dall'autrice in un modello a quadrante, la *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB). Sull'asse verticale, ossia l'ordinata, la Benjamin pone in alto quegli aspetti che contraddistinguono le relazioni di differenziazione e indipendenza, mentre in basso colloca le relazioni caratterizzate da coinvolgimento e invischiamento. Sull'asse orizzontale, ossia l'ascissa, individua a sinistra l'area legata alle relazioni ostili, come la de-affiliazione, la rabbia e la repulsione; mentre colloca a destra l'area delle relazioni benevole, come l'affiliazione, l'avvicinamento e il piacere relazionale. Tra un asse e l'altro individua altre quattro posizioni intermedie. Il modello a quadrante è, quindi, costituito da 8 posizioni, numerate dall'uno all'otto partendo dall'alto e proseguendo in senso orario. Ognuna delle otto posizioni del quadrante è declinabile in tre differenti versioni: Altro, Sé, Introietto. Si forma, così, il seguente schema di riferimento (Fig.1).

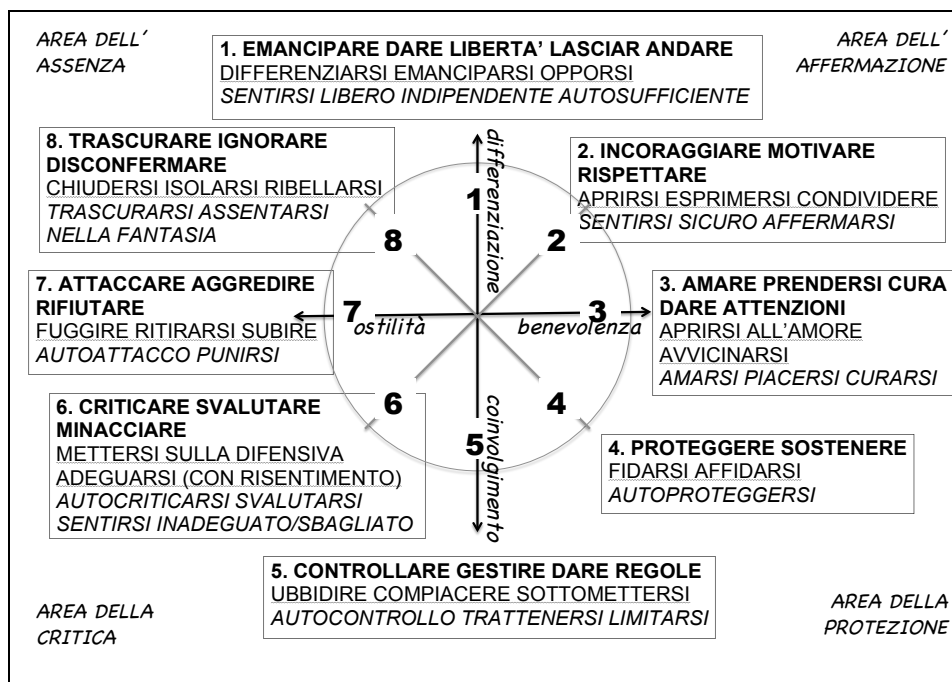


Figura 1
Modello a quadrante SASB, tratto da Cambiaso, Mazza (2018, p.137)

Lorna Benjamin Smith paragona queste otto posizioni ad otto differenti colori che tingono la vita degli individui. L'ideale è che le persone siano in grado di usare l'intera tavolozza in modo flessibile a seconda delle circostanze ambientali. Tuttavia, ogni soggetto nel proprio quadro relazionale ha tinte maggiormente ricorrenti rispetto ad altre, colori che l'individuo predilige usare per dare senso al mondo circostante. Il soggetto, infatti, mette in campo le strategie relazionali da lui maggiormente esperite all'interno della propria storia relazionale infantile. Identificate le posizioni da cui il paziente parte è possibile ipotizzare i "Desideri" del soggetto che si collocano visivamente nella posizione opposta del quadrante. Pur desiderando fare esperienza della posizione opposta, il soggetto fatica a riconoscerla ed accettarla. È necessario avvicinarsi ad essa ripercorrendo il quadrante in senso antiorario. Grazie a questo modello è possibile, quindi, formulare precoci ipotesi sul funzionamento del soggetto e individuare strategie adeguate di intervento.

1.3 L'approccio del terapeuta

Il modello della SASB diviene una doppia guida per il terapeuta. Tale modello serve sia per l'analisi dei filmati con i genitori che per comprendere come approcciarsi ai genitori stessi. Il percorso di riflessione a cui sono invitati la madre e il padre del paziente può attivare inconsapevolmente in loro la necessità di difendersi da eventuali critiche o attacchi. Per superare tali paure il terapeuta dovrà approcciarsi a loro avendo presente i passaggi della SASB che portano da un'area percepita come ostile a un'area di buone relazioni. La scelta degli spezzoni da visionare insieme si colloca proprio nella posizione di controllo, in posizione 5. Il controllo, essendo in una posizione neutrale, deve essere esercitato in un'ottica protettiva, virando così verso la parte destra del quadrante. Il clinico, osservando le modalità relazionali del *caregiver*, avrà avuto modo già dai primi colloqui di ipotizzare le posizioni maggiormente esperite nella storia di ogni genitore, riuscendo così ad identificare le loro paure relazionali. L'approccio del terapeuta con la madre e il padre del piccolo paziente deve rispettare i passaggi del modello SASB, passando in senso antiorario da posizioni vissute come ostili verso posizioni caratterizzate da una buona relazione.

Per aiutare i genitori a non sentirsi abbandonati o attaccati è importante che il terapeuta si approcci in modo cooperativo. Si potrà iniziare, ad esempio, dicendo "vorrei vedere con voi alcuni filmati e riflettere insieme a voi su quello che emerge e che osservate". Potrà essere di aiuto anche declinare i verbi alla prima persona plurale, ad esempio, ponendo delle domande del tipo "cosa ci dice questo comportamento?". Ricorrere al "noi" può evidenziare anche da un punto di vista linguistico che il lavoro di analisi verrà costruito insieme. Il "noi" si posiziona nell'area del coinvolgimento, da cui partire per costruire l'alleanza terapeutica.

Terapeuta: «Io oggi volevo farle vedere alcuni aspetti, visto che registriamo. La registrazione è utile per me perché posso rivedere la seduta, ma potrebbe essere utile anche per noi, perché stiamo lavorando insieme. Potersi rivedere permette di riflettere su come è andata e su cosa è successo»

La madre ha gli occhi sgranati: «Io sono arrivata a casa mortificata. Avevo un magone»

La proposta terapeutica punta ad un controllo protettivo (5 e 4). La signora rievoca subito un'autocritica (6). La signora è preoccupata per la figlia, ma il senso di colpa la schiaccia facendola sentire impotente, elemento che non aiuta la messa in atto di cambiamento.

Per avvicinarci al *caregiver* in senso protettivo è importante pensare, come affermano Powell Et al. (Powell, Cooper, Hoffman, Marvin; 2014) che il genitore di fronte a noi, seppur con dei limiti, mantiene un'intenzionalità positiva nei confronti del figlio. La mamma e il papà con il quale ci confrontiamo potranno non essere in grado di assolvere adeguatamente alle loro funzioni genitoriali, ma ciò nonostante in lei e in lui sono conservate delle intenzionalità positive. Se non si partisse da questa idea si rischierebbe di slittare facilmente nella parte sinistra del quadrante lasciando trasparire un certo grado di ostilità avvertibile dall'interlocutore, se non su livello verbale, sicuramente su un piano non-verbale.

2. GUARDARE NELLA STESSA DIREZIONE: LA VISIONE DEI FILMATI

Gli spezzoni selezionati possono mettere in luce aspetti centrali della relazione che la madre e il padre hanno con il figlio o i figli qualora ci fosse anche la fratria del paziente. È importante che attraverso questi spezzoni mettiamo in luce non solo i limiti ma anche le risorse, affinché il genitore possa acquisire maggiore consapevolezza sia delle proprie zone d'ombra che dei propri punti di forza, questi ultimi a volte poco conosciuti o sperimentati. All'inizio chiediamo alla madre e al padre di fare un commento libero rispetto a quello che hanno osservato. Lasciare che il *caregiver* si esprima in modo spontaneo ci permette di avere una prima impressione riguardo al tipo di riflessioni proposte dal soggetto e al focus della sua osservazione. L'eventuale banalizzazione, esclusione o colpevolizzazione del genitore ci fornirà indicazioni in merito ai passi da compiere nella conduzione del colloquio. Successivamente porremo domande relative agli scambi verbali e agli aspetti non verbali (sguardi, posture, movimenti) dei vari soggetti presenti nella scena. Le domande saranno rivolte ad entrambi i genitori tenendo in considerazione tre focus: se stesso, l'altro e la relazione.

2.1 Invitare a osservare se stessi e gli aspetti diadici

A livello di auto-osservazione personale analizzeremo con il genitore le azioni e le parole, esplicitando le intenzioni sottostanti. Nell'osservare l'altra persona rispetto al nostro attuale interlocutore, consiglieremo di osservare quello che fanno, come lo fanno e di formulare delle ipotesi relative a cosa possano pensare e a quali potrebbero essere le loro intenzioni.

Terapeuta: «Qua lei a livello emotivo come si vede?»

Madre dopo alcuni istanti di silenzio: «Io osservo»

Terapeuta: «Ma osserva in che modo? Che emozione prova o che emozione le suscita vedere sé stessa qui?»

Md: «Una tristezza infinita»

Terapeuta: «Lei è attenta, ascolta, osserva. In tutta questa fatica di osservare le due cose [gioco di entrambi i figli] in lei si osserva un tono triste. E allora, la domanda è: per i suoi figli vedere questa attenzione e partecipazione ma anche questa tristezza, che cosa può significare?»

Madre resta in silenzio

Terapeuta: «Ce la teniamo lì come domanda»

Madre: «No, beh, che cosa può significare... un peso»

Il primo momento dell'osservazione consiste nel chiedere alla madre di soffermarsi ad osservare se stessa, considerando anche gli aspetti non verbali della comunicazione e le emozioni che prova nel vedere le immagini. L'intento è quello di svelare le proprie modalità relazionali prevalenti e di ipotizzare le ricadute che hanno sui figli. L'osservazione, che si sviluppa da una posizione di controllo (5) ma dobbiamo cercare di renderla un'osservazione protettiva (4), per riuscire ad allearsi con aree di buona relazione. Da qui il rinforzo che viene dato alla madre sull'essere capace di essere attenta ai suoi figli, ascoltando e osservando quanto fanno.

Terapeuta: «Questa posizione [braccia conserte] bene o male l'ha tenuta per tutto l'arco della seduta, dall'inizio che alla fine»

Madre: «Ma io ce l'ho, ce l'ho quasi sempre una posizione così. Mi rendo conto»

Terapeuta: «Ma perché fa parte della sua storia. Nel senso, che lei ha dovuto chiudersi rispetto ad una storia in cui ha vissuto degli attacchi. È dovuta in parte anche dal doversi un po' arrangiare, no? Per cui c'è un pezzo della sua storia, qua, di auto-difesa. C'è un pezzo che per lei è stato importante, fondamentale. Ma che involontariamente è diventato parte di lei. Necessariamente è diventato parte di lei, ma che poi nella relazione con i suoi figli gioca in modo diverso»

Madre: «Sì sì perché a me l'hanno sempre detto tutti. Io tutte le persone che incontro ... vedi? (con un cenno della testa fa riferimento alla posizione in cui è seduta con le braccia incrociate) è tipico di me. È mio. Nel senso, io tutte le persone che ho conosciuto, tutte me l'hanno detto. Io all'inizio, cioè, sono una persona che do proprio l'impressione di dire come "stammi a due metri di distanza", cioè "non avvicinarti"»

Terapeuta: «Che, pensando alla sua storia e a quello che mi ha raccontato, "stammi a due metri di distanza" è molto significativo [...] il dissuadere l'altro dall'avvicinarsi le permette di proteggersi»

Madre: «Eh sì»

In questo passaggio la modalità relazionale viene connessa alla storia personale del madre. Oltre a constatare che una delle modalità prevalenti della signora è la chiusura (8), si esplicita il desiderio sottostante che si trova nella posizione opposta, ossia la protezione (4). Durante il colloquio emerge, inoltre, che la signora sente di non far sentire la figlia sufficientemente protetta all'interno della difficile dinamica familiare.

2.2 Invitare a cogliere le relazioni e il loro aspetto triadico

Nella prospettiva della relazione, rifletteremo con il genitore sugli scambi relazionali all'interno di una sequenza interattiva, creando una connessione tra i comportamenti osservabili e il contesto relazionale entro cui si svolgono. Introdurremo domande circolari inerenti agli effetti che una relazione può avere sugli altri membri della famiglia (Palazzoli Selvini *et*

al,1980) e porremo domande più specifiche legate alla SABS, nell'intento di fornire un'utile mappa per orientarsi. Nel dialogo riflessivo possiamo integrare le esperienze distorte del genitore, o gli aspetti da cui si difende, in una percezione di sé maggiormente organizzata. Ciò migliora la capacità di riflettere sui propri intenti e di poter monitorare il proprio comportamento (Slade, 1999). Con questo esercizio maieutico si possono sostenere le funzioni riflessive e si può osservare la dinamica all'interno della coppia genitoriale, mettendo in luce l'eventuale ruolo di sostegno, di critica o di disconferma-oppositiva che madre e padre hanno tra loro.

Propongo alla signora di rivedere la registrazione del momento in cui entra il padre in seduta e la signora non lo saluta ma guarda da un'altra parte.

Terapeuta: «Guardi se stessa. Cosa vede?»

Madre: «Non lo guardo proprio»

Terapeuta: «Secondo lei Miriam e Marco che immagine si fanno del papà attraverso i suoi occhi?»

Madre: «Di una persona invisibile»

Terapeuta: «E quindi, i suoi figli lo percepiscono come un punto di riferimento, come una persona di troppo, come un fastidio, come una persona su cui contare?»

Madre torna seria: «Una persona su cui contare no. Perché non ci posso contare neanche io. Io non posso trasmettergli fiducia nel papà. Questo sicuramente è un errore mio, però io mi devo arrangiare da sola»

Terapeuta: «Ma che cos' è che trasmette qua, secondo lei?»

Madre: «Non lo so. Sicuramente niente di buono»

Terapeuta: «Lei in questo momento nei confronti del papà ha una chiusura, ha un attacco, ha una critica?»

Madre: «Una chiusura con critica. Cioè nel senso, che qui c'è anche la situazione che io gli ho apertamente detto "guarda che ci vuole vedere tutti e quattro" e tu arrivi alla fine della seduta e guarda caso proprio quel giorno lì c'era un allarme che suonava sul lavoro. La bugia... ne ho sentite tante. Che poi magari è vero, però è la storia di Pierino e il lupo»

La signora nei confronti del marito si chiude e cerca di ignorarlo (8). Con la signora riflettiamo sugli effetti che questo può avere sui suoi figli. Propongo alla madre di dare una lettura della relazione in base alle posizioni delle SASB. Oltre ad ignorarlo (8), la signora riconosce di muovere nei confronti del marito un attacco (7) con critica (6). Questo viene poi legato alla fatica della figlia di fidarsi del padre, speculare alla fatica della madre.

2.3 Esplicitare le intenzioni genitoriali sottostanti

Per assicurare un clima protettivo è importante riuscire ad esplicitare anche le intenzioni positive sottostanti ad alcuni comportamenti, pur guardandone le criticità.

Propongo alla madre la visione di uno spezzone che mette in luce la dinamica tra il padre, la madre e Miriam. Il video che mostro riguarda il momento in cui ho appena dato le indicazioni per realizzare il disegno congiunto.

Terapeuta: «Ha notato che per ben due volte suo marito la guardava? E cosa ci legge lei in quello sguardo?»

Madre: «Lui guarda me come per dire “cosa facciamo?”»

Terapeuta: «Sì, proprio come richiesta d’aiuto, avere lei come punto di riferimento. Quello che ho percepito io è: lui che cerca lei come punto di riferimento e lei che pensa “non ho voglia di essere il tuo punto di riferimento”. E la soluzione quale è stata?»

Madre: «Chiedere alla bambina»

Terapeuta: «E quindi, secondo lei...»

Madre: «Ma, il mio chiedere alla bambina però non è uno scaricare la responsabilità. Forse sbaglio io in questo, ma anche il fatto di dirle “Miriam rispondi tu” a volte è per farla sentire importante»

Terapeuta: «Infatti, io colgo che il suo intento è proprio quello di incoraggiarla e di sostenerla. Ma questa modalità rispetto a queste dinamiche ...»

Madre: «È una cagata, è come uno scaricabarile»

Terapeuta: «Sembrava che lui volesse far scegliere a lei, tra di voi c’è la difficoltà nel relazionarvi che è avvertibile fisicamente. Si vede. Loro (i figli) la percepiscono. Per cui, quello che era il suo intento di sostenere, per Miriam ha un altro significato. Ha un “mi devo assumere la responsabilità io”. E assumersi la responsabilità di mediare una relazione fra due adulti, ma ancor di più fra la mamma e il papà per un bambino è...»

Madre: «Tosta»

Terapeuta: «Tosta. Per cui lei ha delle buone intuizioni. Il problema è che in questa configurazione, in questa situazione è un peccato perché non si colgono. Perché non sono accessibili a Miriam. I suoi buoni intenti dobbiamo trovare un modo per renderli leggibili per lei (figlia)»

Madre: «Assolutamente»

Mostro poi alla madre un episodio di disaccordo tra lei e il marito nato dal fatto che la bambina avesse scelto il colore giallo per disegnare. Il padre propone alla figlia di cambiare colore e la madre non vuole che lo cambi.

Terapeuta: «Anche qua lei l’ha bloccato subito perché (il padre) ha detto “il giallo non scrive tanto”. Però anche lì, lei cosa ha pensato. Perché io penso che il suo intento era molto positivo. Miriam ha scelto il pennarello giallo»

Madre: «E appunto, “il giallo non scrive tanto” ma se l’ha scelto Miriam, scusami, eh!»

Terapeuta: «Esatto»

Madre: «Non ha ancora disegnato niente, perché cominci a dire il giallo non scrive tanto? E poi una persona è così imbecille da dare un pennarello che non scrive tanto? Cioè, non so se mi spiego»

Terapeuta: «Sì, ci sarà stato un motivo per cui c’era il giallo»

Madre: «Se sei da una psicologa, io dico ha scelto cinque colori, secondo me tutto ha un senso, no?»

Terapeuta: «E anche qua il suo intento era protettivo nei confronti di Miriam»

Madre: «Assolutamente. Ce l’ha in mano lei»

Terapeuta: «Però, rispetto alla comunicazione. Qua lei ha appena fatto una faccia. Miriam si è sentita protetta?»

Madre: «Dice qualcosa a bassa voce»

Terapeuta: «Perché lei ha delle ottime intenzioni, ma è mancato il dare voce al suo pensiero. Sembra quasi che a volte rinunci a parlare. Perché se avesse spiegato, soprattutto per Miriam che è una bambina, e quindi ha bisogno di passaggi, se avesse spiegato “va beh, ci ha dato questi colori. Miriam ha scelto il giallo e io ho piacere di vedere Miriam che vada avanti”. Quello che era condensato in quella espressione di primo acchito sembrava ancora una difficoltà tra voi due. Non sembrava un “sto proteggendo Miriam”»

Madre: «Eh, sì»

Terapeuta: «E quindi Miriam pensa “stanno litigando perché io ho scelto questo colore”. E i bambini che fanno tutto riferimento a sé, sono auto-centrati e pensano che sia colpa loro di tutto, avrà pensato “ho sbagliato a scegliere questo colore”; e quindi,

quello che era il suo intento tutelante non riesce a passare. La fatica di dire quello che pensa, quello che sente, quello che prova. Il lasciare un po' sottinteso e il non dire. Che anche quello, se pensa a lei da bambina, ha un significato. Lei se la doveva gestire da sola, lei non poteva parlare, perché dall'altra parte se si parlava c'era qualcuno che con le parole tagliava, parole che ammazzavano. Lei ha vissuto le parole come un attacco e probabilmente ora fatica a mettere tutto in parole. Perché qua il suo non dire cosa ha fatto pensare a sua la figlia?»

Madre: «Pensa “ho sbagliato!”»

In questi spezzoni si è messo in luce l'intento protettivo (4) della madre e rimandarle il messaggio che le sue azioni non sono state sufficientemente forti da sostenerlo, lasciando che passasse un messaggio di critica (6). È importante rimandare che la difficoltà della madre di accedere alla posizione protettiva deriva anche dalla sua storia relazionale connotata dalla critica (6) e dall'attacco (7), che l'hanno portata a optare per la chiusura (8) e il non dire nulla, come strategia difensiva. È importante rimarcare l'utilità nel passato di questo meccanismo e la disfunzionalità nel presente a ricorrerne in modo inconsapevole.

2.4 Comprendere la nuova ottica del genitore

A fine seduta cerchiamo di capire quali pensieri, stati d'animo o considerazioni i genitori hanno maturato durante la seduta.

Terapeuta: «Cosa l'ha colpita di tutto questo»

Madre: «No, beh, sicuramente il mio comportamento, il mio atteggiamento. Ma io lo sapevo. A me è capitato di rivedere dei dvd dove avevo messo dei filmati che ho fatto io in casa quando erano piccoli. La prima volta che ho visto questo cd sono rimasta scioccata. Mi aveva colpito il tono di voce con cui parlavo con Marco e come parlavo con Miriam»

Terapeuta: «Come era?»

Madre: «Mi aveva fatto rimanere molto male, con Marco avevo un tono più basso e tranquillo, con Miriam era più da osservazione “cosa fai? Non toccare!”»

Terapeuta: «Una partecipazione emotiva diversa, diciamo»

Madre: «Sì. Non so se è normale, però, anche quando mia madre mi diceva “mamma mia, questa bambina ha la febbre”, io pensavo “va beh, voglio dire, ha la febbre, non facciamoci la testa!” Ma forse perché venivo da un mondo in cui avevo visto cose molto più grosse [le operazioni del figlio avevano previsto anche dei giorni in cui il torace era rimasto aperto per attendere che il cuore si sfiammasse per poter richiudere la cassa toracica Ndr]»

Terapeuta: «Certo, perché il suo metro di paragone era...»

Madre: «Capito?»

Terapeuta: «Lei ha vissuto delle cose che...»

Madre: «Io non avrei mai pensato di vedere in vita mia, figurati su mio figlio»

Terapeuta: «Esatto»

Madre: «Mia mamma a volte mi rimproverava. Magari se non avevo Marco così se gli venivano due linee di febbre ero anch'io una che correvo al pronto soccorso. Perché mi è capitato di andare al pronto soccorso che io portavo Marco e magari mi capitava di vedere bambini che non avevano niente. Ho un carattere di merda?»

Terapeuta: «Perché lei si dice di avere un carattere di merda?»

Madre: «Perché probabilmente non va bene essere così»

Terapeuta: «Perché?»

Madre: «Perché se io avessi avuto due bambini normodotati, sani tutte due, magari ero così anch'io»

Terapeuta: «Però è diverso rispetto a dire “ho un carattere di merda”»

Madre: «Questa qui è ancora una cosa di mia mamma. - ride - Mia madre mi ha sempre detto che ho un carattere di merda»

Se all'inizio della seduta la signora si osservava e si colpevolizzava molto, alla fine della seduta la signora coglie le criticità della propria storia riuscendo a connettere le influenze della propria infanzia sul proprio modo di vedersi e di vedere. Alla fine del colloquio la madre introduce un tema importante: la differenza di trattamento che rivolgeva ai suoi figli. Inizia a fare collegamenti tra quanto abbiamo visto nei filmati, relativo al presente, e ricordi del passato. Questi movimenti di Benedetta ci indicano l'attivazione di processi cooperativi (Liotti, Monticelli, 2014). La mia posizione, inoltre, progressivamente non è vista più come un biasimo, modalità che era abituata ad attendersi dalla propria madre e dagli altri. Questi elementi sostengono l'alleanza terapeutica e in fase di definizione del contratto terapeutico mi permetterà l'accesso al lavoro sulle fragilità della signora che di riflesso influenzano la sua genitorialità.

2.5 La visione dei filmati in presenza del padre

Il padre, come abbiamo visto, è particolarmente difficile da agganciare. Riesco ad avere un incontro individuale e un incontro congiunto per vedere i filmati tutti insieme. Ecco il momento in cui si confrontano rispetto all'episodio della scelta del colore.

Terapeuta: «Lei [al padre] in questo momento dice che il giallo si vede poco e questo è stato forse l'unico momento in cui vi siete guardati. Con Benedetta avevamo visto che l'ha fulminato e ci siamo chiesti il senso di quella fulminata. Il senso vuole spiegarlo lei Benedetta?»

Madre: «Il senso era che il colore l'ha scelto la bambina, se dici non si vede la mortifichi, perché è un colore che ha scelto lei. Vista dal mio punto di vista»

Padre sbuffa e guarda altrove: «scusa, se sono queste le cose, cioè...»

Madre: «Ti dico il pensiero che avevo io. Il pensiero che ho avuto io, perché ti ho guardato così per quello»

Padre resta in silenzio.

Madre: «Dire a lei, hai sbagliato a scegliere il colore»

Padre: «Superficiale per me»

Madre: «Hai scelto un colore che non si vede»

Padre: «Appunto. Perché dici così? Non era mia intenzione mortificarla. Per me era una cosa da...»

Madre: «Sì, ma vista da lei che è una bambina, scegli il colore, è stata la prima a scegliere e ha scelto il giallo, che per lei è un bel colore. Se tu gli dici “ma il giallo non si vede” è come dire “hai sbagliato a scegliere il colore”»

Terapeuta: «I bambini effettivamente hanno la tendenza a pensare che la critica non è sul fatto che il colore non si veda ma la richiamano su di loro. Questa è proprio una cosa tipica nei bambini»

Padre: «Mmm»

Terapeuta: «Il suo intento di dir questo, invece, quale era?»

Padre: «Che il giallo è troppo chiaro, non si vede. È vero!»

Terapeuta: «E lei che emozione avrebbe provato nel caso in cui il disegno di Miriam non si fosse visto?»

Padre: «Non ho capito»

Terapeuta: «Cioé, che cosa...»

Madre: «Perché le hai detto una cosa così?»

Padre: «Perché è evidente, nel senso, che il giallo si vedeva poco»

Terapeuta: «E quindi lei cosa sperava?»

Padre: «Che cambiasse colore»

Terapeuta: «Per essere...vista»

Padre: «Eh certo»

Terapeuta: «E quindi, avevate entrambi dei buoni propositi. Che però Miriam non ha recepito. Per cui, quello che desiderava lei [padre] era “vorrei che mia figlia avesse uno spazio, avesse traccia”, ed è bello come senso, però detto in questo modo “il giallo non scrive” Miriam lo riceve come critica per la sua scelta»

Padre segue il discorso con maggiore attenzione: «Mmm»

Terapeuta: «E poi, è significativo che abbia scelto tra i colori proprio quello, no? Quello che si vede meno. Interessante. Nel senso che ho scelti apposta quei colori perché hanno un significato e un senso. L'occhiata di Benedetta aveva come intento l'idea di difendere: “insomma, se l'ha scelto stiamo attenti perché il rischio è che poi lei ci rimanga male”, che è legittimo come pensiero, però non si capisce dall'occhiata. Quindi, quello che rimane a Miriam è una fregatura, perché da una parte dice “ho sbagliato a scegliere il colore e in più questo colore fa litigare la mamma e il papà”. Sono quelle situazioni paradossali che si creano. Entrambi avevate un ottimo intento, però quello che poi recepisce Miriam è “ho sbagliato”, che per i bambini poi diventa “sono sbagliata” e “il mio sbaglio fa litigare la mamma e il papà”. Che è assurdo pensando ai presupposti con cui sono state dette le cose.

Padre ridendo: «Di fatti»

Terapeuta: «Che poi quello sia stato l'unico momento in cui c'è stato l'incontro dei vostri sguardi, perché poi se ci fossero stati anche durante l'arco dell'attività momenti in cui si vedeva che anche voi due comunicavate... Però entrambi, abbiamo visto dalle vostre storie, avete la tendenza a non comunicare»

Padre segue il discorso: «Mmm»

Terapeuta: «Ognuno per la sua di storia. Benedetta perché a casa sua le parole tagliavano, e quindi, meglio non parlare, o evitare di dire le cose, per timore di fare come la sua mamma che era tagliente con le parole [la madre annuisce con la testa]. E lei [il padre] nella sua storia dove il papà non la salutava quando era in giro. Dove è abituato a non parlare a rimanere nel suo e a limitarsi. Ognuno ha una modalità di funzionare, di fare nel mondo e con i propri figli che ha una storia. Ed è interessante, perché poi Miriam la mandano in confusione queste cose qua, perché ovviamente non ha il retroterra di questo incontro sulla difficoltà a comunicare [il padre annuisce con la testa], perché tutti e due tendete quando c'è qualcosa che non va a tenervele un po' per voi. Quindi, a chi tocca trovare un significato a questi silenzi e a questi sguardi? Ai vostri figli, e in particolare a Miriam [il padre annuisce con la testa]. Che pensieri vi vengono?»

Il padre guarda la moglie.

Madre: «Cosa si può fare?»

Padre: «Beh, piano piano»

Terapeuta: «Piano piano cosa facciamo?»

Padre: «Va beh, prima di tutto noi due. Guardarci un po' di più, come dice lei. Relazionarci un po' di più»

Il signor Fabrizio dall'iniziale posizione di chiusura si apre progressivamente. Dopo questa riflessione sull'importanza di confrontarsi maggiormente, durante il resto della seduta si legittima maggiormente nella conversazione con la compagna rispetto alle dinamiche nella gestione dei figli.

2.6 Sviluppi successivi

Nell'incontro con la madre emerge la convinzione che essendo sana, Miriam fosse in grado di farcela da sola. Il maggiore grado d'autonomia (1) di Miriam era tuttavia slittato nella trascuratezza (8) da parte della madre. Dopo aver rivisto insieme il filmato l'atteggiamento della madre nei confronti di Miriam cambia. La madre inizia ad accompagnare amorevolmente la figlia, aiutandola a verbalizzare le emozioni. Nelle sedute successive la madre riporta una serie di episodi in cui era riuscita a svolgere quella funzione di "mente compagna" (Sorrentino, 2006), funzione utile non solo per il figlio disabile ma indispensabile per qualsiasi bambino. Con entrambi i genitori avevo abbozzato al momento della restituzione le posizioni del modello a quadrante della SASB, che erano diventate una bussola per orientare il loro sguardo. La signora racconta di essersi soffermata con la bambina chiedendole quello che provava quando la bambina manifestava comportamenti oppositivi o di chiusura. La visione dei filmati attraverso la teoria di Lorna Benjamin e i collegamenti fatti alla storia personale della signora hanno permesso alla signora di riconoscere e dare voce ai suoi intenti positivi di madre. È riuscita, così, ad essere una presenza protettiva e incoraggiante per il benessere dei suoi figli e ad ingaggiarsi in un lavoro sulle sue fragilità e sulle sue ferite emotive.

Il padre, a seguito di questo incontro, si è lasciato coinvolgere nel percorso di consultazione. Lasciò, tuttavia, il percorso con l'inizio della terapia. Nonostante la fatica ad accedere con maggiore profondità nelle proprie ferite emotive, si era reso disponibile ad eventuali sedute di allargamento. Dai racconti della signora, anche il padre ha comunque modificato alcuni suoi comportamenti con la figlia. Se prima era abbastanza chiuso e poco propositivo nei confronti di Miriam, successivamente ha cercato di coinvolgerla maggiormente in alcune attività piacevoli da svolgere insieme.

3. CONCLUSIONI

Il caso presentato mostra l'importanza del sostegno della funzione riflessiva genitoriale, mettendo in luce l'importante risorsa rappresentata dal rivedere le videoregistrazioni. Osservare ciò che non va, tuttavia, non necessariamente permette al genitore di mettere in atto un cambiamento. Per attivare il cambiamento è necessario sostenere il processo di elaborazione del *caregiver* dandogli delle mappe per orientarsi e che potrà usare anche in situazioni differenti da quella appena vista nel video.

Trovo che la teoria di Lorna Benjamin Smith possa essere un valido contributo per noi terapeuti, perché riflettere sul quadrante SASB permette al genitore di avere dei riferimenti abbastanza immediati e comprensibili. Inoltre, la visione dei filmati insieme ai genitori fa sperimentare al genitore relazioni di benevolenza all'interno del setting clinico. Tale modalità di conduzione accorda progressivamente lo sguardo dei partecipanti, e permette a noi terapeuti di accompagnare le madri e i padri che incontriamo verso una revisione critica, ma protettiva, delle loro relazioni. Il genitore, sentendosi accolto e protetto può così affidarsi alla relazione di cura. Sostenuto dal terapeuta, il genitore arriva ad attivare autonomamente la propria capacità riflessiva.

BIBLIOGRAFIA

- Benjamin Smith, L. (2018). *Interpersonal Reconstructive Therapy for Anger, Anxiety and Depression: It's About Broken Hearts, Not Broken Brains*. Washington DC: American Psychological Association (trad. it.: *Terapia ricostruttiva interpersonale per la rabbia, l'ansia e la depressione*. Milano: Raffaello Cortina, 2019).
- Cambiaso, G., Roberto, M. (2018). *Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (2016). *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gennart, M., Vannotti, M. (2019). "La danza della terapia: cinque dimensioni dell'intersoggettività in una prospettiva fenomenologica". in *Ecologia della Mente* 42,1:5-24.
- Liotti, G., Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin B. (2014). *The Circle of Security Intervention. Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationship*. New York: Guilford Press (trad. it.: *Il circolo della sicurezza. Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*. Milano: Raffaello Cortina, 2016).
- Scabini E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). "Ipotizzazione, circolarità, neutralità. Terapia Familiare", *Terapia Familiare* 7: 7-19.
- Slade, A. (1999). "Teoria dell'attaccamento e ricerca clinica. Implicazioni per la teoria e la pratica della psicoterapia individuale con gli adulti". In: Cassidy, Shaver, P.R., a cura di, *Handbook of attachment theory research and clinical application*. New York: Guilford Press (trad. it.: *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, (Roma: Fioriti, 2010).
- Slade, A. (2010). *Relazione genitoriale e funzione riflessiva. Teoria, clinica e intervento sociale* (trad. it.: Roma: Astrolabio).
- Sorrentino, A.M. (2005). "Bambini e terapia familiare. Perché i bambini scompaiono dalle sedute familiari?". *Terapia Familiare*, 77: 53-63.
- Sorrentino, A.M. (2006). *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*. Milano: Raffaello Cortina.

L'IPOTIZZAZIONE NELL'APPROCCIO SISTEMICO

Sara Tezza¹

RIASSUNTO. L'ipotesi è una colonna portante dell'approccio sistemico. Essa è il perno della fase di consultazione e consente al terapeuta di orientarsi nell'investigazione all'inizio della presa in carico. Nel presente articolo il tema dell'ipotizzazione viene applicato all'anoressia. All'illustrazione delle ipotesi formulate dalla tradizione sistemica sui meccanismi individuali e relazionali alla base dell'anoressia, segue la dimostrazione di come tale modello eziopatogenetico sia stato utile nella gestione di un caso in fase di consultazione, fino ad arrivare alla restituzione familiare.

SUMMARY. Hypothesization is a pillar of the systemic approach. It is the pivot of the consultation phase and allows the therapist to initiate the investigation at the beginning of the therapeutic relationship. In this article hypothesization is applied to anorexia. The illustration of the hypotheses to the individual and relational mechanisms underlying anorexia is formulated using the systemic tradition. This is followed by the demonstration of how this etiopathogenetic model has been useful in managing a case starting with consultation, through to family restitution.

PAROLE CHIAVE: ipotizzazione, approccio sistemico, consultazione, anoressia, modello eziopatogenetico, terapia familiare.

1. INTRODUZIONE

*Nessuna grande scoperta è mai stata fatta
senza una audace ipotesi.
Isaac Newton*

Il termine "ipotesi" (dal greco: ipò=sotto; thesis=posizione) sta ad indicare una spiegazione logica di un aspetto della realtà ed è dotato di un carattere di provvisorietà. Trattandosi di una supposizione, i concetti di verità e falsità sono distanti; un'ipotesi infatti può essere solo più o meno utile rispetto alla comprensione di un fatto.

Nel lavoro del terapeuta l'ipotesi iniziale sarà ovviamente rudimentale, perché formulata mettendo in connessione tra loro una piccola quantità di dati, ma avrà il ruolo fondamentale di fornire una prima direzione all'investigazione. Nell'articolo "Ipotizzazione, circolarità, neutralità" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1980) Mara Selvini Palazzoli e la sua équipe scrivevano che l'ipotesi è indispensabile per evitare il disordine e la confusione, intesi come "mancanza di informazione" (Selvini Palazzoli et al., 1980, p. 10) e quindi per non cadere nel rischio di "essere sommersi da

¹ Psicologa Psicoterapeuta

un mucchio di chiacchiere sprovviste di valore informativo” (Selvini Palazzoli et al., 1980, p. 13).

Avere un’ipotesi di partenza consente dunque di formulare delle domande che mirano a verificarne la validità. Le nuove informazioni acquisite potranno portare ad una modifica dell’ipotesi, ad un’invalidazione della stessa o alla sua conferma. Si intuisce allora come una dote essenziale del terapeuta debba essere quella della flessibilità, perché, non appena arrivano informazioni fino a quel momento sconosciute, che invalidano l’ipotesi formulata in precedenza, bisogna pensare rapidamente a delle alternative possibili, evitando un rischio che è sempre dietro l’angolo, ovvero quello di innamorarsi delle ipotesi prodotte, forzando la realtà perché si incastrino in esse.

In ambito clinico l’ipotizzazione è il perno attorno al quale ruota il lavoro della fase di consultazione, che precede la terapia. L’obiettivo di tale fase è infatti quello di giungere ad una ricostruzione condivisa tra il terapeuta e il paziente/la famiglia sulle cause del problema che sta all’origine della richiesta d’aiuto, basandosi sul presupposto per cui prima di “fare” è necessario “capire”. È importante abituare il paziente a ragionare in termini di ipotesi, perché in questo modo si favorisce in lui un atteggiamento riflessivo, che lo allontana dal rischio di richiedere al terapeuta soluzioni magiche e immediate. Il lavoro ipotizzante (es. “Ma secondo lei, perché...?”, “Pensa che si potrebbe ipotizzare che...?”, ecc.) permette al paziente di sentirsi protagonista attivo di un’opera condivisa, stimolando l’alleanza e bilanciando l’asimmetria, che inevitabilmente caratterizza il rapporto terapeutico. Proprio perché si tratta di un lavoro condiviso, è di fondamentale importanza rispettare i tempi e le difese del paziente nella restituzione delle ipotesi formulate. Il terapeuta infatti può giungere rapidamente ad un’ipotesi chiara, ma è possibile che il paziente non sia subito pronto ad accoglierla; un’ipotesi restituita troppo precocemente, invece di aprire varchi, potrebbe far erigere muri, che non sempre poi si riescono a demolire. Come chi vive per anni in una stanza buia senza vedere la luce, il paziente va accompagnato con gradualità ad essere in grado di vedere ciò che il terapeuta vede, senza restare abbagliato.

1.1. Evoluzione dell’ipotesi nell’approccio sistemico

L’ipotesi è sempre stata una colonna portante dell’approccio sistemico, ma il modo di concettualizzarla si è notevolmente evoluto nel corso del tempo. Negli anni Settanta e Ottanta infatti i terapeuti familiari ritenevano che ogni ipotesi formulata dovesse essere sistemica. In quel periodo, caratterizzato da un estremismo iper-relazionale, la diagnosi sistemica era l’unica utilizzata, tanto da essere chiamata “ipotizzazione”. L’idea del sintomo come difesa veniva bollata come “psicoanalisi”; si riteneva che esso fosse solamente l’espressione di una sofferenza, derivante dal fatto che il paziente si trovasse in una posizione insostenibile all’interno di un certo gioco familiare, per cui, per comprenderlo, era sufficiente individuare i meccanismi relazionali ad esso sottostanti. Tale presupposto teorico rischiava di far sentire i familiari colpevolizzati, portando spesso al drop out, e favoriva nel paziente un atteggiamento vittimistico, che non incoraggiava la spinta al cambiamento. Fu solo negli anni Novanta, quando avvenne la

riscoperta dell'individuo, che si iniziò a considerare anche il livello del rapporto che ogni individuo ha con se stesso. La persona infatti non è una marionetta mossa dai fili del "sistema famiglia", ma è un protagonista che lo influenza con la propria personalità e ha una parte attiva nella scelta del sintomo. L'obiettivo iniziale di un sintomo è di tipo auto-terapeutico; attraverso di esso la persona cerca sollievo da una sofferenza individuale. La prima domanda da porsi allora è da quale sofferenza il paziente sta cercando di difendersi, per poi chiedersi in un secondo momento quali aspetti del sistema in cui è inserito lo fanno stare male adesso e l'hanno ferito da bambino.

In "Reinventare la psicoterapia" (Selvini, 2004) Selvini scrive che la grande lezione di Mara Selvini Palazzoli è stata quella di leggere i sintomi contemporaneamente sul piano intrapersonale e su quello relazionale. Poi continua scrivendo: "Dobbiamo cogliere il tipo di rapporto che il paziente ha con se stesso, e, nello stesso tempo, come questa disposizione intrapersonale sia collegata ai comportamenti che le figure affettive di riferimento hanno avuto con lui, e al modo in cui il paziente stesso si è posto verso le sue figure di riferimento" (Selvini, 2004, p. 23). La terapia sistemica oggi dunque si configura come un intervento globale e integrato sulla persona e sulle sue relazioni importanti.

1.2. L'ipotizzazione nella consultazione familiare

La prima fase del trattamento delle famiglie consiste in un lavoro di ricostruzione delle cause del malessere del paziente. Tale lavoro è condiviso ed è attraverso questa opera di ipotizzazione congiunta che si cerca di far nascere il sistema terapeutico.

Dopo aver restituito una definizione diagnostica del problema per cui è stata formulata la richiesta d'aiuto (es. "I sintomi da voi descritti sono compatibili con un quadro di anoressia nervosa"), il terapeuta domanda al paziente e ai familiari la loro teoria della malattia, per comprendere quali ipotesi abbiano formulato circa la genesi e lo sviluppo della problematica per la quale è stata avanzata la richiesta di consultazione; tale domanda permette a tutti di sentirsi partecipi e consente al terapeuta di valutare l'atteggiamento di ciascuno verso il paziente. Successivamente anche il terapeuta avanza una spiegazione psicologica del problema, che dovrà essere "il più possibile intrapersonale, cioè riferita al rapporto che il paziente ha con se stesso" (Cirillo, Selvini e Sorrentino, 2016, p. 43). La convocazione familiare infatti comunica già un forte messaggio di corresponsabilità e le spiegazioni relazionali rischiano di far sentire i familiari colpevolizzati, risuonando come sottolineature di mancanze in un rapporto appena iniziato. In una fase iniziale l'aspetto più importante è attivare un atteggiamento di sintonizzazione emotiva da parte dei familiari nei confronti del paziente, aiutandoli a vedere e a sentire la sua sofferenza, così da favorire in loro un ruolo attivo nella cura.

Nella fase di consultazione due utili strumenti per il lavoro di ipotizzazione sono: la raccolta delle biografie dei genitori e l'analisi del controtransfert.

La raccolta delle biografie dei genitori avviene alla presenza di tutta la famiglia nucleare. La "porta" trigenerazionale costituisce un valido aiuto per

la diagnosi sistemica, in quanto consente di spiegare meglio le interazioni familiari nel “qui e ora”. Apprendere le storie di figli dei genitori riveste spesso un’importanza fondamentale al fine di comprendere punti di criticità, ma anche fattori di resilienza del sistema attuale.

Un altro strumento molto utile alla diagnosi sia individuale che sistemica è rappresentato dall’analisi del controtransfert. Ogni tipologia personologica infatti, andando ad incastrarsi con quella del terapeuta, suscita specifiche reazioni controtransferali e lo stesso accade rispetto al funzionamento del sistema familiare. Sorrentino (Sorrentino, 2012) sottolinea che il controtransfert è anche lo strumento che consente al terapeuta di comprendere in modo diretto che cosa i singoli membri della famiglia sperimentano nell’occupare determinate posizioni all’interno di essa (per es. nei casi di triangolazione e di invischiamento).

La fase di consultazione si può considerare conclusa nel momento in cui il terapeuta e la famiglia giungono ad una ricostruzione condivisa sulle cause del problema, mettendone in luce i fattori di base, sia individuali che relazionali. Una volta formulata un’ipotesi valida sull’origine della difficoltà per cui era stata posta la domanda d’aiuto, è possibile procedere con l’elaborazione di un piano terapeutico.

2. UN’APPLICAZIONE CLINICA: L’ANORESSIA

L’interesse di Mara Selvini Palazzoli per la comprensione e di conseguenza per la cura delle pazienti anoressiche nacque negli anni ’40, mentre frequentava la Clinica medica dell’Università di Milano. A differenza di quanto ritenuto all’epoca, e cioè che l’anoressia fosse una patologia organica, la Selvini iniziò ad ipotizzare che la base di tale malattia fosse psichica. Scrive: “Fu così che nacque e crebbe in me quella passione, quella ossessione di capire a ogni costo perché mai delle belle ragazze si riducessero in quello stato e per di più dimostrassero di essere soddisfatte” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998, p. 1,2).

In seguito la Selvini intraprese una formazione psicoanalitica e si trovò ad inventare la psicoterapia individuale dell’anoressia, disturbo che a quel tempo era pressoché sconosciuto. Fu come psicoanalista che pubblicò “L’anoressia mentale”, uscito nel 1963. Verso la fine degli anni ‘60 però, insoddisfatta dei risultati delle terapie individuali, cominciò a sperimentarsi come terapeuta familiare, abbandonando il modello psicoanalitico.

Inizialmente l’approccio sistemico prevedeva che la relazione terapeutica fosse autoritaria: i terapeuti assumevano un atteggiamento reticente con i familiari, per poi formulare interventi paradossali, che prescrivevano il sintomo, connotandolo positivamente, al fine di produrre un “effetto bomba” nella famiglia per indurre un cambiamento immediato. Tale modalità negava la sofferenza individuale, facendo apparire il sintomo solamente come un messaggio rivolto ai familiari. Il modello sistemico odierno invece prevede che la relazione terapeutica sia collaborativa e che si vada a costruire nel tempo una relazione di fiducia, sia con il paziente, che con i suoi familiari. La dimensione individuale viene inoltre integrata con quella relazionale, per cui il sintomo viene inteso anche come espressione di un malessere personale.

2.1. “L’anoressia mentale”: il piano intrapersonale

Nel testo “L’anoressia mentale” (2006) Mara Selvini Palazzoli, in qualità di terapeuta individuale, ha proposto una descrizione della modalità di elaborazione intrapersonale che caratterizza le ragazze anoressiche.

La Selvini ha ipotizzato che, prima dello sviluppo del sintomo, queste ragazze avvertono in se stesse un profondo senso di inadeguatezza. Per difendersene, spostano in toto tale sentimento sul corpo, additandolo come unico colpevole. Il controllo del proprio corpo permette alla ragazza di sperimentare un notevole sentimento di potere, che allevia il suo sentirsi inadeguata.

Lo spostamento della ricerca di potere sul piano intrapersonale deriverebbe dall’impossibilità di sperimentare lo stesso nel rapporto interpersonale. Queste ragazze infatti sono da sempre state “invase” dalle proprie madri, alle quali hanno dovuto necessariamente sottomettersi, assumendo un atteggiamento di compiacenza generalizzato, senza la possibilità di sperimentare la propria autonomia; l’unica modalità possibile per dimostrarla consiste nel rifiuto del cibo. Perché proprio il cibo?

La Selvini teorizza che le madri delle future anoressiche le abbiano accudite in modo formalmente corretto, ma il cibo che hanno dato loro è stato sempre rispondente ai propri bisogni, più che a quelli reali delle figlie, scoraggiando ogni loro espressione spontanea. Alcuni anni dopo nel testo “La famiglia del tossicodipendente” gli autori chiameranno questo atteggiamento “accudimento mimato” (Cirillo, Berrini, Cambia-so, Mazza, 1996, p. 64).

2.2. “Ragazze anoressiche e bulimiche”: il piano relazionale

Nel libro “Ragazze anoressiche e bulimiche” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998) gli autori presentano i risultati di una ricerca condotta su cinquantadue pazienti anoressiche, mettendo in luce alcuni dati ricorrenti per quanto concerne le caratteristiche dei singoli componenti delle famiglie di queste pazienti. Tali osservazioni costituiscono una valida guida per il processo di ipotizzazione nella gestione terapeutica dei casi riguardanti l’anoressia.

Di seguito verranno descritte in sintesi le caratteristiche dei padri, delle madri, del loro legame di coppia e del rapporto tra genitori e figlie anoressiche.

I padri

Il futuro padre dell’anoressica è stato un bambino precocemente adultizzato, che ha negato a se stesso il profondo bisogno di figure di riferimento affettuose e disponibili, per poter mantenere un’immagine idealizzata dei genitori. Egli è diventato presto indipendente ed efficiente, nel tentativo di ottenere un riconoscimento genitoriale, che però non è mai arrivato.

La parte carente non riconosciuta l’ha portato a scegliere come partner una donna affettivamente disponibile, ma che nello stesso tempo tollerasse il suo bisogno di autonomia.

Relativamente al rapporto con i figli, i padri delegano la cura degli stessi

alle madri, per poi iniziare ad avere delle interazioni significative con loro solo a partire dall'adolescenza.

Le madri

Le madri delle anoressiche non hanno mai sperimentato un riconoscimento affettivo autentico nella loro famiglia d'origine, per cui hanno presto imparato a fare affidamento solo su stesse per sopravvivere. Avrebbero voluto ottenere stima e approvazione soprattutto dalle proprie madri, ma così non è stato, sicché si mantengono in una posizione di dipendenza irrisolta nei loro confronti.

Tali donne sono definibili come "incassatrici di umiliazioni" (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998, p. 163), in quanto incapaci di affermare i propri diritti. La rabbia suscitata dalle umiliazioni subite infatti non poteva essere espressa, perché ciò avrebbe comportato la rottura dei legami, che, sebbene non nutritivi, venivano protetti con una forte idealizzazione. L'incapacità di fare delle rivendicazioni nel proprio nome è stata poi trasferita nel legame coniugale, dove nei fatti il partner risulta sempre vincente.

Il legame di coppia

La prima fase del legame è soddisfacente per entrambi, perché il marito trova nella moglie l'affetto che non ha ricevuto dalla madre, e la moglie trova nel marito il riconoscimento che non ha mai sperimentato nella sua famiglia d'origine. Con l'arrivo dei figli però, il marito inizia a prendere le distanze dalla vita familiare, perché non gode più di una disponibilità affettiva illimitata da parte della moglie, essendo quest'ultima molto impegnata sul fronte dell'allevamento dei figli. Tale allontanamento fa sì che alla moglie venga a mancare quel riconoscimento, che contrastava l'emergere del sentimento depressivo in lei presente. Il legame di coppia diventa quindi frustrante per entrambi, ma nessuno dei due arriva ad esplicitarlo per timore di una rottura e, di conseguenza, si determina una situazione di stallo.

Il rapporto tra figlie anoressiche e genitori

Rispetto al rapporto con le figure genitoriali Mara Selvini Palazzoli e i suoi collaboratori hanno identificato tre tipologie di anoressiche:

Tipo A

Sono state cresciute in una relazione fusionale con la madre, la quale ha improntato il loro accudimento sui propri bisogni, più che su quelli della figlia. Quest'ultima è stata per lei una consolazione, rivestendo un valore compensatorio rispetto alle carenze subite nella propria famiglia d'origine. Il padre, uomo tendenzialmente passivo, ha rinunciato a separare la diade simbiotica madre-figlia, assumendo una posizione periferica.

Tipo B

Frustrate dal legame ambivalente o disorganizzato con la madre, in seguito alla fase di accudimento primario, investono sul padre, necessitando

di una figura affettiva di riferimento. Per compiacerlo e riceverne l'approvazione, sviluppano competenze/abilità da lui apprezzate (es. bravura scolastica, cura per l'aspetto esteriore, abilità sportiva), diventano le sue "principessine".

Tipo C

Non hanno sviluppato un legame privilegiato né con la madre, né con il padre; ciò è accaduto perché nella prima infanzia sono state affidate ad altre figure, che non hanno favorito il loro attaccamento, oppure perché la madre si è occupata di loro, ma con uno scarso coinvolgimento affettivo. La vita affettiva di queste ragazze è caratterizzata dalla solitudine e di conseguenza dalla tendenza a sviluppare un'organizzazione autarchica.

3. IL CASO DI ELENA, UNA BAMBINA FERITA

Modelli eziopatogenetici come quello sopra descritto per l'anorexia possono costituire un'utile base dalla quale partire per la formulazione di ipotesi che fungano da guida nella comprensione e gestione di un caso.

In questo capitolo viene descritta la fase di consultazione di un caso di anoressia, gestita con un approccio sistemico dalla scrivente e dalla co-terapeuta Giulia La Porta, allo scopo di mostrare l'utilità del processo di ipotizzazione sia per la restituzione alla famiglia sulle origini del disturbo alimentare, sia per l'elaborazione di un piano terapeutico.

3.1 Presentazione del caso

Composizione della famiglia

- Elena, paziente, 18 anni.

Ha due grandi occhi blu incastonati in un viso incavato, porta i capelli corti di un colore biondo ossigenato, il corpo scheletrico è sempre fasciato in abiti che fanno risaltare l'estrema magrezza.

- Anna, madre e Luca, padre, entrambi cinquantenni.

I genitori di Elena appaiono entrambi fisicamente trascurati, per cui dimostrano più anni di quelli che hanno. Al momento della consultazione vivono da separati in casa.

Storia e descrizione del problema

Anna e Luca chiamano il Centro di consultazione della Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli perché faticano a gestire la figlia; Elena infatti ha spesso delle crisi, durante le quali dice di voler morire, picchia i genitori, si fa del male e spacca oggetti. Frequentava l'ultimo anno delle scuole superiori, ma a causa delle numerose assenze è stata bocciata.

Anna e Luca raccontano di essersi accorti tardi della gravità della situazione in cui versava la figlia. Avevano notato che dall'inizio delle superiori Elena aveva modificato la sua dieta, eliminando la pasta ed introducendo molta frutta e verdura, ma a detta loro il dimagrimento non era stato così vistoso, per cui non si erano preoccupati. Raccontano che nove mesi prima Elena aveva perso improvvisamente 10 kg in 15 giorni, per cui si era reso necessario il ricovero. La ragazza è rimasta ricoverata per cinque

mesi a causa di complicanze fisiche dovute all'anoressia. La madre racconta che la figlia era talmente defedata da riuscire a muovere solamente la mano sinistra. Una volta uscita, è stata inserita in una struttura residenziale per pazienti con DCA, ma dopo due settimane è scappata e lo stesso è accaduto poco dopo con un'altra struttura dello stesso genere.

Al momento della consultazione Elena pesa 39 kg, lo stesso peso che aveva raggiunto quando era stata dimessa. Il nutrizionista le ha prescritto una dieta normocalorica, che lei però non riesce a seguire perché teme di ingrassare. Si costringe a camminare anche fino a dieci ore al giorno, sedendosi solo a cena; sta in piedi dalle 7 fino alle 20.30 e anche durante i colloqui non si siede mai, se non per un minuto in rare occasioni. Prepara il pranzo per i genitori, ma lei non mangia; pensa tutto il giorno al momento della cena, vivendo il cibo (solo frutta e verdura) come un regalo che si concede. Spiega di sentirsi in colpa se le capita di mangiare qualcosa al di fuori della cena, perché deve essere perfetta nella sua anoressia. Di notte spesso non riesce a dormire. Ha dei rituali ai quali deve attenersi scrupolosamente, per esempio il dover pulire la casa quando si sveglia al mattino.

Quando nel corso del primo colloquio le domandiamo che cosa si aspetti dal percorso di consultazione, Elena risponde che vorrebbe capire perché è arrivata a ridursi in quello stato. Ha incontrato diversi psicologi dal momento del ricovero e ha fatto anche un percorso ad orientamento psicodinamico, ma sostiene che nessuno le abbia dato delle risposte soddisfacenti.

Informazioni organizzate secondo il modello di Mara Selvini Palazzoli

Di seguito alcune delle informazioni raccolte nella fase di consultazione vengono organizzate seguendo il modello eziopatogenetico descritto nel capitolo 4.

Il sentimento di inadeguatezza

Anna racconta che Elena da piccola era una bambina bellissima dal carattere un po' ribelle. Dichiara di averla sempre messa al centro dell'attenzione come mamma e di aver creato con lei un legame molto stretto.

Alle medie Elena ammette di essersi divertita parecchio; era la ragazza più popolare della scuola, la più apprezzata dai ragazzi, entrava e usciva da casa quando voleva, si firmava le assenze da sola, prendeva sempre 4, ma non le interessava. Durante gli esami di terza media ha scoperto l'amore per lo studio e dalla prima superiore in poi ha sempre preteso di essere la prima della classe. Alle medie era un po' in sovrappeso, ma questo per lei non rappresentava un problema, perché ai ragazzi piaceva così com'era. Alle superiori però le cose sono cambiate; racconta che le ragazze più popolari erano tutte alte e magre e che lei sentiva di appartenere al loro gruppo solo per il piglio da "bulla" che la caratterizzava. È stato a quel punto che ha iniziato a sentirsi inadeguata.

Lo stallo di coppia

Anna e Luca al momento della richiesta d'aiuto vivono da separati in casa. Si sono conosciuti sulla soglia dei trent'anni, sono andati a convivere e dopo due anni è nata Elena. Non si sono mai sposati. Anna sostiene che Luca ha iniziato ad essere assente dopo la nascita di Elena, delegandole in toto la cura della figlia. Lui concorda, ma sostiene di averlo fatto perché, dopo la nascita di Elena, si è sentito messo da parte da Anna, in quanto per quest'ultima esisteva solo la bambina. Nessuno dei due però ha preso una posizione, proponendo all'altro di separarsi, per cui hanno continuato a vivere sotto lo stesso tetto. Elena dichiara di non aver mai percepito i suoi genitori come una coppia e di averli visti spesso litigare quando era alle elementari, tanto che è rimasta piuttosto confusa quando in quel periodo sua madre le ha detto che lei ed il papà non stavano più insieme, perché le era sempre sembrato chiaro. Questa situazione, unitamente ad altre vissute in casa, le ha fatto sempre respirare molta confusione (durante la consultazione dichiara: "In casa mia io non capisco niente").

Durante il ricovero della figlia Anna e Luca si sono avvicinati, sostenendosi a vicenda; Elena afferma di essere contenta della situazione attuale, perché tra i due si è instaurata una relazione amicale.

Al momento della consultazione Anna racconta di aver acquistato una casa, ma di non riuscire a trovare il tempo per sistemarla, in quanto la gestione della figlia la tiene permanentemente occupata. Durante il percorso Anna si trasferirà nella nuova abitazione, ma Elena resterà a vivere con il padre, cosa che sarà fonte di amarezza per la madre.

Le storie carenzianti dei genitori

Anna dichiara fin da subito di non avere intenzione di parlare della propria storia, perché l'unica cosa che le interessa è il presente. Sono dunque poche le informazioni che riusciamo ad ottenere da lei. Anna dichiara di non avere avuto un'infanzia felice; i suoi genitori non erano in grado di corrispondere ai suoi bisogni (li definisce "distanti"), dunque ha dovuto imparare molto presto a diventare autonoma. Il padre in particolare era estremamente svalutante nei suoi confronti. I genitori sono entrambi deceduti. Anna sostiene di non riuscire a giudicarli per il loro comportamento e di essersi riconciliata con il proprio passato. Anna ha una sorella maggiore e racconta che da piccole le univa il fatto di essere da sole. Sua sorella soffre "da sempre" di anoressia, ma non ha mai accettato di curarsi. La descrive come una persona "pazza, molto particolare e anaffettiva". Attualmente si sentono raramente, anche se percepisce la sorella protettiva nei suoi confronti.

Luca è meno reticente rispetto ad Anna, ma è comunque di poche parole. Descrive suo padre come un genitore presente dal punto di vista pratico, ma non da quello affettivo, tanto da non riuscire a ricordare nemmeno una carezza da parte sua. Per quanto riguarda il rapporto con la madre, Luca sostiene di ricordare molti momenti piacevoli passati con lei, anche se, quando gli viene chiesto, non riesce a riportarne neanche uno. Il padre è tuttora vivente, mentre la madre è morta di tumore. Quando Luca parla di lei, Anna si commuove, spiegando che la suocera, nonostante la malattia, era una donna sempre sorridente e positiva. Luca ha una sorella maggiore di due anni, che viene definita da Elena come "la mamma" di tutta la loro famiglia,

in quanto è sempre presente è disponibile.

Il “tipo A”

Anna racconta che, quando è diventata mamma, ha capito di non essere un “completo fallimento”, perché era riuscita a fare “una bambina fantastica”. Ha allattato la figlia fino a 4 anni, spiegando che la vedeva stare bene così.

Anna accusa Luca di essere stato un genitore sempre assente fino al momento del ricovero della figlia. La signora riconosce di aver creato un forte legame di dipendenza reciproca con Elena. Racconta che, da quando sua madre è morta, ha iniziato a considerare la figlia, che allora aveva dieci anni, come sua madre, sua sorella, suo marito, una sua amica, un amante, ecc., rendendola oggetto di tutte le sue confidenze (“Quando tornavo a casa e avevo avuto una giornata difficile, mi sfogavo con Elena, senza pensare che per una bambina fosse troppo pesante questa cosa”). Racconta che lei e la figlia stavano sempre insieme e che il legame tra loro due era fortissimo. Quando Elena è stata ricoverata, Anna ammette di averla odiata: “Ho fatto quattro mesi di ospedale che mi svegliavo di notte e volevo soffocarla con il cuscino”. All’inizio ha accusato la figlia di non averle fatto capire la sua sofferenza, mentre poi ha compreso di non essere stata sufficientemente attenta a determinati segnali. Questa ammissione di colpevolezza viene fatta in una seduta familiare, quindi in presenza di Elena, che tuttavia si dice indifferente di fronte alle parole della madre. Peccato che il colloquio si concluda con questa dichiarazione critica da parte di Anna: “Quando avevo la tua età, ho smesso di lottare, ma non ho fatto quello che hai fatto tu, io ho iniziato a pensare a me stessa, smettendo di credere di poter costruire un mondo come lo volevo io”.

Il rapporto con i genitori al momento della consultazione

Nel corso del primo colloquio Anna e Luca descrivono come molto pesante il clima che si respira in casa. La madre racconta che, se non fanno tutto quello che dice Elena, quest’ultima si scatena, diventando “una furia”, tanto che i vicini di casa hanno già chiamato due volte i Carabinieri. Tra gli obblighi imposti dalla ragazza c’è il fatto che il padre deve andare a camminare con lei tutti i giorni.

Nella prima seduta familiare Elena dice di sentirsi profondamente in colpa nei confronti dei genitori, perché li vede soffrire a causa sua. Nella seduta successiva, il cui formato è individuale, la ragazza afferma che la propria anoressia è un modo per punire i propri genitori, in particolare la madre. Spiega che il rapporto con il padre è stato inesistente fino al momento del ricovero. Racconta che Luca ha sempre sofferto di depressione e che, quando tornava a casa dal lavoro, si buttava sul divano e trascorrevano il tempo guardando la TV; non hanno mai condiviso delle attività, lui non le ha mai fatto un regalo di compleanno e non si è mai interessato alle sue amicizie. Durante il ricovero però il padre le si è avvicinato e ha ammesso i propri sbagli, chiedendole scusa. Elena sostiene di non provare più rabbia contro il padre, perché lui ce la sta mettendo tutta per rimediare ai propri errori, anche se ad un certo punto dichiara: “Un po’ mi diverto, perché gliele sto facendo purgare tutte”. La ragazza afferma che un vantaggio secondario del sintomo è consistito nel fatto che il padre iniziasse a sentire di contare

qualcosa, occupandosi di lei.

Durante la consultazione emerge che qualche anno prima Luca ha scoperto di avere un tumore della pelle che gli provocava gonfiori in alcune parti del corpo, come le mani e le gambe, impedendogli di fare qualsiasi sforzo e costringendolo a riposo. Lui sostiene che è a quel punto che è caduto in depressione. Ha assunto antidepressivi per un anno, smettendo poi in autonomia, perché non ne sentiva più il bisogno.

Per quanto riguarda il rapporto con la madre, la ragazza racconta di provare un sentimento d'amore misto ad odio nei suoi confronti. Spiega che la madre si è sempre sentita vittima dei tristi eventi capitati nella sua famiglia d'origine e che per questo ha sempre minimizzato i suoi problemi, sottolineando che i propri erano più grossi. Da una parte Elena vorrebbe essere la figlia perfetta per accontentare la madre, dato che una parte di sé le vuole bene, ma dall'altra sente che la madre la opprime, privandola della sua libertà, per cui utilizza il sintomo anoressico per ribellarsi.

Elena sottolinea che a differenza del padre, sua madre ritiene di essere perfetta; la ragazza riconosce che la madre è sempre stata presente, ma nel modo sbagliato, perché non l'ha accolta nei suoi bisogni di figlia. Elena non vuole essere compatita, ma compresa da Anna nella sua sofferenza. La madre invece si mette sempre al centro dell'attenzione, sottolineando che la propria sofferenza è stata ed è maggiore di quella della figlia (quando Elena dice: "Sto male", Anna le risponde: "Io sto peggio") e, quando capita che le dia attenzioni, Elena ha la sensazione che lo faccia più per far star bene se stessa che per lei. La ragazza dichiara che a volte pensa che ce la farebbe a guarire, ma poi prevale il desiderio di colpire sua madre, facendogliela pagare ancora per un po'. Questi pensieri la fanno molto soffrire, perché si sente tremendamente in colpa nei confronti della madre, che sa essere disposta a dare la vita per lei.

Nelle sedute familiari Anna è sempre svalutante nei confronti della figlia e adotta un atteggiamento di superiorità, fornendole spesso delle "lezioncine" di vita. La ragazza si dispera, piange e appare esasperata di fronte all'atteggiamento materno. Il padre la conforta, cercando di mediare tra lei ed Anna. Risulta interessante anche l'osservazione del piano non verbale: Elena cerca spesso il contatto fisico con il padre, standogli alle spalle e abbracciandolo; Anna spesso le afferra il braccio per attirarla a sé. Elena si avvicina alla madre, ma poco dopo torna verso il padre.

3.2 Restituzione

A partire dal primo colloquio di consultazione noi terapeute abbiamo formulato diverse ipotesi "nuvola" per spiegare l'origine del disturbo di Elena; "nuvola" nel senso che si trattava di ipotesi leggere, che potevano essere disfatte rapidamente, nel momento in cui emergevano nuovi dati che le invalidavano.

Riscontrando molte analogie tra il caso di Elena ed il modello eziopatogenetico di Mara Selvini Palazzoli, abbiamo ritenuto utile avvalercene come guida nel processo di ipotizzazione, restando pronte in ogni caso a metterlo in discussione, qualora avessimo identificato delle incoerenze, cosa che però non si è verificata, quantomeno in fase di consultazione. Ovviamente gli aspetti peculiari del caso, in particolare quelli relazionali,

hanno richiesto delle ipotesi ad hoc, che non erano contemplate nel modello.

Al termine di questo processo di connessione di informazioni siamo arrivate a formulare alcune ipotesi “imperiali”, più strutturate e più pesanti delle ipotesi “nuvola”, che abbiamo restituito alla famiglia, per condividere quanto ci sembrava di aver compreso sulle cause dell’anoressia di Elena e per giustificare la nostra proposta di piano terapeutico. Di seguito il contenuto della restituzione, organizzata in una prima parte riguardante la dimensione intrapsichica e in una seconda relativa a quella trigerazionale.

Introduzione

Iniziamo la restituzione dichiarando che secondo l’approccio sistemico relazionale l’anoressia nasce come tentativo di tamponare una sofferenza individuale, venendo poi utilizzata in un secondo momento anche per scopi relazionali.

Sofferenza individuale

Elena era una bambina bellissima, messa da Anna molto al centro dell’attenzione, tanto che la signora ha dichiarato di averle dato troppo. Alle medie era la ragazza più popolare della scuola e, nonostante fosse un po’ in sovrappeso, era la più apprezzata dai ragazzi. Il peso ha iniziato a diventare un problema quando alle superiori si è confrontata con ragazze che reputava superiori a lei dal punto di vista estetico, in quanto alte e magre, oltre che belle. Lei apparteneva ancora al gruppo di quelle più popolari, ma riteneva che l’unico motivo fosse il suo atteggiamento da bulla. Elena, che fino a quel momento era stata così tanto valorizzata dal mondo esterno, ha iniziato a percepirsi inadeguata ed è proprio l’inadeguatezza il sentimento che l’anoressia si propone di tamponare, perché riuscire a non cedere ai morsi della fame fa sentire forti. Il sentimento di inadeguatezza dunque trova conforto nel sentimento di potere su se stessi, che poi diventa potere anche sugli altri.

Scopi relazionali

Rimandiamo che, dalle dichiarazioni fatte da Elena nel percorso di consultazione, la sua malattia è sembrata loro in parte anche una punizione nei confronti dei genitori: del padre per l’assenza, della madre per non aver prestato attenzione ai suoi bisogni profondi di figlia. Sottolineiamo che tuttavia Anna e Luca attualmente hanno iniziato a mettersi in discussione per il bene di Elena, cosa che lei riconosce e di cui è loro molto grata.

Anna, da quello che ha raccontato della sua storia familiare, non è stata vista dai suoi genitori nelle sue necessità, tanto da affermare che è dovuta crescere da sola; è noto che ciò che non si sperimenta su di sé, non si riesce a farlo con gli altri, perché non si è potuto apprenderlo da nessuno. Un’infanzia di quel tipo le avrà fatto sentire di non essere importante; sarà cresciuta probabilmente sentendosi poco vista, inadeguata e svalutandosi. Quando è nata Elena, essendo una bambina bellissima, probabilmente Anna avrà pensato: “Anch’io sono capace di fare qualcosa di bello” e quella figlia per lei sarà stata motivo di grande orgoglio. Anna ha raccontato di aver stretto fin da subito un legame molto forte con Elena. Luca nel frattempo, sentendosi messo da parte, si è allontanato, senza provare a confrontarsi apertamente con Anna, sia perché ha un carattere evitante, sia perché non ha fatto

esperienza di un padre presente.

Anna ha dichiarato di aver introdotto troppo presto Elena nel mondo degli adulti, senza considerare che fosse ancora una bambina. Rimandiamo che secondo il nostro parere Elena continua ad avere dei bisogni che generalmente si soddisfano durante l'infanzia, tant'è che l'anorexia l'ha portata a regredire alla condizione di bambina (non ha il ciclo, non ha le forme, sembra più piccola della sua età, è totalmente dipendente dai genitori). È come se il suo corpo attraverso la malattia comunicasse dei bisogni infantili insoddisfatti, che devono essere saziati, affinché possa superare il blocco evolutivo che si trova a vivere. Elena ha raccontato che durante le crisi sente dentro di sé una voce che si lamenta, dicendo: "Voglio le coccole"; restituiamo di ritenere che quella voce appartenga alla "bambina ferita" che vive dentro di lei e che, finché non ci si prenderà cura di questa creatura sofferente, Elena farà fatica ad entrare nel mondo adulto, ponendo fine alla sua ribellione.

Evidenziamo inoltre che la malattia è sostenuta da alcuni importanti vantaggi secondari, che hanno permesso ad Elena di ottenere un nuovo rapporto con il padre ed il riavvicinamento dei genitori, fino allo sviluppo di una relazione amicale tra di loro.

Concludiamo dicendo che durante la consultazione i genitori si sono rivelati una risorsa molto preziosa per la figlia e che per questo motivo si vorrebbe proseguire con la partecipazione di tutti, variando i formati e mantenendo parallelamente i colloqui individuali con Elena.

Le reazioni della famiglia

Elena si dice d'accordo con la restituzione e manifesta il desiderio di proseguire il percorso, anche se dichiara di essere spaventata dalla prospettiva presentata dalle terapeute di fare dei colloqui con lei e la madre, senza il padre.

Rispetto alla restituzione, Anna fatica ad individuare il proprio pezzo di responsabilità individuale, anche se, sollecitata dalle terapeute, riesce a dire che può essere che in alcune circostanze abbia prestato maggiore attenzione al proprio benessere, piuttosto che a quello della figlia. Per quanto riguarda la terapia, la madre afferma di essere disponibile a dare il proprio contributo, anche se, rivolgendosi con tono accusatorio ad Elena, le dice che dovrà "metterci del suo".

Per quanto riguarda Luca, l'unica cosa che dice, quando gli viene richiesto il suo pensiero sulla restituzione e sulla proposta di terapia, è che si affida a noi, in quanto professioniste competenti.

3.3 Epilogo

Il percorso purtroppo si è interrotto dopo poche sedute individuali con Elena e Luca. Ritenevamo fondamentale che Anna iniziasse ad affrontare il proprio passato, mettendosi in discussione, affinché Elena potesse abbandonare via via la "gara di perfezione" messa in atto con lei. La ragazza infatti nel corso di una seduta aveva dichiarato di voler essere più perfetta della madre e che la malattia rappresentava un mezzo efficace per raggiungere tale obiettivo, in quanto per lei resistere alla tentazione rappresentata dal cibo costituiva uno sforzo immane. Non ci si poteva

aspettare dunque che Elena rinunciassse al sintomo prima che Anna avesse riconosciuto in modo autentico le proprie mancanze. Il lavoro su Anna inoltre sarebbe stato necessario per rendere possibile il passaggio da un accudimento mimato ad un accudimento autentico. Come terapeute ritenevamo dunque che l'unico modo per togliere terreno al sintomo fosse ingaggiare la madre in un percorso individuale. Abbiamo scoperto con amarezza però che la disponibilità iniziale di Anna a dare "anche il sangue" per il bene della figlia, in realtà era solamente formale, così come lo era stato il suo accudimento. La madre infatti, convocata individualmente dalla scrivente, ha opposto un secco rifiuto, dicendo che non se la sentiva nel modo più assoluto di parlare di sé, pur consapevole dell'importanza che questo avrebbe rivestito per il processo di guarigione di Elena.

Il percorso è stato dunque portato avanti dalla Dott.ssa La Porta con colloqui individuali con Elena e Luca, finché la ragazza è diventata via via sempre più scarsamente motivata e ha iniziato a saltare gli appuntamenti. Anna non è stata disposta a partecipare nemmeno ad un ipotetico colloquio familiare conclusivo, durante il quale intendevamo fare il punto della situazione, valutando insieme alla famiglia se e come eventualmente procedere. La La Porta ha proposto al padre di iniziare un percorso individuale con lui, ma Luca si è rifiutato, sostenendo che lui si era messo in gioco individualmente solo allo scopo di aiutare la figlia. Elena non ha mai risposto al messaggio con il quale la collega le domandava se intendesse proseguire il percorso individuale iniziato.

3.4 Riflessioni conclusive

Quando abbiamo iniziato a seguire questo caso, sapevamo di trovarci di fronte ad un'impresa molto ardua, vista la cronicità della malattia di Elena. Ciononostante continuo tuttora ad interrogarmi sul modo in cui ci siamo mosse, chiedendomi se, modificando alcune variabili, saremmo riuscite a portare avanti la terapia.

Penso che Elena sia rimasta delusa dalla nostra implicita promessa non mantenuta di aiutare sua madre a riconoscere in modo autentico la bambina ferita presente dentro di lei. Ritengo però che per fare questo passo, Anna avrebbe dovuto accettare prima di tutto di curare la bambina ferita presente anche dentro di sé, ma che non fosse pronta per questo. Per riconoscere i propri sbagli di genitore infatti avrebbe dovuto essere disposta a rivisitare le carenze subite in quanto figlia e quindi ad "attaccare" le proprie figure genitoriali, che però al momento della consultazione risultavano da lei protette da una forte idealizzazione.

È difficile arrendersi di fronte alla libertà di un paziente, che decide di fermarsi alla prima tappa di un percorso di cambiamento, senza procedere oltre, tanto più che in questo caso l'arresto con tutta probabilità non è stato determinato dalla paziente. Consola tuttavia la consapevolezza che la restituzione di ipotesi fondate abbia già di per sé un notevole valore terapeutico; come dei semi sparsi su un terreno infatti, le ipotesi prima o poi potrebbero germogliare, portando frutto.

4. CONCLUSIONE

*Le ipotesi sono impalcature che si innalzano
prima dell'edificio e che si tolgono quando
l'edificio è compiuto. Sono indispensabili al
muratore, solo che questi non deve
scambiare l'impalcatura per l'edificio.*
Johann Wolfgang Goethe

Provenendo da una università dove una delle materie più accreditata del corso di Psicologia clinica era “Genetica del comportamento”, in cui si dimostrava che la varianza di molti disturbi era spiegata da fattori genetici piuttosto che ambientali, è stato per me sconcertante all’inizio della Scuola di Psicoterapia scoprire che era possibile e utile fare ipotesi psicologiche sulle cause di un sintomo. Superata la perplessità iniziale, si è fatto strada in me l'entusiasmo per la ricerca continua e la scoperta. Mi sembrava di essere tornata sui banchi del liceo, quando provavo una sorta di eccitazione di fronte ad una versione di greco, non vedendo l'ora di scoprire cosa si celasse dietro a quei caratteri così poco comprensibili e allora scorrevo tra le righe del mio vocabolario, andando alla ricerca del significato che meglio si adattasse al contesto globale. Mi sentivo un po' come un investigatore, che deve collezionare indizi per risolvere un enigma e anche un po' come un esploratore, che ha di fronte a sé un'isola sconosciuta tutta da scoprire. Sono proprio queste le sensazioni che provo ancora quando accollo un nuovo paziente. Mi sento intrigata dal desiderio di comprendere perché abbia sviluppato certi tratti di personalità, perché si comporti in un determinato modo, perché abbia scelto un dato sintomo e non un altro, ecc. Un po' come fa l'archeologo, cerco allora di scavare, scoprendo via via strati sempre più profondi, che spieghino le connessioni con ciò che si osserva in superficie.

All'inizio del lavoro riconosco in molti pazienti lo stesso sconcerto che ho provato anch'io all'inizio della Scuola; alcuni mi dicono di non essersi proprio mai soffermati in precedenza a ragionare sui fattori che stanno alla base del loro modo di essere. Via via però solitamente accade che il paziente viene coinvolto nel processo di scoperta, contagiato anche lui dal desiderio di capirsi di più. Il paziente passa dal descrivere l'immagine globale, impressa sulla tela, al coglierne via via i più piccoli dettagli, mentre il terapeuta cerca di svelargli la trama sottostante, che ha prodotto l'immagine osservabile.

Ed ecco che allora il lavoro terapeutico si trasforma in una melodia suonata a quattro mani.

BIBLIOGRAFIA

- Cambiaso G., Mazza R. (2018). *Tra intrapsichico e trigenerazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016). *Entrare in terapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini M. (2004). *Reinventare la psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.

- Selvini Palazzoli M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980b). "Ipotizzazione, circolarità, neutralità", in *Terapia Familiare*, 7/1980.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Milano: Raffaello Cortina.
- Sorrentino A.M. (2012). "L'incontro terapeutico e gli interrogativi diagnostici: un'esperienza di reciprocità", in *Terapia familiare*, 99/2012

“SPECCHIARSI IN UN QUADRO” L’UTILIZZO DI IMMAGINI D’ARTE NELLA CLINICA DI COPPIA E INDIVIDUALE

Ludovica Rosano¹

RIASSUNTO. Nel corso di un lavoro terapeutico, a partire dal loro incontro, clinico terapeuta e paziente danno vita ad un dialogo fatto principalmente di parole, ma non solo. Le parole, infatti, originano dal pensiero che a sua volta si nutre e alimenta di immagini. Tuttavia non è sempre semplice e scontata la condivisione del proprio mondo interno all’altro, e le parole che solitamente servono a creare un ponte tra il dentro e il fuori, faticano ad emergere per comunicare. Per questo l’utilizzo di immagini prese in prestito dal mondo dell’arte possono in tal senso supportare il singolo individuo o membro di una coppia nel compito di doversi raccontare sia a se stesso aumentando la propria consapevolezza che all’altro, creando una connessione profonda attraverso un linguaggio figurato e metaforico che attraverso le immagini diviene condiviso e nelle menti e tra le menti di chi sente, vede e ascolta, sia esso il paziente, il terapeuta o il partner. Le storie di vita si tingono dei colori dei quadri e viceversa i quadri assumono sempre nuovi significati assumendo le sfumature che hanno caratterizzato le storie di chi si narra specchiandosi in un quadro.

SUMMARY. In the course of a therapeutic work, starting from their meeting, clinician and patient give life to a dialogue made up mainly of words, but not only. The words, in fact, originate from thought that is made of images. However, sharing one's inner world with the other is not always easy and obvious, and the words that usually serve to create a bridge between the inside and the outside struggle to emerge to communicate. For this reason, the use of art images can in this sense support the single individual or member of a couple in the task of having to tell himself both to himself by increasing his awareness and to the other, creating a deep connection through a figurative and metaphorical language that through images becomes shared and in the minds and between the minds of those who hear, see and listen, be it the patient, the therapist or the partner. The life stories are tinged with the colors of the paintings and vice versa the paintings always take on new meanings assuming the nuances that have characterized the stories of those who are told by mirroring themselves in a painting.

PAROLE CHIAVE: intrapsichico, trigerazionale, immagini d’arte, terapia di coppia, strumenti

L’uomo, come dice Aristotele nel *De anima*, non può pensare senza immagini. Il pensiero è una facoltà che si articola con la parola che trae

¹ Psicologa Psicoterapeuta

origine proprio da segni e immagini. La capacità mentale di produrre immagini e di essere sollecitati da esse si rivela, infatti, un valido aiuto nel momento in cui con la parola si trova difficoltà di espressione. La comunicazione verbale, infatti, solitamente più controllabile di quella non verbale, può costituire delle barriere per ciò che sta a cuore all'individuo e ostacolare se non addirittura inibire la capacità espressiva di ciò che sente e/o pensa. Nel caso di una coppia queste difficoltà possono "raddoppiare" e l'immagine può fungere da facilitatore del processo di comunicazione in quanto mezzo attraverso il quale è più semplice accedere ai rispettivi mondi interni per poterli porre successivamente in contatto tra loro. L'immagine, infatti, non solo tende a promuovere un primo livello di rappresentabilità, ma stabilisce anche tra il soggetto e la sua storia una distanza che favorisce l'ascolto, la pensabilità ed il dialogo sia con sé che con l'altro. Se nel lavoro individuale, in un primo momento, l'immagine diviene il mezzo attraverso il quale creare un ponte intrapersonale di conoscenza con il proprio sé, in un secondo momento questo diviene estendibile e accessibile anche alla lettura del terapeuta creando quindi un ponte interpersonale come una sorta di svelamento condiviso in cui il paziente si mostra.

Questo processo nel lavoro con una coppia si duplica, in quanto dopo un primo riconoscimento di ciascuno in un quadro non solo ci si racconta e rende visibili al terapeuta, ma anche ad un terzo interlocutore ovvero il proprio partner, che entra in questo modo a far parte di un sistema in cui circola un linguaggio comune. Si genera, infatti, una forma di linguaggio che assume il carattere del simbolico, per certi versi del metaforico, dai contorni sfumati, diluiti, ma anche meno difeso e quindi pur sempre autentico veicolo di significati sui propri vissuti.

Sebbene l'utilizzo di immagini all'interno di un dialogo terapeutico possa sembrare più propriamente uno strumento legato alla psicologia del profondo, in realtà si rivela pertinente anche in un setting individuale o di coppia di orientamento sistemico relazionale dando vita ad una combinazione del tutto inedita e arricchente, in cui si verifica l'incontro tra l'intrapsichico il trigerazionale, nel caso specifico di una diade amorosa sia proprio che altrui, oltre alla dimensione strettamente riguardante il sistema costituito dalla coppia stessa.

In particolare, restando all'interno di un approccio sistemico relazionale, si può cogliere questa integrazione, prendendo in considerazione lo strumento di indagine ICG, il cui acronimo sta per Intervista Clinica Generazionale, in cui, accanto ad una parte di intervista, che si snoda nei tre assi generazionali origini, coppia e passaggio alle generazioni future, è presente una raccolta di immagini d'arte che si avvale di questa strategia nel lavoro clinico con la coppia. Più nello specifico si tratta di quadri, integrali o dettagli, impiegati come stimolo visivo per accompagnare l'indagine sia su un piano orizzontale a livello sistemico, relativa alla area della coppia, sia su un piano verticale, a livello trigerazionale, che invece riguarda la propria famiglia di origine e ambiente di vita.

Interessante poter considerare e sperimentare l'utilizzo delle stesse immagini, pensate per un contesto clinico di coppia, anche in un contesto clinico individuale, specialmente quelle che rimandano al ricordo e al vissuto del proprio ambiente familiare di origine. In questo modo è possibile poter lavorare usufruendo di un ulteriore ausilio, in un'ottica quale quella

sistemica, per disporre di un piano trigerazionale a cui attingere per spiegare un dato di partenza che ci viene portato nel setting di terapia e che solitamente è afferente al presente. Ha luogo così un viaggio a ritroso nelle immagini della memoria.

Per addentrarsi nel cuore e nel vivo dello strumento fonte di ispirazione e spunto di tale riflessione tradotta poi nella pratica, diamo uno sguardo di seguito alle immagini d'arte raffiguranti paesaggi e figure di coppia rispettivamente 12 afferenti all'asse delle origini, del proprio ambiente di vita e quindi l'intrapsichico e il trigerazionale e 12 quello della coppia ovvero il sistema. In particolare sia per gli scenari di origine, che per le scene di coppia, le immagini vengono simbolicamente divise in gruppi di quattro ciascuno da un punto di vista del contenuto e del significato veicolato. Partiamo dalle immagini che ritraggono i paesaggi. Tra queste il clinico può tenere a mente che ve ne sono di raffiguranti paesaggi ideali (*fig. 1*), ovvero che si riferiscono a quadri in cui l'intenzione dell'artista è quella di comunicare stati mentali di "paradiso", di "età dell'oro" e di "benessere ideale" come le seguenti:

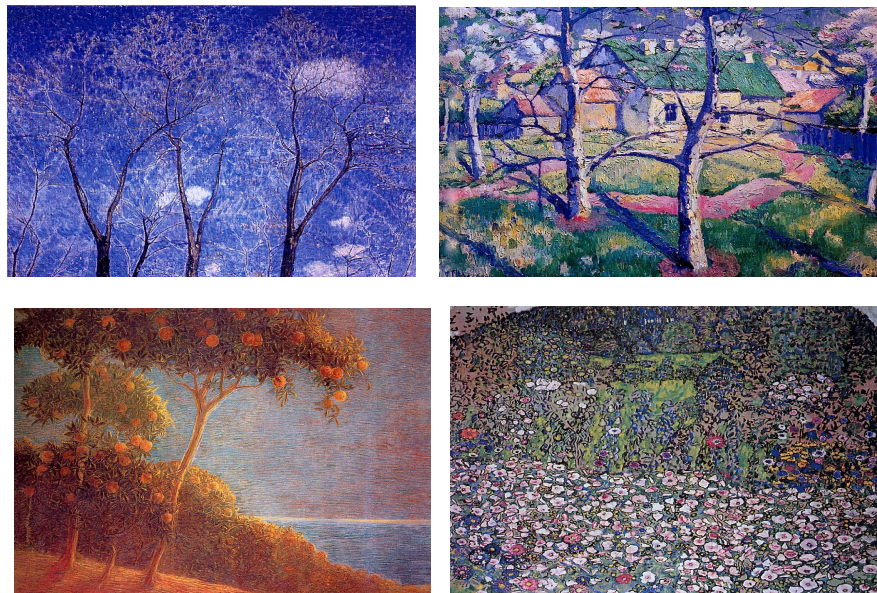


fig. 1 - Paesaggi ideali

Paesaggi reali, che si riferiscono a quadri in cui l'intenzione dell'artista è quella di comunicare "la vita vissuta", il "bello e cattivo tempo", lo "stato conflittuale" (caldo e freddo, luci e ombre, verginità della natura e occupazione dell'uomo) come le seguenti (*fig. 2*):

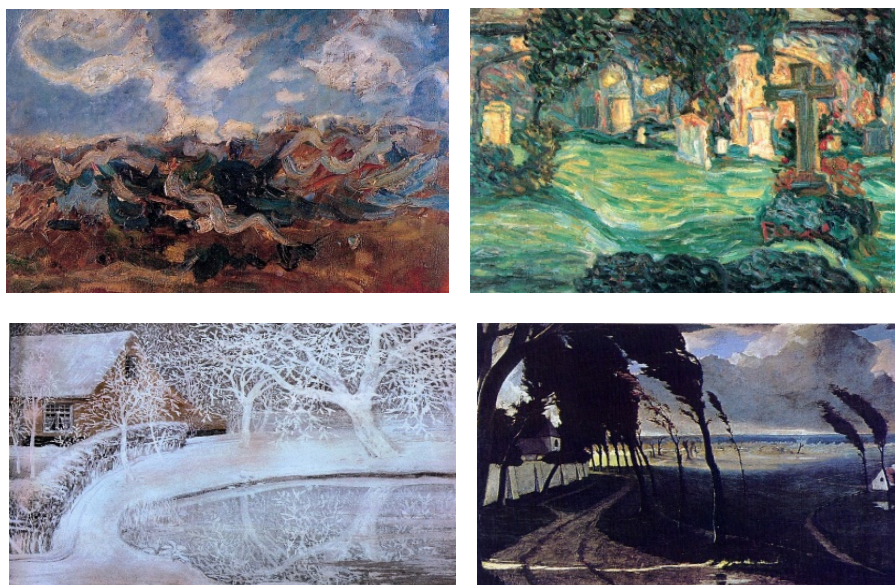


fig. 2 - Paesaggi reali

Paesaggi ambigui, che si riferiscono a quadri in cui l'intenzione dell'artista è di "natura incerta", simbolica, inquietante e straniante come nelle seguenti e ultime immagini (*fig. 3*):



fig. 3 Paesaggi ambigui

Passiamo ora alle immagini di coppia. Anche in questo caso se ne possono individuare alcune che alludono ad *un'estasi* (*fig. 4*), riferendosi a quadri in

cui l'intenzione dell'artista è quella di comunicare la presenza di una relazione estatica, sognante, fusionale, idilliaca. È, in altre parole, la coppia che trascende il quotidiano e che "sfugge" il presente, come le seguenti:



fig. 4 - Estasi

Immagini di coppia in cui compare la dimensione del *dialogo* (*fig. 5*), riferendosi a quadri in cui l'intenzione dell'artista è quella di mettere a confronto il maschio e la femmina, di considerare la somiglianza e la differenza e la condivisione possibile. In questo caso si ha la coppia che sta di fronte e che si prende per mano, come nelle seguenti:



fig. 5 - Dialogo

Infine, le figure di coppia in cui prevale ed è in evidenza la dimensione della *divisione* (fig. 6), e che si riferiscono a quadri in cui l'intenzione dell'artista è quella di evidenziare la presenza della rottura, dell'isolamento, della discordia. È la coppia dolorosa, spezzata, angosciata, disperata, come nelle seguenti immagini:



fig. 6 - Divisione

Da un punto di vista operativo, rispetto alle consegne originarie che introducono il compito rivolto a ciascun singolo individuo e membro di una coppia presente nel setting terapeutico, cui si richiede di scegliere tra le immagini presentate, volte a indagare le suddette dimensioni relative alle proprie origini e alla propria coppia, ho ritenuto possibile, a seconda del setting, del timing e quindi dell'obiettivo che si vuole perseguire da tale somministrazione, apporre delle integrazioni e delle variazioni a partire ad esempio dall'ambito di applicazione in cui è stata adottata e adattata questa risorsa, ovvero un setting non solo di coppia, ma anche individuale in cui ho riproposto la scelta del proprio scenario di origine apportando alcune modifiche formali.

Nel rivolgermi ai membri di una coppia, la consegna è rimasta invariata se non per l'aggiunta di un ulteriore quesito, ovvero chiedere di commentare anche la scelta del partner, mentre nel caso di una terapia individuale ho preferito formulare la richiesta in altri termini.

Infine, per quel che riguarda invece la scelta del quadro rispetto alla relazione di coppia ho ampliato il ventaglio di quesiti da poter rivolgere ai due partner.

Entrambe le consegne verranno illustrate in seguito e nel dettaglio attraverso alcune esemplificazioni prese da tre casi clinici di cui due di coppia e uno individuale, in momenti diversi anche del medesimo percorso.

LE IMMAGINI D'ARTE NEL SETTING DI TERAPIA DI COPPIA. DUE CASI CLINICI.

CASO 1

Nel primo dei due casi esemplificativi le immagini d'arte hanno svolto un ruolo importante per l'interruzione di un momento di empassse conflittuale presente nella coppia, la quale attraverso questa modalità è riuscita a fermarsi e produrre due momenti di tregua in due momenti diversi del percorso, rispettivamente all'inizio e a un anno dall'inizio della terapia, in cui per i partner è stato possibile ascoltarsi e confrontarsi davvero. Mary e Davide, una coppia della provincia di Brescia, entrambi 40 anni al tempo della consultazione, insieme da circa venti anni e sposati da quindici con una figlia di 10 anni. Lei ha deciso in età adulta di intraprendere gli studi universitari laureandosi circa 8 anni dopo la nascita della figlia e lavora come infermiera, mentre lui è da sempre responsabile di un punto vendita di una catena di negozi di elettrodomestici. Mary è una donna magra, minuta, molto giovanile e grintosa, lunghi capelli biondi e abbigliamento e modi da ragazzina un po' figlia dei fiori come si definisce più volte anche lei parlando di sé e del suo approccio alla vita. Prima dell'università aveva fatto studi artistici e tuttora l'arte è una sua passione. Davide è più pacato, silenzioso e introverso a tratti spento come dice la moglie, appare come insicuro e più impacciato della consorte, meno spigliato pur essendo un uomo piacente e in forma e altrettanto giovanile. Lui più razionale e incline alla ruminazione lei più impulsiva e passionale. Arrivano portando in prima seduta come motivo della loro richiesta di aiuto il tradimento di lei scoperto da lui due mesi prima. I toni sono molto accesi e la tensione che arriva è tanta. Rabbia, delusione, sfiducia rendono difficile un dialogo e la reale possibilità di ascolto reciproca. Ciò che ha caratterizzato le loro storie sono da una parte una famiglia piuttosto fredda e distante dal punto di vista emotivo e affettivo per Davide all'insegna della piattezza, per certi versi poco visto e all'ombra del fratello maggiore di cui ricorda la prevaricazione, inoltre dice di aver sofferto di encopresi per molti anni durante la scuola fino all'età adolescenziale, ma di non ricordare da parte dei genitori una reale preoccupazione a riguardo. La famiglia di Mary invece molto più colorita e viva, all'insegna della manifestazione delle emozioni, anche se colpita dalla precoce perdita della madre, restando orfana quando era poco più di una bambina e da sola col padre, in quanto figlia unica, con il quale ha sempre avuto un rapporto di amore e odio ricordando la sua autoritarità e i rimproveri spropositati rispetto alla circostanza.

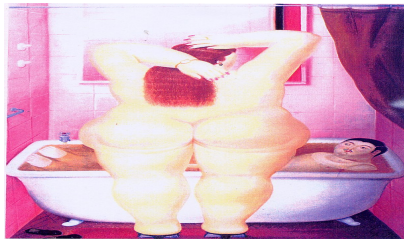
Figure di coppia

CONSEGNA

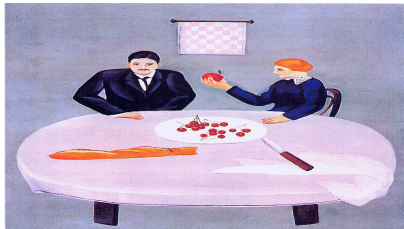
La prima delle due consegne, relativa alla relazione di coppia e così ampliata:

“Osservate ciascuno per conto proprio queste immagini, scegliete tenendo a mente ognuno per sé l’immagine scelta per esprimere come vive la relazione di coppia e poi fate lo stesso immaginando la scelta dell’altro.

Dire la propria e l’ipotetica altrui scelta motivandole e commentare reciprocamente le scelte dell’altro.”



di aver un atteggiamento di adorazione nei confronti di Mary, ma di averla guardata più nel passato da “guardiano” che analizza tutto di una situazione, magari col rischio di perdersi e di non viverci il momento presente come dice la moglie, ammettendo di aver sbagliato e di provare a non farla sentire più sotto esame.



a entrambi di esser riusciti nell’ascolto reciproco e di essere quindi in grado di farlo, avendo avuto modo di imparare e conoscere qualcosa di nuovo dell’altro oltre ad emergere un tema di giudizio che ciascuno sente arrivare su di sé dall’altro ponendoli sullo stesso piano. Questo crea un senso di maggior vicinanza non solo emotiva, ma anche fisica all’interno della coppia,

Qui a lato le immagini scelte da Mary. La prima per sé, in quanto le piace Chagall e l’idea romantica di coppia che si completa, conosce, cercando di capirsi e venirsi incontro, ma circondata da un mondo falso e di facciata e al tempo stesso perfetto finché si resta in superficie, fatto di relazioni che non nutrono. Il marito nel commentare l’immagine scelta dalla moglie la definisce idealizzante. La seconda è quella che ipotizza aver scelto il marito, che contempla la moglie anche se in realtà pensa valga poco guardandola mentre lei fa, facendola sentire come se fosse sempre sotto esame. Davide conferma

Queste sono le immagini scelte da Davide. La prima per sé, in quanto vede un uomo ripiegato su sé stesso, fermo che non si muove con accanto una donna intenta nel gesto di voler spiegare qualcosa e voler spronare l’altro a tirar fuori le parole e i suoi pensieri, l’uomo prova un senso di subordinazione e si sente sotto esame. La seconda è quella che ipotizza aver scelto la moglie, che sente che sono vicini ma lontani, senza comunicare. Mary si inserisce commentando che non si rivede in questa immagine in quanto triste, angosciante, fredda e bruttissima. È interessante far notare

lui ha gli occhi lucidi, si avvicina e accarezza un ginocchio alla moglie, si guardano in silenzio e sorridono come a dirsi “ce la possiamo fare”.

A distanza di circa un anno ripropongo le immagini di coppia.



Queste, le scelte di Davide. La prima per sé in quanto ritrae due persone vicine, nella loro intimità, lei appare più disinvolta e con lo sguardo rivolto verso di lui. C'è un contatto fisico, ma lui è in difficoltà ed è meno disinvolto e a proprio agio rispetto alla donna. La seconda è quella che il marito pensa abbia scelto la moglie, in quanto è raffigurata una coppia che si stringe, dove i partner sono legati, ma al tempo stesso cercano di restare insieme.



Vediamo ora, qui sopra, quelle scelte da Mary. La prima per sé, attratta dai colori, la luminosità, la nudità, perché trasmette positività e meno ansia di un tempo. La seconda è quella che pensa abbia scelto il marito che si lamenta per la loro concretezza e pragmaticità. Lungi dalla finalità di tale esperienza pratica mediata, che la scelta dei partner cada sulla medesima opera d'arte, in questo caso è stato utile rimandare che nonostante si sia verificato ciò, ciascuno abbia comunque colto aspetti diversi dall'altro, pur trovandosi apparentemente di fronte alla medesima scena e situazione di intimità, in quanto diversi sono i vissuti e le sensazioni suscitate. Davide, infatti, attraverso il proprio disagio, rileva e fa emergere una problematicità legata all'intimità di coppia, che rappresenta una criticità rispetto alla sessualità di cui vorrebbe poter parlare anziché procrastinare il confronto con la moglie.

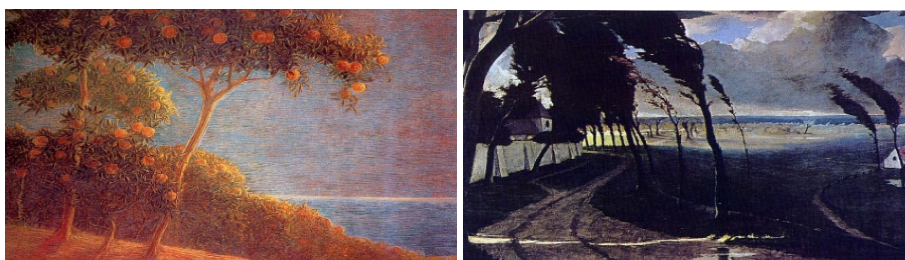
L'idea di far pensare a ciascuno l'opera scelta dall'altro nasce dalla volontà di porre i partner in una posizione per avere l'occasione di sperimentare che non sempre, ma il più delle volte, ciò che avevano ipotizzato essere la scelta e quindi il punto di vista dell'altro spesso non coincide con il suo effettivo pensiero. Questo per consegnare a ciascuno il messaggio di non dare per scontato di conoscere e sapere ciò che l'altro pensa, sente o prova, ma che serva porsi in ascolto e in dubbio.

Scenari di origine

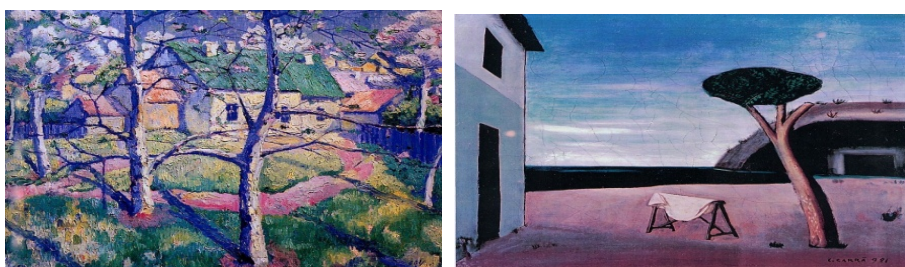
La seconda consegna rivolta sempre a questa coppia riguarda l'altra dimensione oggetto di indagine ovvero le proprie origini e stavolta la scelta è tra le immagini d'arte di paesaggi, intesi come scenari di ambienti di vita che hanno connotato ciascuno dei due partner nelle proprie famiglie di origine.

CONSEGNA

“Osservate queste immagini (presento le riproduzioni dei quadri di paesaggio). Ciascuno di voi, in silenzio, ne scelga una per esprimere e dare visibilità al proprio ambiente di origine. Potete commentare l'immagine che avete scelto?”



Queste le immagini scelte da Mary. La prima rimanda a come sente di aver reagito provando a non crogiolarsi, in cerca di calore. La seconda invece parla di come spesso si sia sentita, provando freddo, vuoto, angoscia e depressione, anche se non tutto è solo negativo.



Questi i dipinti scelti da Davide. Il primo è associato alla serenità legata al ricordo della casa delle vacanze estive in collina, che da bambino gli dava tale sensazione. Il secondo rimanda al ricordo del tutto in ordine ma che con gli occhi di oggi risulta essere oggetto di maggior criticità in quanto associato al sentimento di tristezza, piattezza, mancanza di emozione e passione, trasporto nei rapporti interpersonali all'interno della propria famiglia di origine. Interessante la scelta per entrambi della doppia immagine, in cui la prima appare più positiva e accettabile della seconda, e ciò potrebbe far ipotizzare ad un iniziale atteggiamento difensivo, tentativo agito sottoforma

di idealizzazione del proprio ambiente di origine oppure ad una visione completa che tiene conto di aspetti più e meno positivi al tempo stesso, in un gioco di “luci e ombre”.

CASO 2

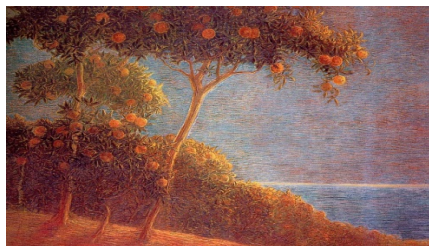
Per questa seconda coppia l'impiego di immagini d'arte rispetto agli scenari di origine è valso come occasione per un momento conoscitivo e di condivisione delle proprie storie e origini tra i coniugi. Mentre è servito come momento di verifica e confronto all'insegna di un bilancio circa la dimensione di coppia nel tempo passato presente e futuro in un processo per certi versi simile e preso in prestito da quello analogamente messo in campo dalla realizzazione delle sculture del tempo. Elisa e Daniele, di 36 e 40 anni al tempo della consultazione. Insieme da circa 20 anni dall'età di 17 anni lei e 21 anni lui, conviventi da 10 anni e sposati da 4 anni, prima civilmente e l'anno seguente anche secondo il rito religioso. Hanno due figli, al tempo di 10 e 7 anni. Elisa è una giovane donna dai lineamenti sottili, dalle forme e dai colori un po' botticelliani. Abbastanza alta e di media corporatura, la silhouette probabilmente addolcita dalle gravidanze, una ragazza semplice, acqua e sapone con grandi e tondi occhi azzurri, dallo sguardo un po' spento e affaticato, pelle chiara guance rosee e morbidi capelli mossi biondo cenere sopra le spalle. Abbigliamento comodo e pratico che tende ad invecchiarla e nasconderla anziché valorizzare la sua femminilità nonostante sia lei che il marito siano una coppia piacevole alla vista. Con un passato da grafica ha interrotto la carriera con la nascita dei figli e da allora ha fatto la casalinga, alternando momenti da badante e lavapiatti, cosa che non la gratifica affatto, ma che fa per sostenere il progetto della nuova casa. Daniele alto e di corporatura robusta, ma abbastanza in forma, colori decisamente più scuri e mediterranei di quelli di Elisa, sorriso smagliante e risata frequente alla fine delle sue frasi, spesso modi battuta, in contrasto con lo sguardo a momenti cupo, profondo e pensieroso. Lei più emotiva e incline al pianto, con tratti ansiosi e di controllo, lui più riservato, a tratti evitante di poche parole, dipendente da tablet, telefono e pc, un animo nerd più disteso e tranquillo meno apprensivo della moglie che lo vorrebbe più intraprendente in casa e meno poltrone e pigro, ma con più iniziativa. Portano un problema di mancanza di comunicazione e liti accese. Appesantiti da un contorno familiare “ben condito” come disse Elena in una seduta, in contrasto tra loro per via di una casa da ristrutturare, soldi da trovare, lei affaticata per via dell'assistenza alla nonna paterna ed entrambi in pensiero per il secondogenito che mostra qualche difficoltà nell'apprendimento e che richiede gli accertamenti del caso. Le loro storie sono caratterizzate per Elisa da una figura materna autorevole e con in mano le redini della famiglia e un padre più accogliente e accomodate con cui poter parlare, e una sorella più piccola a cui ha fatto un po' da vice mamma, per Daniele due genitori, in particolar modo la madre, irremovibili e non assecondanti i desideri e le aspirazioni del figlio, secondo di tre fratelli, di cui il maggiore maschio e la più piccola femmina, e poco visto e messo in ombra dagli altri, spesso solo e un passo indietro alle vicende familiari, rimproverato e corretto dal padre ogni volta che sbagliava, non ha mai goduto di molta autostima. Dopo la morte precoce del fratello maggiore in un incidente stradale i rapporti e la

comunicazione coi genitori sono solo peggiorati, distanza emotiva e affettiva, un passato da ragazzino bullizzato durante la scuola, non ha mai reagito e come dice continua a lasciarsi scivolare le cose di dosso, rasentando il limite dell'atteggiamento "passivo aggressivo". Di lavoro è responsabile di area della provincia in una ditta che opera nel settore informatico.

Scenari di origine

CONSEGNA

"Osservate queste immagini (si presentano le riproduzioni dei quadri di paesaggio). Ciascuno di voi, in silenzio, ne scelga una per esprimere e dare visibilità al proprio ambiente di origine. Potete commentare l'immagine che avete scelto?" Potete commentare l'immagine scelta dall'altro?"



sorella più piccola di 8 anni.

Di lato i quadri scelti da Elisa. Quella che prevale è la casa tra gli alberi, i colori e le emozioni annesse, la casa in cui stava bene, mentre l'altra in cui compaiono le piante di arancio ha attirato la sua attenzione per la composizione degli elementi all'interno dell'immagine, un equilibrio non schematico, ma naturale, un'armonia non forzata. Rispetto alle emozioni suscitate dai colori del primo dipinto benessere, libertà nonostante le regole, una casa vissuta non tanto da esterni, ma dal nucleo familiare, la presenza dei genitori e di momenti di interazione con la

Queste le scelte di Daniele, colpito per la loro semplicità e perché non troppo particolareggiate:



Non ha tantissimi ricordi nel suo essere in famiglia, se non sporadici (tono e sguardo basso e cupo) e più legati a momenti di ferie piuttosto che di vita quotidiana. Il padre quasi mai a casa e anche la madre spesso fuori per i suoi impegni, c'erano spesso i nonni principalmente materni nonostante i paterni fossero al piano di sotto. Ricorda di un diverbio tra la madre e la nonna paterna per cui era stato proibito passare a salutarla, ma ricorda di esser andato di nascosto.

Gli sarebbe piaciuta l'immagine scelta dalla moglie come ideale che non c'è stato quindi più legata al desiderio che al reale. Il dipinto con le finestre per il senso di essersi sentito incastrato tra i suoi due fratelli, il più grande era intoccabile e bisognava lasciarlo fare e portagli rispetto mentre la sorella più piccola per i motivi opposti era la protetta, mentre le mie richieste erano bocciate in partenza, una disparità di trattamento. Ha provato un senso di solitudine, quando era tra la prima e la seconda superiore essendo anche venuti a mancare entrambi i nonni. Cinque case come i cinque membri del proprio nucleo familiare di origine, ognuno a sé stante rispetto agli altri.

Figure di coppia CONSEGNA

“Vi mostreremo delle immagini d'arte, prese da alcuni quadri (le abbiamo già usate in seduta, ma stavolta il tema non è la propria famiglia di origine ma la coppia).

Dopo averle osservate dovrete scegliere:

- quella che più rappresenta la vostra coppia al momento del vostro arrivo in terapia;

- quella che più rappresenta la vostra coppia oggi;

-quella che immaginate per il futuro;

- provate a pensare quali immagini secondo voi avrà scelto l'altro;

Per ogni immagine scelta (sia le vostre che quelle che pensate abbia scelto l'altro) scrivete una spiegazione/motivazione”



Queste due immagini sono quelle individuate da Elisa che dal proprio punto di vista ritiene rappresentino la coppia nel passato, in particolare il momento in cui lei e il marito sono arrivati in terapia. Il motivo della scelta del primo quadro è che sia l'uomo che la donna stanno con le braccia conserte in segno secondo di non comunicazione con la rabbia e il timore di ciò che può succedere comunicando. Inoltre il colore di fondo che trasmette la sensazione di freddo e quindi di distacco.

La seconda figura invece perché rappresenta il suo stato d'animo di quel momento solitudine

e desiderio di cambiamento in positivo.”



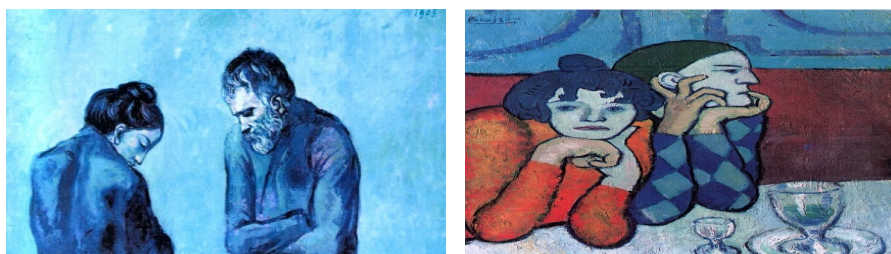
Queste sono invece le scelte che, sempre dal punto di vista di Elisa, rappresentano il proprio rapporto con il marito oggi, e quindi la coppia nel presente, a distanza di più di un anno di tempo dall'inizio della terapia. La motivazione di questa scelta è legata alla raffigurazione di due persone che comunicano, cercando di capire le idee l'una dell'altro, e per la presenza di colori caldi, che danno una sensazione di vicinanza.



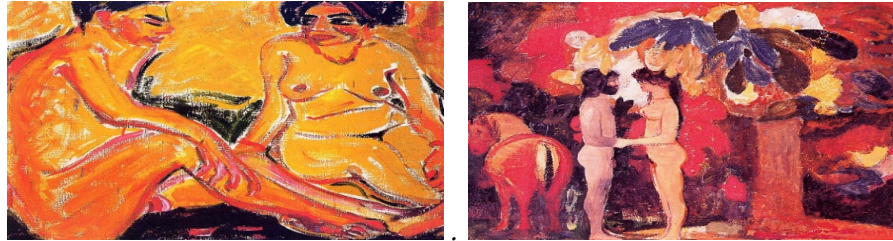
Queste immagini invece sono selezionate sempre da Elisa per i momenti che spera di poter vivere con il marito e quindi la coppia in futuro.

La prima per le varie tonalità che viste in una totalità sono bilanciate e così anche le emozioni raggiungendo un senso di responsabilità di coppia per l'essersi capiti e compresi reciprocamente. Inoltre per la raffigurazione in sé, in quanto le piacerebbe che Daniele le dedicatesse una canzone o un qualcosa, comunque sia solo per lei, ma fatto, creato e pensato da lui. Questo la farebbe sentire importante per lui. Inoltre perché si riconosce e rivede nella donna col grembiule dato che è una casalinga.

La seconda opera, perché entrambi i personaggi guardano nella stessa direzione e solitamente quando succede è perché entrambi stanno vivendo la stessa situazione e i volti sono sereni in una normale routine di casa.



Qui sopra le immagini che secondo Elisa ha scelto il marito Daniele per rappresentare la loro coppia nel passato, al momento del loro arrivo in terapia.



Queste invece quelle che pensa abbia scelto Daniele per rappresentare il loro rapporto oggi e quindi la loro coppia nel presente.



Questo il quadro che secondo Elisa avrebbe scelto il marito per figurarsi la loro coppia nel futuro



Questa è l'opera che secondo Daniele più si avvicina alla loro situazione quando sono arrivati in terapia (ognuno impegnato con i propri problemi da non accorgersi dell'altro) e quindi la loro coppia nel passato.



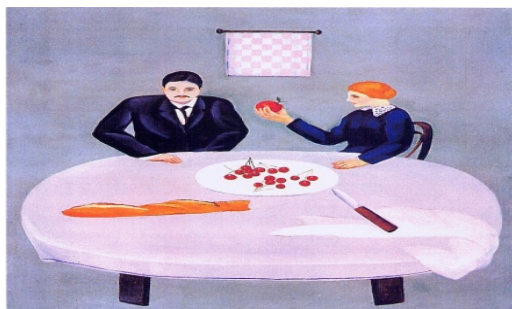
Questa l'immagine scelta da Daniele per rappresentare la coppia del presente, in cui si è creata più complicità e si cerca di aiutarsi di più, nonostante ci siano i problemi, si cerca di affrontarli (quando si riesce).



Questa la scelta per la coppia nel futuro.



Questa quella che secondo Daniele la moglie ha scelto per raffigurare il proprio vissuto rispetto alla loro coppia nel passato.



La figura che secondo lui avrebbe scelto Elisa per la situazione attuale, la coppia nel presente



L'immagine che per Daniele la moglie ha scelto per la loro coppia nel futuro.

LE IMMAGINI D'ARTE NEL SETTING DI TERAPIA INDIVIDUALE.

Il Caso di S.

S. è una ragazza che al momento della consultazione ha 25 anni, vive col padre e la di lui compagna nella periferia del capoluogo lombardo. Una cascata di ricci biondi schiariti dalla decolorazione, occhi grandi e verdi che

spiccano e al tempo stesso sono coperti da grandi occhiali da vista, un po' rotondetta coperta da abiti quasi sempre neri, un po' dark, rock, ha alcuni piercing su naso e orecchie, e sulla spalla tatuato uno dei suoi cani, adora gli U2 e per questo uno dei suoi cani porta il nome della band. Unghie affilate che ricordano più il mondo felino che canino. Una corazza e una scorza dura visibile anche nell'aspetto oltre che dall'atteggiamento sarcastico e pronto a ironizzare anche su cose non tanto leggere. Ha lasciato gli studi prima della maturità e non ha un lavoro se non quello di dog sitter, ha infatti una passione per i cani e si occupa di volontariato in un'associazione per trovare loro casa. Lei stessa ha diversi cani, pur vivendo in appartamento, e la giornata è scandita da loro motivo per cui dice di non poter trovare un lavoro. Vive nel caos e si lamenta del padre che in questo non l'aiuta. Da circa un anno si è lasciata col ragazzo con cui era andata a convivere andando di molto fuori regione. Il suo problema è la mancanza di fiducia nelle relazioni, e il timore di esser diventata evitante i rapporti sociali, in quanto sente di non cercarli e di farne volentieri a meno credendo solo nei propri cani che a differenza delle persone non la tradiranno mai. Questo è comprensibile alla luce della propria storia, avendo alle spalle un vissuto molto complesso e faticoso che racconta già in prima seduta, come del resto è solita fare anche quando si presenta a qualcuno per la prima volta come a voler chiarire da subito chi è, da dove arriva e che cosa ci si può aspettare da una "disgraziata" come lei, nonostante non voglia impietosire o essere compatita per la sua infanzia difficile. Figlia di una madre tossicodipendente, violenta nei confronti dei propri partner, compreso il padre di S. per questo motivo dai 6 fino ai 13 anni di età S. è infatti stata data in affido sentendosi la figlia di serie b rispetto ai figli biologici della coppia. Un'infanzia non infanzia in cui ha dovuto badare e prendersi cura della propria madre che non si reggeva in piedi scheletrica sul divano specialmente quando era fatta. È potuta tornare dal padre nel momento in cui le accuse di molestie su minore avanzate dalla madre sono decadute ed è stato riconosciuto innocente. Un padre poco presente e con un debole per le donne ancora oggi nonostante sia un ex banchiere in pensione di circa 70 anni. Rapporto di amore e odio in quanto fatica a trovare una propria indipendenza probabilmente sentendo di doversi prendere cura anche di lui, ha diverse relazioni che si susseguono e che spesso si sovrappongono tra la fretta di trovare quello giusto che forse possa salvarla e portarla via perché da sola non riesce e deve aggrapparsi a chi incontra, un po' come sua madre per cui nutre un odio profondo.

CONSEGNA

T.: "Le mostrerò delle immagini di arte che ritraggono paesaggi in genere. Le chiedo di guardarli e di scegliere tra questi quello che secondo lei più rappresenta e rispecchia il suo ambiente di origine. Le può essere d'aiuto chiudere gli occhi e concentrarsi su ciò che visualizza tornando indietro nel tempo e con la memoria ripensando a quando è stata una bambina e poi trovare quale delle immagini più si addice ed è affine (per sensazioni, colori...) al ricordo che si porta dentro. Le chiedo di indicarmi la scelta, motivandola. Ci proviamo?"



S.: “È molto difficoltoso scegliere per me, mi rendo conto, ma probabilmente l’opera che più mi riporta a ciò che è stata la mia infanzia è questa. Ho sempre vissuto ciò che mi accadeva con “positività” affrontando le cose istintivamente, era la mia pesante normalità, ho avuto paura, mi sono sentita spesso sola e persa, ma non ho mai perso di vista ciò che mi faceva bene, paradossalmente, mi sono sempre “salvata la pellaccia” in un modo o nell’altro, in fondo, seppur ci fosse tanto schifo attorno a me, cercavo di essere felice. Proprio oggi mi sono resa conto di ciò, il mio ragazzo è andato in bagno a fumare, dopo poco sono entrata in bagno e c’era odore di fumo, mia madre fumava sistematicamente in bagno e quando ero bambina entravo e sentivo odore di fumo, non è certo bello in realtà, ma qualche ora fa mi sono quasi commossa ed intenerita. È stata un’infanzia sicuramente dura e “poco infanzia” ma è stata la mia normalità, guardandola con gli occhi di quei tempi e quindi questo dipinto perché seppur delicatamente nell’oscurità, il colore c’è.”

T.: “La ringrazio per lo sforzo, so non esser cosa facile quella che le ho chiesto di fare, sono tutti pezzi di consapevolezza in cui specchiarsi e da non cancellare, ma con la possibilità di poterli guardare, un po’ come sfogliare un album di vecchie fotografie, senza restare impigliati impedendoci di compiere nuovi passi.”

CONCLUSIONI

L’utilizzo delle immagini di cui si compone questo strumento che, a seconda del tipo di setting terapeutico, del timing e di conseguenza anche dell’obiettivo che di volta in volta mi ha spinto ad applicarlo, consente, quindi, di svolgere una funzione esplorativa e di *assessment* conoscitivo iniziale, oltre che di monitoraggio, verifica e bilancio/confronto poi. È possibile adattare, variare o ampliare la consegna originale lasciandosi guidare e ispirare dal corso dei vari percorsi in cui si trova utile proporlo.

Attraverso questa modalità, altra, rispetto alla parola che il mestiere del terapeuta insegna essere il canale principe per chi lo esercita, è possibile portare all’interno della stanza di terapia l’infinità di colori ed altrettante sfumature di cui si tingono le storie delle persone, con le proprie memorie, i propri ricordi, i propri vissuti e le proprie emozioni. La parola si arricchisce di immagini e così le immagini di parole e significati completandosi e facendosi un tutt’uno, e nella mente del singolo (e dell’altro partner nella coppia), e nella mente del terapeuta divenendo una sorta di conoscenza collettiva, condivisa e fruibile oltre che visibile.

Avvalersi della possibilità di sfruttare anche il canale visivo, che anticipa e stimola in modo viscerale quello verbale, non solo aggiunge al lavoro clinico uno dei cinque sensi, rendendo ancora più pregnante a livello di esperienza la seduta, ma contribuisce a renderlo più originale, sottraendo alla monotonia e alla ripetitività, in cui si può rischiare di incorrere, sia il terapeuta sia chi gli siede di fronte in quel momento e che forse dal nuovo avrà più probabilità di portarsi a casa qualcosa in più di quello con cui era arrivato (non è forse questo lo spirito con cui ogni volta si dovrebbe pensare di aver concluso una seduta?). In particolare, nei casi presentati ad esemplificazione di quanto detto, la potenza evocativa delle immagini riveste di volta in volta funzioni diverse, a seconda della persona o delle persone con cui è in corso un'interazione. Può interrompere vuoti, silenzi, o al contrario l'incapacità di frenare aggressività e conflittualità, per fermarsi, a tacere e ad ascoltarsi, o mettere in luce ed evidenza differenze e/o somiglianze già note tra e ai due partner, ma anche là dove non si pensa essercene aggiungendo elementi fino ad allora ignorati.

Trasversalmente è una modalità apprezzata anche da chi vi si cimenta, considerandolo un valido mezzo per spiegarsi e capirsi meglio a più livelli (se stessi, il terapeuta e l'altro). In molti casi alleggerisce il compito di raccontarsi, ponendo il momento in un'ottica quasi metaforica consentendo di essere autentici, ma ad una "distanza di sicurezza" rassicurante, a seconda del proprio livello di difesa, meno esposti ed inclini alla paura del giudizio, della critica, o alla vergogna. Questo, ad esempio, può far in modo che nel lavoro con la coppia si riesca a far emergere e quindi a comunicare ed esprimere la volontà e il bisogno di affrontare un particolare tema che fino a quel momento era rimasto nelle terre del non detto e ancora inesplorato a causa del timore e del pudore che frena l'affrontarlo, come se un'immagine avesse in un certo qual modo dato il la ad una schiusura a riguardo. Inoltre attraverso la richiesta in consegna, rivolta a ciascuno dei partner di una coppia, di provare a immaginare anche la scelta dell'altro è possibile far sperimentare, o perlomeno provare a farlo fare, l'assunzione del punto di vista altrui uscendo per un attimo da sé stessi e dal proprio. Nel setting di terapia individuale, invece, come nel caso di S., può rivelarsi determinante il momento di somministrazione e svolgimento del compito. Per la paziente con alle spalle un percorso individuale di circa due anni, infatti, trovare un'immagine alla luce delle maggiori consapevolezze raccolte, è come scattare una foto, avere un fermo immagine di sé e della propria storia da cui potersi distanziare senza dover negare o cancellare questo dalla propria identità, ma dandogli il giusto spazio, tracciandone i contorni e i confini pur restando ben visibile e quindi anche più controllabile nel presente e nel futuro, da poter ogni tanto guardare e magari, nel farlo, provare, citando le sue parole, anche "*un sentimento di tenerezza*" forse segno, chissà, che cognizione ed emozione si sono finalmente incontrate.

BIBLIOGRAFIA

Aristotele, *De anima*, libro III, cap. 7.

Cambiaso G., Mazza R., (2018), *Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Raffaello Cortina, Milano.

Cigoli V., Tamanza G., (2009), *L'Intervista clinica generazionale*. Raffaello Cortina, Milano.

OPERE D'ARTE RIPRODOTTE

Immagini di coppia

La colazione (1916) David Stherenberg

Stanza a Brooklyn (1932) Edward Hopper

Separazioni (1939) Paul Klee

Giovane uomo e ragazza (1909) Erich Heckel

La colazione con la moglie (1916) Alexander Schevchenko

Il bagno (1986-1989) Fernando Botero

Il matrimonio (1944) Marc Chagall

Eva e Adamo (1972) Salvatore Fiume

Arlecchino e la sua amica (1901) Pablo Picasso

I musicisti (1918) Alexander Schevchenko

Dalla bibbia: Adamo ed Eva (1986) Salvatore Fiume

Poveri in riva al mare (dettaglio) (1903) Pablo Picasso

Immagini di paesaggi

Nubi di giugno (1896) Arturo Tosi

Meleti in fiore (1904) Kazimir Malevich

Cortile, interno (1899) Vilhelm Hammershoi

Giardino e collina (1916) Gustav Klimt

Il cimitero di Elia a Dresda (1906) Mach Pechstein

Tramonto in Liguria (1912) Gaetano Previati

Pino sul mare (1921) Carlo Carrà

Giardino sotto la neve (1916) Constant Montald

La tempesta (1899) Eugène Laermans

Acacie in primavera (1904) Michail Larionov

Paesaggio con cinque case (1928-1932) Kazimir Malevic

Spiaggia al chiaro di luna (1908) Léon Spilliaert

LA METAFORA: UN PONTE TRA IL MONDO EMOTIVO DEL PAZIENTE E DEL TERAPEUTA

Vania Antonini¹

RIASSUNTO. Le metafore sono speciali attrezzi da lavoro utilizzati in diversi approcci terapeutici sia nella restituzione diagnostica, sia durante la terapia. Esse sono una finestra che si affaccia sul modello di mondo del paziente, in grado di parlare di vissuti ed emozioni inaccettabili, minacciosi e ansiogeni, difficili da verbalizzare, è un potente mezzo di comunicazione tra paziente e terapeuta capace di connettere emotività e cognitività e favorire un cambiamento.

In questo articolo vengono presentate alcune situazioni in due diversi contesti: il Servizio tutela minori e lo studio privato, dove l'immagine metaforica è stata un ponte tra il mondo emotivo del terapeuta e quello del paziente.

SUMMARY. Metaphors are distinctive tools used within various therapeutic approaches both during the therapy and in the diagnosis. Metaphors are windows into the patient's representation of the world, capable of recounting past experiences and emotions, at times offensive, threatening, and anxiety-inducing, which would have otherwise been difficult to articulate. Metaphors are a powerful communication tool between the therapist and the patient, they are capable of connecting emotions and rationality, facilitating change. Throughout the article these are presented in two different contexts: the Child protection services and private therapy, whereby metaphors are a bridge between the emotional spectrum of the patient and the therapist.

PAROLE CHIAVE: metafora, psicoterapia, tecniche di conduzione, cambiamento, comunicazione

PREMESSA

La parola "metafora" deriva dal greco *meta*, che significa sopra e *phorein*, che significa "trasportare o portare da un posto a un altro". Metafora significa, dunque, etimologicamente mutamento, trasferimento, cambiamento di posizione, portare oltre.

La metafora trasporta il significato da un campo a un altro e si realizza quando, al termine che normalmente occuperebbe un posto nella frase, se ne sostituisce un altro la cui "essenza" o funzione va a sovrapporsi a quella del termine originario creando così, immagini di forte carica espressiva.

Kopp (1995) definisce così la metafora: "*Un modo di parlare in cui una cosa è espressa nei termini di un'altra cosa, così che questa riunione possa gettare nuova luce sul carattere di ciò che viene descritto*".

La metafora è nata come elemento di studio, di approfondimento e d'uso

¹ Psicologa Psicoterapeuta, Practitioner EMDR

della retorica, l'arte antica del bel parlare e della capacità di persuadere. Il suo utilizzo, inizialmente poetico e persuasivo, si è esteso nel tempo, a tutte le discipline.

Anche il nostro linguaggio quotidiano è intessuto di metafore, che adoperiamo spesso per comunicare ciò che, in un modo più esplicito, non riusciremmo a dire, oppure non avrebbe la stessa efficacia comunicativa. La metafora è una lente di ingrandimento; ciò che può trasmettere a livello emotivo è, infatti, molto più pregnante di una descrizione.

È diverso dire “non valgo niente”, dall'affermare “sono un ammasso di ferri arrugginiti gettati nella discarica”. È più efficace esclamare “mi sento un leone”, dal dire “mi sento coraggioso”, oppure “sono un vulcano che sta per eruttare” che non parlare della difficoltà ad esercitare il controllo su se stesso; o affermare “sono in un vicolo cieco”, al posto di “nella situazione in cui mi trovo non vedo vie d'uscita o soluzioni”.

Le metafore si riferiscono, spesso, al rapporto sensoriale o motorio del nostro corpo con l'ambiente. Le metafore spaziali sono utilizzate per descrivere stati interiori: per comunicare uno stato di felicità o di tristezza es. “sono al settimo cielo”, “ho l'umore sottoterra”. Altra classe di metafore utilizzata nel linguaggio quotidiano è quella attinente al movimento e alle azioni, ad esempio: “afferrare un'idea”, “arrampicarsi su uno specchio”, “è passata molta acqua sotto i ponti”. Abbiamo metafore relative al mondo vegetale ed animale: “il nocciolo della questione”, “il succo del discorso”; metafore tratte dalle sensazioni: “sii morbido”, “pensavo di essere stato dolce”, “non volevo essere duro”, “sei acido”.

1. LA METAFORA NELLE PSICOTERAPIE

Le metafore, sotto forma di aneddoti, immagini, fiabe, parabole, sono strumenti utilizzati in diversi approcci terapeutici. In ambito psicologico esse sono da molti considerate un potente mezzo di comunicazione tra paziente e terapeuta, capace di mettere in moto o, per lo meno, di favorire un cambiamento.

Gordon, nel capitolo introduttivo del suo saggio “*Metafore Terapeutiche*”, spiega il processo di cambiamento in questi termini: il paziente che ascolta una metafora, appropriatamente costruita in modo che ci siano somiglianze con la situazione difficile e problematica del paziente, cerca di dare un senso a ciò che ascolta. In questo processo di ricerca di senso, chi ascolta mette in moto ciò che l'autore chiama una ricerca transderivazionale: la persona riesamina il proprio modello del mondo unico e personale, lo mette in relazione a ciò che sta ascoltando e in questo modo acquisisce “*le risorse personali necessarie per accrescere il modello del mondo di cui ha bisogno per affrontare il problema con il quale è alle prese*” (Gordon, 1992, pag. 24).

I pazienti, nello sforzo di comunicare i loro vissuti, non possono fare a meno di usare le metafore, che costituiscono il mezzo più efficace per dare un'idea della loro situazione indipendentemente dalle loro conoscenze linguistiche e letterarie e dal livello di scolarizzazione. “*La scelta delle metafore dei pazienti per presentare i propri conflitti e degli psicoterapeuti per cercare di risolverli esprimono dunque, in primo luogo, caratteristiche personali dei soggetti*”. (Casonato, 2003, pag. 220).

Le metafore svolgono perciò un ruolo rilevante nella narrazione dei

problemi psicologici, diventando una vera e propria espressione dei disturbi che ci si propone di comprendere e trattare.

Il paziente, dunque, nel suo narrare e nel suo narrarsi, nel suo esprimere i suoi disagi, ricorre spesso ad espressioni metaforiche, che sono come una finestra che il paziente ci apre sulla sua personale e unica esperienza del mondo.

Secondo Freud il pensare per immagini sta più vicino ai processi inconsci di quanto lo sia il pensare per parole; le immagini metaforiche, benché non inconsce, sono una forma di pensiero attraverso la quale i processi inconsci vengono espressi. Se nel processo terapeutico uno dei passi che favorisce una più ampia comprensione di sé è di rendere conscio l'inconscio, la metafora può essere considerata come uno dei luoghi privilegiati in cui questo tipo di processo può avvenire.

L'approccio eriksoniano utilizza la metafora per comunicare con i processi inconsci del cliente, per attivarli e per spostare ed elaborare le informazioni da una conoscenza logica-verbale ad una immaginifico-analogica.

Per Erikson attraverso l'esplorazione e la trasformazione del linguaggio metaforico del cliente è possibile comprendere meglio il suo sistema di convinzioni e le sue dimensioni inconsce, aiutarlo a modificare la sua visione del mondo e ottenere importanti cambiamenti cognitivi ed affettivi.

Minuchin (1976) introduce le metafore per identificare la realtà strutturata metaforicamente 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 simbolizzano la sua realtà specifica e usarle, cautamente, come un'euristica che indica la realtà familiare e suggerisce la direzione del cambiamento.

Per Watzlawick (1978, citato in Torsello, 2012, pag. 62) *"le metafore sono forme espressive che agiscono principalmente a livello analogico, aggirando le razionalizzazioni difensive dei pazienti ed attivando in funzione terapeutica la sfera intuitiva ed emotiva della personalità"*.

I simboli, le immagini mentali tendono a stabilire un clima emotivo fluido ed intenso che facilita il cambiamento terapeutico e riconnette armonicamente l'individuo al mondo relazionale in cui è inserito (Boscolo, ed al. 1992, citato in Torsello 2012, pag. 63).

2.1 L'esperienza clinica: il linguaggio metaforico, un buon pilota automatico

Mi capita spesso di pensare per immagini e mi diverte molto lasciare loro la libertà di circolare nella mia testa, di cambiare forma fino a divenire delle metafore; spesso queste immagini metaforiche sono state illuminanti e mi hanno permesso di cogliere alcuni elementi della realtà della mia vita e delle mie relazioni che fino a quel momento non mi erano così chiare o accessibili.

Questo mio modo di pensare ha contagiato anche il mio modo di stare nella stanza di terapia; mi piace pensare che dalla borsa degli attrezzi possano venirmi in soccorso anche loro: speciali attrezzi da lavoro per meglio comprendere il modello di mondo del paziente, o per parlare di vissuti ed emozioni inaccettabili, minacciosi e ansiogeni, difficili da verbalizzare, e dunque, da gestire.

L'immagine metaforica ha la funzione di tradurre ciò che mi sembra di intuire sia il vissuto del paziente; la impiego sia nella restituzione diagnostica, sia durante la terapia.

Vivo e presento ai pazienti la stanza di terapia come l'ambiente centrale su cui affacciano altri vani; durante i colloqui mi ritrovo a gesticolare, indicando al paziente porte immaginarie, alcune dalla struttura leggera e di facile apertura, altre ampie e blindate. Ognuno di questi accessi conduce a luoghi a volte conosciuti a volte inesplorati, dove trovano dimora esperienze, ricordi, relazioni. Invitare il paziente ad aprire una porta, varcare la soglia al suo fianco, lasciargli decidere se affacciarsi con prudenza accendendo un piccolo lumicino, oppure soffermarsi un po' più a lungo rischiando completamente l'interno, equivale ad esplorare e conoscere se stessi, le proprie paure e le proprie risorse.

In alcune occasioni chiedere al paziente di scegliere con quale persona avrebbe voluto come compagno di viaggio per varcare una specifica porta, è stato un modo per introdurre la possibilità di effettuare degli allargamenti.

Nel lavoro con i bambini la metafora è un valido linguaggio di comunicazione che permette di catturare la loro attenzione, di conoscere le loro emozioni e di avvicinare argomenti potenzialmente angoscianti con spontaneità e creatività.

Presento di seguito alcune delle situazioni in cui ho utilizzato l'immagine metaforica come un ponte tra il mio mondo emotivo e quello del paziente nei diversi contesti in cui opero: il Servizio tutela minori e lo studio privato.

3. NEL CONTESTO DI SERVIZIO TUTELA MINORI

3.1 Francesca: la galleria del vento

Francesca, 10 anni figlia di genitori separati in carico al servizio tutela minori da due anni. L'incarico del Tribunale per i Minorenni richiede di vigilare la situazione del nucleo familiare per l'elevata conflittualità tra i genitori separati ed organizzare incontri protetti tra il padre ed i figli. Gli incontri con il padre sono stati sospesi a seguito della segnalazione alla Procura, da parte dell'equipe del Servizio tutela minori che ha rivelato una situazione di grave pregiudizio determinata dalla condotta del padre. Il padre ha instaurato con i tre figli una relazione emotiva inappropriata e dannosa, caratterizzata da pressioni psicologiche, ricatti affettivi tesi a deteriorare il rapporto tra i figli e la madre e non mostra alcuna consapevolezza e disponibilità a rivedere le proprie modalità relazionali.

Francesca è secondogenita di due fratelli rispettivamente di 6 e 12 anni, vive con la madre, e da quando i genitori si sono separati, ossia da 5 anni, frequenta il padre regolarmente; da un anno incontra il padre in incontri protetti.

In vista della ripresa degli incontri liberi tra padre e figlia e alla luce della non recuperabilità della funzione genitoriale di quest'ultimo, l'obiettivo dei colloqui con la bambina è di potenziare assertività e capacità di resilienza affinché si possa "riparare" dagli effetti dannosi dell'atteggiamento del padre.

Di seguito riporto alcune metafore, accompagnate sempre dall'utilizzo del disegno, utilizzate nel lavoro con Francesca.

Le parole fortemente svalutanti e dure del padre, nei confronti della madre vengono rappresentate come un vento gelido, forte, impossibile da domare. Francesca, incapace di reagire -è una bambina che tende a non ribellarsi ma piuttosto ad inibirsi di fronte al padre-, rimane paralizzata, “gelata”. Francesca, però, può decidere che questo vento forte e gelido possa entrare nella sua testa, ma possa, altrettanto velocemente, trovare la via d’uscita così da non “gelare” quello che di prezioso pensa e sente verso la madre. In questo modo aiuto Francesca ad immaginare la voce del padre come un vento che soffia forte; la sua testa come una grande e solida galleria, i cui varchi, rappresentati dalle sue orecchie, permettono al vento di entrare ed uscire velocemente impedendogli di trattenersi al suo interno.

Francesca ha subito colto il significato di questa immagine che è divenuta uno speciale modo di comunicare tra di noi e che, le ha permesso di sentirsi “attrezzata” nell’affrontare la campagna denigratoria del padre verso la madre. Spontaneamente Francesca, in diversi colloqui, ha raccontato come ora i continui riferimenti negativi alla madre, ad opera del padre, la ferisse meno: *“quando divento una galleria, non sento più le parole cattive del papà sulla mamma e mi viene da ridere, perché lui si sbaglia, la mamma è brava e mi vuole bene”*.

3.2. Stefano, Giorgio e la mamma affidataria “gambe all’aria”

Giorgio e Stefano, sono due fratellini, rispettivamente di 10 e 12 anni, per i quali il Tribunale per i Minorenni ha dato incarico al Servizio tutela minori di attivare un progetto di affido etero-familiare.

Durante i colloqui congiunti, presso il Servizio, Stefano e Giorgio si contendono, a volte con modalità aggressive, la poltrona girevole. Modalità che li porta a non godere di alcun altro gioco perché impegnati nella battaglia l’uno contro l’altro.

Durante un colloquio ho il compito di spiegare ai bambini la decisione del Giudice relativamente al percorso di affido etero familiare ed, in particolare, la necessità di reperire per loro, due diverse famiglie affidatarie.

Mentre, con fatica, spiego quest’ultimo punto, mi rendo conto che per entrambi è emotivamente troppo difficile pensarsi in un percorso separato; e non sono sufficienti le rassicurazioni circa l’attenzione che tutti riporremo nel salvaguardare il loro legame e le loro frequentazioni.

In un insight rivedo l’immagine della sedia girevole contesa e invito entrambi a sedervisi. Stefano e Giorgio si avventano sulla sedia, si spingono, cadono, - li lascio fare perché voglio che sperimentino la frustrazione di non aver goduto, neppure un istante, della tanto desiderata poltrona -, fino a quando la poltrona si ribalta e loro, continuano imperterriti a lottare. A questo punto intervengo chiedendo loro di prestare attenzione alla poltrona abbandonata, capovolta. Chiedo loro di dirmi se così facendo si sono divertiti ed entrambi rispondono negativamente, riprendendo ad accusarsi reciprocamente. Suggesto che potremmo chiedere una poltrona girevole in prestito alla collega della stanza accanto; con entusiasmo i fratelli mi seguono. Faccio accomodare ognuno su una poltrona girevole e li lascio muovere nella stanza, divertiti. Poi inizio ad osservare le differenze di modello, di colore, di altezza e condividiamo che, nonostante le diversità, entrambe sono comode e permettono di divertirsi.

A questo punto chiedo loro di immaginare se al posto della sedia ci fosse stata una mamma affidataria; appaiono sorpresi ed interessati a questo strano gioco. Proviamo a immaginare una mamma affidataria in mezzo alla stanza; entrambi avrebbero voluto raccontarle la giornata scolastica. Poi li invito a pensare a cosa avrebbero voluto fare: Giorgio avrebbe voluto sedersi in braccio alla mamma, Stefano avrebbe voluto fare una passeggiata. Immaginiamo gli scenari possibili; Stefano commenta che Giorgio avrebbe pianto; per tutta risposta Giorgio dice che suo fratello si sarebbe arrabbiato con lui e lo avrebbe spinto. Concludiamo la storia concordando che la mamma affidataria sarebbe finita a “gambe all’aria” proprio come la poltrona contesa, con il risultato che nessuno dei due avrebbe potuto fare quello che tanto desideravano.

Con due mamme affidatarie questo problema sarebbe stato risolto. Chiedo a Stefano di dirmi quali caratteristiche avrebbe voluto trovare nella sua mamma affidataria e così a Giorgio.

Al colloquio successivo, Giorgio chiede di poter fare il gioco dei due papà affidatari.

3.3 Erika e le due facce della medaglia

Erika è la giovane madre di una bambina di nome Giada di 8 anni, concepita all’età di 18 in una relazione di coppia gravemente conflittuale. E’ attualmente seguita dal Servizio Tutela Minori che è incaricato di svolgere un monitoraggio sul nucleo familiare ed un sostegno alle capacità genitoriali. Erika è una madre fragile ed insicura che ha vissuto una relazione sentimentale con il padre di Giada, fin da subito, problematica. Dal compagno si è separata dopo due anni di difficile convivenza caratterizzata da forti liti e abuso di alcool e droga da parte di quest’ultimo.

Giada, da sempre bambina dall’attaccamento ansioso, si mostra timorosa ed insicura: sono molte le paure che manifesta e che diventano a volte vere e proprie fobie: paura di andare da una stanza all’altra, paura dei ragni, paura dei rumori, ansia generalizzata.

La madre reagisce a questi comportamenti incrementando la protezione che diviene eccessiva, inibendo qualsiasi iniziativa della bambina che è sempre meno autonoma. Durante un colloquio in cui la madre afferma di non poter assolutamente permettere alla figlia di attraversare la strada da sola, neppure se “supervisionata” da lontano, sento che nessuna spiegazione razionale l’avrebbe convinta che così facendo avrebbe danneggiato la sua bambina e non aiutata com’era nelle sue intenzioni. Disegno allora, su di un foglio bianco, una piccola medaglia che riporta la scritta “TI PROTEGGO”; dall’altro lato della medaglia scrivo “PERCHE’ TI VOGLIO BENE - TU VALI”; disegno un’altra medaglia, ma dalle dimensioni più grandi, con l’incisione “TI PROTEGGO”. Chiedo ad Erika di immaginare quale altro messaggio possiamo scoprire nella faccia posteriore della medaglia.

Con espressione concentrata e con un fil di voce sussurra “...forse che Giada non è capace”. Ad Erika si riempiono gli occhi di lacrime, racconta di quanto anche la propria madre le ricordasse che senza di lei sarebbe stata in pericolo e non al sicuro. Aggiunge quanto questa medaglia fosse molto grande e pesante e di quanto la facesse sentire incapace ed inadeguata. Nei successivi colloqui è stato spontaneo citare la medaglia e via via verificarne

la dimensione ed il peso, trasformandola da zavorra a premio.

4. NEL CONTESTO PRIVATO

4.1 Luca, il viaggiatore senza meta

Luca è un ragazzo di 39 anni che non lamenta una chiara sintomatologia, se non una generale insoddisfazione per quanto ottenuto nella vita e una difficoltà ad instaurare una relazione sentimentale. Fin dalle prime sedute mi colpisce la sua loquacità e la mia fatica nel condurre il colloquio; seppur tendo, nel primo colloquio, a formulare poche domande ed a lasciare che il paziente si esprima, Luca riesce a raccontarmi di fatti molto tangenziali come il rapporto conflittuale tra l'ex fidanzata di suo cugino e la di lei madre. Così per ogni domanda, se lasciato "libero", Luca tende ad inoltrarsi in dettagli delle vite degli altri "dimenticandosi" la domanda alla quale stava rispondendo.

Emergono alcuni frammenti relativi alla sua vita e alla sua famiglia di origine: il padre autoritario, critico, giudicante; il suo timore di sbagliare; la sua tendenza a chiedere mille pareri a mille persone diverse; l'incapacità di scegliere tra pareri discordanti; la tendenza ad appassionarsi a attività coltivate da altri; il rapido declinare dell'interesse nel momento in cui si interrompe la relazione.

Dentro questo affollamento mi sovviene un'immagine legata al viaggio, sua unica passione: la sua storia come una strada, che a volte è stretta altre a doppia corsia, a volte in discesa a volte in salita. A lato intersecano tante altre strade che sono le vite delle persone care che ha incontrato nel suo percorso. Quando parla di sé è come se, di fronte a direzioni alternative, sia incerto in quale direzione vada la propria strada: nella sua richiesta di aiuto c'è il faticoso bilancio dei 40 anni, ma soprattutto l'incertezza del proprio progetto di vita che si confonde in quello degli altri rischiando di perdere la propria direzione.

Gli rimando il mio senso di disorientamento e di confusione quando lascia la strada maestra per addentrarsi nelle viuzze delle vite degli altri. Luca reagisce incuriosito di fronte a questa metafora e l'arricchisce: lui vuole vedere quale strada percorrono gli altri perché ha sempre il dubbio di sbagliare. Vede più soleggiata la strada dei suoi due cari amici sposati perché sono una coppia che si ama; vede la strada di montagna di suo cugino che ha saputo ribellarsi ad un padre despota; vede la strada ..., poi si ferma e con uno sguardo un po' perso mi dice che fatica a ricordare a quale punto ha lasciato la sua strada.

Concordiamo che io lo aiuti a ritrovare la sua strada; conoscerla meglio e decidere in quale direzione percorrerla. Questa metafora è diventata un nostro speciale linguaggio; non è più servito interromperlo, è lui stesso che se si inoltra in una via laterale, sorride, e mi dice che ha voluto fare un "giretto", ma è subito in grado di riprendere il filo e la direzione.

4.2 Matteo, il sub in pericolo

Telefona per l'appuntamento una madre, preoccupata per il figlio "in

crisi" dopo essere stato lasciato dalla fidanzata.

Concordo l'appuntamento con Matteo, che chiede un colloquio "*il più presto possibile*". Si presenta un ragazzo di 24 anni, di bell'aspetto, composto, educato, laureando in Economia e Commercio con ottimi voti; impiegato presso una prestigiosa azienda locale come stagista, ma è già pronto per lui un contratto a tempo indeterminato essendosi distinto per impegno e rendimento. Racconta di essere stato "*abbandonato senza alcuna ragione e preavviso*" dalla fidanzata, sua coetanea, con la quale ha una relazione da 6 anni. Le espressioni che utilizza per descrivere il suo stato d'animo sono: "*mi sento un vaso caduto ed andato in frantumi*", "*se avessi preso un vetro in faccia sarei stato meglio*", "*ho perso tutto*", "*lei era tutto per me*". L'espressione e l'emotività, che accompagna queste verbalizzazioni, sono di profonda angoscia.

Gli restituisco che non avendo egli percepito alcun segnale di malessere nella coppia, la frase "*ti lascio, non ti amo più!*" con la quale la sua ragazza ha interrotto la relazione sia stato un vero trauma, come un lutto da morte improvvisa o come l'effetto dello tsunami sul turista ignaro che pensava di vivere una bella vacanza e, invece, si trova ad assistere ad uno spettacolo così doloroso e traumatico, che cambia radicalmente il paesaggio intorno a lui.

Matteo aggiunge: "*sì, ed è come se mi sentissi ancora sotto l'onda, spesso mi manca l'aria*". Con uno sguardo carico di paura mi chiede di aiutarlo "*a venire a galla*".

Sento l'urgenza di questa richiesta e fisso l'appuntamento per la settimana successiva. Le immagini portate da Matteo e quelle che sono affiorate in me, mi hanno portato a pensare molto a lui durante la settimana; sentivo un allarme, come se mi avesse comunicato che non aveva più aria nei polmoni, che del vaso caduto ed andato in frantumi non era rimasto nulla, riferimenti a una condizione di grande fragilità e di pericolo.

Al secondo colloquio gli rimando come ai sopravvissuti a forti traumi capiti di non sentirsi le forze per andare avanti e di pensare che sia meglio farla finita. Matteo ha abbassato lo sguardo, quasi vergognandosi, ed ha ammesso di pensarci molto e di esserne spaventato "*quando sento di non aver più aria questo pensiero è forte e mi fa paura*". Condividiamo che questo è un periodo sicuramente difficile: come il subacqueo che usa la bombola di ossigeno, quando la spia diventa rossa deve attivarsi per ricaricarla. Facciamo, quindi, un elenco di cose che gli permettono di ossigenarsi: telefonare a Roberto, un caro amico; uscire con il cane, ecc.

Nel terzo colloquio, Matteo afferma che la bombola d'ossigeno è sempre in riserva, ma sapere di poterla ricaricare lo ha fatto stare più tranquillo: ha trascorso alcune sere con l'amico Roberto sentendosi meno solo.

4.3 Silvia, lo spettacolo della vita

Con la collega che segue individualmente Silvia, ragazza di 14 anni con un disturbo anoressico, conduco una terapia familiare. Silvia è secondogenita di un fratello di 17 anni, figli di Antonio, avvocato penalista di successo, e di Giulia organizzatrice di eventi.

Il funzionamento familiare si caratterizza per la presenza di una madre invadente e controllante: controlla i diari scolastici, ricorda ai figli i giorni

della verifica, dice loro quando iniziare la preparazione per una verifica; e di un padre disimpegnato: *“è inutile controllare continuamente le verifiche a fine anno se saranno bocciati si prenderanno provvedimenti”*. La dinamica di coppia disfunzionale è costellata di controlli, critiche, squalifiche reciproche e continue: la moglie si lamenta del marito per la poca presenza ed il poco appoggio; il marito si irrita del controllo della moglie sui figli e della pressione che esercita su di lui, atteggiamento che lo allontana ulteriormente.

Silvia nel lavoro individuale affronta i temi di rabbia nei confronti della madre e del vissuto di abbandono nei confronti del padre che percepisce distratto e poco interessato a lei. Confida però, alla collega, di non riuscire ad esplicitare, soprattutto al padre, questi sentimenti.

Nella seconda seduta familiare, mentre stiamo indagando quali effetti hanno sui figli i due stili genitoriali diversi e la dinamica, spesso conflittuale, che ne deriva, mi sovviene un'immagine che propongo alla famiglia: *“E' come se la mamma avesse bisogno di stare sul palcoscenico con voi mentre mettete in scena la vostra vita, i vostri impegni. Lei non si mette dietro le quinte o al posto del gobbo per qualche suggerimento, vi tiene il copione in mano e cerca di indicarvi quale parte recitare...mentre il papà si mette in tribuna a guardare lo spettacolo e si esprime solo a rappresentazione ultimata. La mamma, quando si accorge che il papà non è al suo fianco sul palcoscenico lo richiama e si arrabbia un po', lui si irrita e si siede una fila più indietro”*.

La famiglia reagisce incuriosita e la comunicazione non verbale, dove la madre annuisce e il padre sorride, mi fa capire che è stato colto il significato. Silvia interviene affermando: *“sì, diciamo che il papà esce proprio dal teatro e non guarda neppure lo spettacolo”*.

A questo punto chiedo a Silvia come si sente quando il papà esce dal teatro e lei risponde: *“mi arrabbio con la mamma, perché è lei che lo ha fatto arrabbiare...(si rattrista) alla fine però penso che se gli interessassi veramente starebbe lì (il papà)”*.

Colgo l'occasione e chiedo a Silvia: *“E' mai capitato che il papà anziché uscire dal teatro salisse sul palcoscenico accanto alla mamma?”*. L'ipotesi mia e della collega vede il sintomo anoressico come collante della coppia genitoriale: il padre, infatti, approva e sostiene il controllo che la madre attua sul cibo, gratificando quest'ultima. Silvia non impiega molto a rispondere: *“Da quando ho smesso di mangiare, non litigano quasi più”*. La mamma sorride e commenta: *“Anche la dottoressa (dietologa) dice che il mio controllo è terapeutico”*.

Chiudiamo la seduta dicendo che li aiuteremo a prendere entrambi posto in tribuna per godersi lo spettacolo della vita dei figli, pronti ad intervenire nel momento del bisogno, licenziando, così, il sintomo di Silvia.

Il linguaggio metaforico ha mostrato con efficacia le relazioni, i legami, le collusioni e ha dato voce a Silvia, permettendo di svelare la funzione del sintomo.

5. CONCLUSIONI

Quando usiamo una metafora parliamo con un linguaggio fatto di immagini, sensazioni ed emozioni ed è un linguaggio intenso, immediato che come un

trampolino da lancio ci permette di sorvolare sulle resistenze ed aprire nuove vie, nuovi scenari di pensiero, di soluzioni creative.

Un aspetto che ho osservato nel lavoro con le metafore è il grande potere che hanno di contagiare: più ci si lascia guidare da queste, più esse si generano, come se scoprendo un nuovo territorio fosse più semplice accedere ad altri nuovi e sconosciuti luoghi adiacenti; non solo, lasciarsi contaminare dalle immagini dell'altro permette anche alle proprie di trovare nuova linfa.

In breve, la metafora va coltivata.

Ma non basta coltivarla perché essa dia buoni frutti nel lavoro terapeutico. È necessario conoscere il lessico del paziente, le sue esperienze e ciò a cui egli si sente più affine, così da sintonizzarci ed “entrare nel suo giardino” per spargere nuova semenza.

Perché la metafora è come un abito di sartoria, dal tessuto certamente pregiato, ma che può essere indossato ed apprezzato solo se *cucito su misura*. “La metafora è funzionale se è unica, per quel caso e in quel momento, non funziona come valido rimedio per lo stesso male e neppure se fuori tempo” (Cambiaso, Mazza 2018, pag. 120).

Conoscere bene il paziente quindi, ma non solo, anche nell'uso della metafora - come per l'intero processo terapeutico - fondamentale è conoscere gli occhiali che si indossano, sapere quali sono le parti di noi stessi e degli altri che meglio mettiamo a fuoco, quelle che tendiamo a sfuocare o addirittura a non vedere, perché ciò influenzerà le metafore che nasceranno dentro di noi. La stanza di terapia diviene non solo il luogo del sapere testimoniato dalle pagine scritte e dagli attestati, ma, con l'aiuto del linguaggio metaforico il luogo da cui si dipartono altri piani, dimensioni, passaggi segreti, trampolini e ponti.

Il terapeuta “sarto e giardiniere” procederà al fianco del paziente attraverso queste speciali vie, per superare le paure e le resistenze ed al termine del viaggio giungere al cambiamento desiderato.

BIBLIOGRAFIA

- Barker P. (1985) *L'uso della metafora in psicoterapia*. Casa Editrice Astrolabio.
- Bateson G. (1977) *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano
- Boscolo L. et Al. (1991) “Linguaggio e cambiamento: l'uso di parole chiave in terapia”. In *Terapia Familiare*, 37, pp. 41-53.
- Cacciari C. (1991) *Teoria della Metafora*. Cortina Editore, Milano
- Cambiaso G., Mazza R. (2018) “Tra intrapsichico e trigenerazionale”, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Casonato m. (2003), “*Immaginazione e metafora*”, Laterza, Bari.
- Casula C. (2002) “*Giardinieri Principesse Porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*”. Franco Angeli
- Cigoli V., Zatti A. (1992) “La svolta e lo scontro. Per un'analisi della funzione comunicativa della metafora in consultazione familiare”. In *Terapia Familiare*, 40, pp. 23-38.
- Giusti E., Ciotta A. (2005), *Metafore nelle relazioni di aiuto e nei settori formativi*, Saverio Editori.
- Gordon D. (1992), *Metafore terapeutiche*, Astrolabio, Roma.

- Kopp R. R. (1995) *“Le metafore nel colloquio clinico”*. Erikson, Trento
- Mills J.,C., Croweley R.,J. (1988), *“Metafore terapeutiche per i bambini”*,
Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Minuchin S. (1976) *“Famiglie e terapia della famiglia”*. Astrolabio, Roma
- Torsello A. (2012), “Una riflessione sistemica: dal corpo alla metafora”. In
Cambia-Menti, 2, pp. 49-62.
- Watzlawick P.(1967) *“La pragmatica della comunicazione umana”*
Astrolabio, Roma

IL TANDEM TERAPEUTICO.

Integrazione tra modelli teorici in un'equipe di terapia familiare

Maria Montanaro¹, Fabrizio Rizzi²

RIASSUNTO. Gli autori presentano un'esperienza pluriennale di lavoro interdisciplinare in un servizio pubblico di terapia familiare, coniugando pensiero sistemico e psicoanalitico, lavoro con la famiglia e con l'individuo.

Una rappresentazione efficace dove modelli teorici apparentemente divergenti si fondono in valide metodologie unitarie e complementari. I comuni conflitti interformativi presenti nei servizi si trasformano così in integrazioni proficue, anche attraverso la costruzione di forti coesioni interpersonali che potenziano la collaboratività e l'efficacia della cura.

SUMMARY. The authors bring decades of experience of interdisciplinary work in public health services for children, combining systemic and psychoanalytic frameworks, and working alongside the families and the patients. An effective representation where seemingly divergent theoretical models merge into compelling original and complementary methodologies.

The inter-formative conflicts commonly present in the public health services are converted into fruitful integrations, also through the development of strong interpersonal connections which enhance cooperation and effectiveness of the treatment.

PAROLE CHIAVE: *Interdisciplinarietà, famiglia-individuo, servizi pubblici, équipe, modello sistemico-psicoanalitico, integrazione.*

1. IL CONTESTO

Come Psicologa del Servizio di Psicologia pubblico, dal 2003 e per una parte del mio orario settimanale, mi trovo a lavorare presso il CDCA (Centro Disturbi del Comportamento Alimentare) dell'APPS - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. In questo Centro alle famiglie all'interno delle quali vi è un membro con diagnosi di DA (Disturbo Alimentare) talvolta viene proposto anche un percorso di valutazione familiare cui - in alcuni casi - può far seguito una terapia familiare.

Quest'ultima è specificatamente prevista dai LEA (Livelli Essenziali Assistenza) delle Unità Operative di Psicologia Clinica dell'APSS: viene riconosciuta in tal modo l'importanza dell'intervento sistemico e la possibilità di poterlo richiedere ed usufruirne anche all'interno di un

¹ Psicologa Psicoterapeuta, APSS, Trento. Docente Scuola di Specializzazione "Mara Selvini Palazzoli", Brescia.

² Psicologo, Psicoterapeuta, Docente Scuola di Specializzazione "Il ruolo terapeutico", Genova.

Servizio sanitario pubblico, fatto piuttosto raro perlomeno qui in Italia.

Pur con queste premesse strutturali ed istituzionali molto chiare a monte, bisogna comunque dire che il lavoro spesso non risulta facile e per molti motivi

Il primo, forse il più macroscopico, è legato al fatto che - nella maggioranza dei casi - ci troviamo di fronte a persone che non ci fanno una loro personale richiesta: non solo i pazienti designati ma anche, non raramente, i familiari stessi. Sappiamo bene che uno dei tratti tipici del D.A. è la non consapevolezza di malattia. Chiunque abbia lavorato con tali pazienti le ha sentite pronunciare una frase di questo tipo: “*io non ho nulla... sto benissimo così ... non sono affatto magra ... anzi.. sono i miei familiari che si preoccupano...*”.

Curare chi non vuol essere curato è un'impresa ardua per non dire impossibile.

Tuttavia con la stessa frequenza accade che vicino alla paziente non richiedente ci siano due genitori molto preoccupati e/o spaventati. Ma per i quali spesso non è affatto scontato e pacifico pensare che sia il sistema familiare intero ad avere bisogno di cure. E che talvolta movimentano assai per ricollocare sulla figlia la designazione di unica persona malata.

Particolare attenzione va anche prestata ai membri della fratria fra i quali non è affatto raro riscontrare la presenza di sintomi o veri e propri disturbi psichici che vanno comunque decodificati e letti all'interno di un'ottica familiare. I genitori spesso appaiono in totale balia del potere che la figlia esercita nei loro confronti tramite il suo rapporto patologico con il cibo. Oppure si dimostrano pieni di rabbia verso una figlia che per seguire la moda, ha deciso di non mangiare più o di abbuffarsi per poi vomitare.

In ogni caso per il terapeuta familiare far compiere ai genitori della “paziente designata” il primo e fondamentale passaggio da un'ottica individuale (la cui lettura è: “abbiamo una figlia anoressica, curatecela”) ad un'ottica sistemico-relazionale (traducibile con: “quello che sta accadendo nella nostra famiglia è motivo di disagio per ognuno di noi”), rappresenta la *conditio sine qua non* per intraprendere un percorso terapeutico familiare.

Altro motivo da sottolineare per ciò che concerne l'efficacia dell'intervento familiare nel D.A. consiste nel “prendere ciò che fino allora era considerato un'interferenza (*cioè la famiglia*) e usarlo come risorsa terapeutica” (Framo, 1992, pag. 9). Ciò significa che la terapia familiare diventa un test delle risorse familiari. Vedere la famiglia “dal vivo”, “in presa diretta”, è un'esperienza completamente diversa dal sentirla raccontare.

Il terapeuta familiare sa che la famiglia tende a riprodurre in seduta quanto avviene a casa con particolare riferimento a certe dinamiche relazionali, ad alcuni “giochi” familiari. Ed è grazie all'osservazione diretta di tali dinamiche che il terapeuta può iniziare a costruirsi una mappa cognitiva sul funzionamento di quella famiglia ed individuarne i punti di forza e di debolezza.

La frase d'esordio con cui si apre una prima seduta familiare può suonare dunque così: “Facciamo la terapia della famiglia ... per avere la vostra collaborazione, sia per capire come e perché vostra figlia sta male, sia per contare anche sulle vostre risorse per tirarla fuori dalla sua sofferenza.” (Selvini Palazzoli et al., 1998, pag.107).

Infine risulta di fondamentale importanza il familiare in qualità di

testimone e non solo. Come Matteo Selvini ci ricorda nella prefazione di "Quando volano i cormorani" (Canevaro A., Ed. Borla, 2009) spesso un familiare è il terapeuta più efficace: ciò può accadere a patto che i terapeuti rinuncino alla pretesa "*che il cambiamento possa e debba scaturire solo dalla loro relazione con il paziente, rinunciando ad una leva potentissima: quella di essere catalizzatori di un cambiamento che passa da quello che succede tra i familiari e dalla riflessione e dai sentimenti che loro ne traggono.*" (ibidem, pag.15) Vedere le cose in modo diverso rende possibile pensarle in modo diverso.

All'interno del CDCA la fase di consultazione dell'intervento familiare ha un duplice scopo: "*da un lato quello di formulare lavorando con la famiglia al completo, un'ipotesi relativamente precisa ed articolata... circa le principali ragioni di sofferenza della paziente... dall'altro quello di verificare quali siano le risorse per il cambiamento.*" (Selvini Palazzoli et al., 1998, pag. 112).

Ho espressamente fatto questa citazione perché in essa sono contenute *in nuce* le indicazioni basilari dell'intervento sistemico che implica un continuo ed incessante lavoro di tessitura tra la trama del sistema familiare e l'ordito rappresentato dall'individuo.

Chi ha seguito l'evolvere della terapia familiare è consapevole di quanto nel corso dell'ultimo decennio si sia verificato un progressivo recupero dell'individuo non tanto a discapito dell'ottica sistemica quanto se mai con finalità di arricchimento ed integrazione.

2. LA CO-TERAPIA

L'intervento familiare al CDCA è stato attuato dal 2004 fino al 2007 da due psicoterapeute di formazione sistemica: l'équipe veniva poi completata dagli specializzandi dietro lo specchio.

Alla fine del 2007 per motivi di servizio la collega che lavorava con me è stata trasferita per cui mi sono trovata di fronte ad un problema di non facile soluzione: come portare avanti la presa in carico familiare essendo rimasta da sola. In testa mi risuonavano le parole di Mara Selvini quando raccontava che in tutta la sua carriera terapeutica non aveva mai condotto una seduta familiare da sola. L'équipe terapeutica è infatti uno strumento di lavoro indispensabile nella presa in carico familiare: "*un tale modo di lavoro... produce molto di più e più in fretta, perché mette i terapeuti nella condizione di osservarsi e correggersi reciprocamente; tutto è più molto più chiaro ed evidente che nella supervisione indiretta ... i tempi di correzione dell'errore si accorciano enormemente.*" (Selvini M. et al. "Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare", in Ecologia della mente, 1989 , pag. 53) .

Abituata da sempre a lavorare in équipe, ho posto il problema durante una riunione al CDCA ed è stato così possibile trovare una soluzione. Un collega di formazione psicoanalitica si è offerto di lavorare con me. L'indubbia stima nei suoi confronti e la sua esperienza di lavoro ultratrentennale, mi hanno convinta ad accettare tale proposta. A ciò si aggiungeva un misto di curiosità e timore nel chiedermi come sarebbe cambiato il mio modo di lavorare.

La nostra collaborazione, iniziata nell'autunno del 2007, prosegue tutt'ora ed è stata per noi terapeuti così appagante ed arricchente da far

nascere l'esigenza di mettere per iscritto alcune riflessioni su ciò che mi è venuto spontaneo definire come "il tandem terapeutico".

3. SUL TANDEM TERAPEUTICO: LEI

Il tandem è un mezzo di locomozione a impatto ambientale zero che permette di muoversi a condizione di non farlo da soli. Infatti se si vuole andare in tandem è necessario trovare un compagno con cui condividere il percorso. Questo tipo di pedalata obbliga ad una comunicazione costante e chiara con il compagno al fine di evitare perdite di equilibrio e cadute più o meno rovinose. La sincronia del movimento necessita di allenamento, affiatamento ed alcune abilità.

Di fondamentale importanza risulta inoltre la possibilità di potersi scambiare i ruoli: entrambi i ciclisti/terapeuti devono avere la possibilità-capacità di mettersi seduti davanti per sperimentare la responsabilità della conduzione così come di posizionarsi sul sellino posteriore avendo come obiettivo quello di collaborare con il collega e assecondarne la guida.

Il terapeuta "davanti" decide quale direzione prendere, detta i tempi degli interventi/pedalata, mantiene lo sguardo concentrato su ciò che vede davanti a sé e tiene le fila del discorso; ma quello seduto "dietro" può permettersi invece una visione "grandangolare", soffermarsi sui dettagli, osservare i messaggi analogici e la comunicazione non verbale, segnalare un pericolo, indicare al collega qualche passaggio/paesaggio degno di nota.

Il tandem terapeutico in cui entrambi gli psicoterapeuti sono presenti nella stanza della seduta, favorisce la consapevolezza sistemica di far parte di un insieme a cui appartiene tanto la famiglia quanto i terapeuti.

L'attenzione fluttuante che questi ultimi devono saper mantenere costantemente attiva non va rivolta soltanto alla famiglia con cui stanno lavorando ma anche ai bisogni ed alle esigenze del collega con cui condividono il viaggio/terapia.

Condividere una seduta in tandem stimola i due terapeuti al rispetto reciproco e all'assunzione di un atteggiamento etico che coinvolge l'intero sistema.

Se come afferma Corrado Pontalti la deontologia è il dominio di ciò che è bene in senso strumentale mentre l'etica è il dominio di ciò che ha valore in sé, l'intervento condotto in tandem stimola nei terapeuti un confronto etico costante l'uno nei confronti dell'altro e di entrambi verso la famiglia.

Nel codice deontologico degli psicologi italiani il termine "etico" non compare mai nonostante sia comunemente condivisa l'accezione di deontologia come l'insieme delle regole morali che disciplinano l'esercizio di una determinata professione.

Ogni terapeuta dovrebbe costantemente riflettere sulla componente etica del suo operare, su quanto essa travalichi e superi l'aspetto puramente deontologico che come l'etimologia stessa fa intendere, rimanda al "dovere" di rispettare le regole del codice.

Ogni terapeuta sa perfettamente che qualunque intervento psicoterapico è di per sé un intervento etico in quanto connesso alla condotta morale.

Heiddeger sostiene che l'etica "*nomina la regione aperta dove abita l'uomo*": dunque essa definisce il modo in cui l'individuo "sta" nel mondo e il

suo agire morale in relazione agli altri (*Da-sein* cioè esserci). La condotta etica dunque intesa come la condotta morale del singolo in quanto parte della comunità, è per definizione “sistemica”.

I giovani psicoterapeuti risultano talvolta piuttosto impreparati alla riflessione etica in quanto è possibile che il loro percorso formativo appaia carente sotto questo profilo. Pare utile ricordare che invece molti dei nostri colleghi più anziani sono giunti alla professione di psicoterapeuti grazie ad una laurea in filosofia, affrontando perciò un percorso di studi che li ha “allenati” al pensare eticamente.

Quando incontriamo per la prima volta una famiglia, spieghiamo loro di essere due psicoterapeuti che svolgono la loro attività all’interno del CDCA occupandosi delle famiglie. Non abbiamo mai avvertito la necessità di chiarire la nostra diversa formazione, almeno in prima battuta. Mentre è piuttosto frequente che questo tipo di puntualizzazione avvenga dopo un certo numero di sedute, spesso a seguito di un intervento molto specifico di uno dei due terapeuti.

Il nostro modello di lavoro si articola in due momenti:

- 1) il percorso di *assessment*
- 2) la psicoterapia familiare

Il percorso di *assessment* prevede in genere dai 4 ai 6 incontri così strutturati: il primo con la famiglia nucleare al completo per la raccolta del genogramma. Con alcune famiglie particolarmente complesse è necessario fissare una seconda seduta. Nel corso degli anni abbiamo messo a punto una particolare procedura di raccolta del genogramma che desideriamo illustrare brevemente in quanto ci è parsa foriera di spunti, riflessioni ed ipotesi. Chiediamo ad ogni componente della famiglia di disegnare il proprio genogramma secondo la consegna classica. Quando tutti hanno terminato li invitiamo a dividerlo: ciascun soggetto mostra il proprio elaborato a tutti gli altri. I commenti, le battute, le osservazioni spesso del tutto spontanee che i terapeuti possono ascoltare in questo frangente si rivelano utilissime per elaborare le prime ipotesi, per iniziare a dipanare il filo del labirinto familiare, per creare un clima di co-costruzione. A questo punto la scrivente raccoglie tutti gli elaborati e li attacca alla parete di fronte alla quale è seduta la famiglia. Lì accanto è collocata la lavagna con i fogli mobili dove il terapeuta tratterà il genogramma “globale” della famiglia secondo una tecnica ormai consolidata: si attribuisce un colore diverso al genogramma di ognuno; dopodiché, partendo in genere dal genogramma di colui che ha una diagnosi di DA, il terapeuta riporta sul foglio bianco i genogrammi di tutti i familiari così da ottenere un unico genogramma in cui saranno i diversi colori a segnalare chi ha fatto cosa. Il colpo d’occhio finale è davvero sorprendente: al centro abbiamo il genogramma globale disegnato sì dal terapeuta ma con le indicazioni dei familiari e di fianco i singoli genogrammi elaborati da ogni componente del nucleo familiare. Se durante la stesura del genogramma ipotizziamo che esistano delle dinamiche di coppia tali da richiedere un approfondimento, convochiamo per la terza seduta soltanto i genitori. Se invece nei primi colloqui emerge che il DA possa avere una eziopatogenesi maggiormente legata ad aspetti intrapsichici riserviamo il terzo incontro alla fratria: chiediamo quindi alla ragazza o al ragazzo di

venire in seduta accompagnato dai propri fratelli/sorelle. Nel caso- piuttosto frequente- di figli unici il paziente verrà da solo ma in quel contesto il nostro obiettivo terapeutico sarà allora quello di “allargare” il più possibile il focus, utilizzando la seduta per indagare i diversi aspetti “sociali” del nostro interlocutore: la scuola, gli amici, lo sport, il tempo libero ecc.

L’ultimo colloquio dell’*assessment* è rivolto all’intera famiglia nucleare ed è dedicato alla restituzione. Spieghiamo alla famiglia cosa abbiamo capito del loro funzionamento, illustriamo un’ipotesi circa le cause del DA, “mettiamo in fila i pensieri” e cerchiamo - il più possibile - di concordare insieme a tutta la famiglia se e come procedere verso una presa in carico psicoterapica.

Nel circa il 60% dei casi trattati (biennio 2009/2010) al percorso di *assessment* ha fatto seguito una psicoterapia familiare che si è articolata in una media di circa 15/20 sedute nell’arco di due anni.

Queste sedute sono rivolte di regola alla famiglia nucleare e prevedono, qualora se ne ravvisi l’utilità, degli “allargamenti” ad altri familiari significativi: in genere si è trattato soprattutto di nonni e/o zii.

4. SUL TANDEM TERAPEUTICO: LUI

Ciò che mi ha salvato da quella pericolosa sindrome che chiamo “ottusità psicoanalitica” è il fatto di essere piuttosto curioso dei territori “altri”, della gente “diversa” e delle mentalità “straniere”.

Immagino che esistano anche delle ottusità cognitive, gestaltiste, costruttiviste e, ovviamente, anche sistemiche. Ma quella che io conosco meglio è l’ottusa miopia psicoanalitica che, lo posso garantire, a volte raggiunge una cecità totale e soprattutto masochista, trattandosi in tal caso di un difetto di vista del tutto volontario proprio in colui che crede di avere l’occhio più acuto. Parafrasando il noto proverbio sul sordo, direi che non c’è peggior cieco di uno psicoanalista che crede di vedere in profondità perché ha indossato occhiali firmati marca *Original-Freud*. Avendo frequentato a lungo negli anni giovanili ben due diverse scuole di specializzazione psicoanalitiche con annessi e connessi (supervisioni-seminari-convegni-corsi di approfondimento), sono stato salvato - oltre che dalla mia attrazione per l’altro da me - dai tantissimi pazienti visti in anni di lavoro clinico. Sono stati loro a vaccinarci, inoculandoci quegli anticorpi che permettono di non scivolare dalla giusta e necessaria formazione ad una de-formazione che sa tanto da rassicurante (?) prigionia ideologico-teorica. Sono stati i pazienti a farmi capire che la sola dimensione intrapsichica spiega ed illumina solo una parte della complessità di un fenomeno psichico e/o psicopatologico. Vedendo per anni molti adolescenti ed occupandoci di alcuni genitori dei bambini in carico ad una collega psicoterapeuta dell’età evolutiva, per non voler autoacceccarci sono stato costretto a prendere in considerazione “de facto” le relazioni familiari ed i contesti relazionali allargati. Alla dimensione verticale (il palombaro psicoanalitico che scende giù nel profondo della mente del paziente e dei suoi abissi inconsci) mi è così venuto spontaneo affiancare la dimensione orizzontale. Quindi non solo il palombaro che scende giù molto in profondità per trovare il relitto da recuperare, ma l’esploratore marino che si fa pesce per capire in che ecosistema acquatico si trova a nuotare, con le sue regole, gerarchie e territori specie-specifici. Oggi riesco a muovermi nelle due dimensioni verticale/orizzontale, a volte

privilegiando l'una a volte l'altra, a seconda delle correnti in cui la realtà clinica ci porta a nuotare.

Come la mia compagna di tandem ha appena detto sopra, alcuni anni fa un trasferimento di sede mi ha dato la possibilità di lavorare assieme con qualcuno che questa dimensione "orizzontale" la conosce molto meglio di me, praticandola da anni ed essendo specificamente formata ad essa. Inoltre ho avuto la grande fortuna di trovare in lei una persona non ottusa, una collega curiosa ed aperta all'altro.

Ed eccoci quindi a pedalare insieme su un tandem terapeutico.

Come lavoriamo, come ciclo-viaggiamo?

Solitamente lascio che sia lei a "partire", a guidare seduta nel posto davanti. Non solo perché sono pigro (e, quando non mi guarda, pedalo leggero), ma perché lei ha più esperienza e capacità di mettere in chiaro fin dai primi minuti del colloquio iniziale quelle "cornici" di *setting* che sono fondamentali per cominciare a rispondere alla fatidica domanda (quasi mai verbalizzata dai pazienti, ma credo poco o tanto sempre presente) che suona così: "*Cosa siamo qui a fare, esattamente? E perché tutti insieme?*".

Ho scoperto ed imparato tante cose, in questi anni di ciclismo a due.

Una prima cosa che ho scoperto (e che non immaginavo) è che i pazienti sono istintivamente più "psicoanalitici" (e comportamentismi-cognitivisti o sistemici. Non lo trovo affatto un vantaggio, anzi. Ciò non accade perché leggono con maggior gusto Freud (o Beck) rispetto a Watzlawick. Ma perché la citata dimensione "verticale/ individuale" è per loro assai più comoda e rassicurante, nella misura in cui va proprio nel senso della designazione del paziente come unico individuo malato e malfunzionante nella sua mente/cervello. Tale ottica, infatti, è culturalmente omogenea al modello bio-medico tuttora culturalmente dominante: chi infatti, ammalato di psoriasi oppure di calcolosi bilare, si porterebbe in ambulatorio anche mamma, papà e fratelli vari? E andare nel profondo della mente di una persona non assomiglia forse un po', alla fin fine, al fargli una TAC cerebrale? La perplessità implicita nella domanda apparentemente ingenua, ma soprattutto taciuta, del "*ma perché ci avete convocato qui tutti assieme?*", spesso l'ho "intuita" sotto certi sguardi perplessi, soprattutto dei genitori. E questo avviene ancora più facilmente in un centro per DA, dove il corpo (della paziente) è ancora più drammaticamente centrale come campo espressivo rispetto ad altri territori clinici. Inoltre i servizi sanitari pubblici che si occupano di DA. sono strutturalmente (a volte a mio parere forse anche troppo, seppur in nome di una multiprofessionalità che ha delle sue ragionevoli motivazioni) caratterizzati da interventi sanitari paralleli operati dai medici nutrizionisti e dalle dietiste. Quindi questo fondamentale e preliminare messaggio - passaggio "*dell'anoressia o della bulimia non ce ne occupiamo come ci si occupai dell'ulcera duodenale o della bronchite asmatica*" sembra ovvio e pare facile, ma spesso non lo è affatto.

Altro "piccolo" inghippo preliminare che la mia collega sistemica sa affrontare subito: decolpevolizzare quei genitori (ma direi soprattutto alcune mamme, perché i padri scansano meglio questo rischio) che si mettono sì in gioco, ma nel senso "*è colpa mia o nostra se nostra figlia ha l'anoressia*". Dichiarazione in cui - a volte più a volte meno - si intuisce anche una implicita domanda che suona così: "*Diteci che non è vero!*". Situazione

spiacevolmente para-giudiziaria in cui a noi terapeuti toccherebbe comunque l'ingrato ruolo o di PM (Pubblico Ministero) o viceversa, di AD (Avvocato Difensore): con perdita totale della dimensione del capire, fagocitata da quella del giudicare. E qui mi tocca purtroppo dire che una pessima banalizzazione di una vecchia psicoanalisi (ma davvero una vetero-psicoanalisi del primo Freud e tra l'altro anche mal interpretata e volgarizzata a suo tempo dai media) ha dato una buona mano a certe interpretazioni fuorvianti della "mamma-frigorifero" sia nell'anoressia come negli autismi. Questo per dire insomma che ho capito come sia importante che sia la mia collega sistemica a verificare l'esistenza di questi assiomi e pre-giudizi fondati sulla linearità causale ed a cercare di trasformarli nel linguaggio della circolarità relazionale.

Un'altra cosa che ho imparato nelle nostre pedalate in tandem, è fare domande ai pazienti non relative alla loro propria mente/mondo psichico bensì a quella dell'altro così come la immaginano; ed anche, ad un livello dinamicamente ancora più complesso, il chiedere ad un componente della famiglia cosa pensa che l'altro pensi di lui, fare poi viceversa ed infine confrontare il tutto magari con un terzo. Non so se questo sia una applicazione particolare della cosiddetta circolarità. Apparentemente è una operazione non stranissima, eppure per me è stata una rivelazione. In passato, prima di questa esperienza di star dentro un colloquio reale con una collega sistemica, io avevo visto abbastanza spesso famiglie. Ma - me ne rendo conto solo ora - facevo colloqui non con un gruppo ma con una sommatoria di individui singoli. Facevo domande (e, di conseguenza, interventi) agli individui, e mi rivolgevo alle loro menti. Non a quella "mente grupale relazionale" che è la famiglia, il gruppo familiare.

Devo dire che non ho perso completamente la mia attitudine ad uno sguardo psicoanalitico. Anche perché non lo rinnego: fa parte della mia formazione, è una matrice della mia storia professionale ma anche umana (alludo alla mia esperienza di analisi personale). Ma ora questa mia impronta psicoanalitica so coniugarla meglio con la complessità della realtà clinica e soprattutto credo di cercare di integrarla con la visione relazionale sistemica. Nelle sedute, a volte (e sono momenti in cui la mia compagna di tandem trattiene il fiato, ma restando fiduciosa che non dirò mai una cretinata irreparabile: al massimo una deviazione di strada un po' *naïf* ma tutto sommato recuperabile e talvolta anche divertente come un breve "fuori onda") a volte - dicevo - mi sbilancio in domande piuttosto profonde e "verticali" che faccio al componente della famiglia rispetto a sé stesso. Ma queste domande "psicoanalitiche" le faccio in rapporto ad una ipotesi "orizzontale", che riguarda cioè una dinamica familiare. Faccio un breve esempio: posso provare a chiedere ad una ragazza bulimica se pensa che, quando vomita il cibo, cerchi anche di vomitare e buttare fuori da dentro di sé una rabbia che non è fatta di pensieri pensabili né emozioni percepibili come tali; lo chiedo avendo però in mente l'ipotesi che - oltre alla sua - la ragazza cerchi di sputare fuori anche la rabbia negata della madre (o del padre o di chi altro) di cui si fa lei (e/o viene fatta dalla famiglia) inconsapevole portavoce. Il passo fondamentale è recuperare quindi la dimensione relazionale, utilizzare momentaneamente la dimensione

verticale ma per poi riutilizzarla in un campo di movimento orizzontale e di significazione relazionale allargata.

Queste escursioni in tandem mi hanno così arricchito e stimolato (regalandomi, ad oltre 50 anni anagrafici e 30 di lavoro, una specie di entusiasmante seconda giovinezza professionale) che a volte mi permetto anche improvvisazioni creative che la mia compagna di viaggio accetta ed a cui anche partecipa con grande disponibilità. Una di queste improvvisazioni parzialmente strutturate (e quindi libere ma non anarchiche, come avviene nel jazz) è quella situazione che io chiamo “cucina aperta”. Nel senso che richiama quei ristoranti che – grazie a vetrate od a collocazioni addirittura centrali in sala pranzo – permettono ai commensali a tavola di vedere chi e come e che cosa c’è in cucina. In sostanza in pochi e selezionati casi, domandando ovviamente alla mia collega, ad un certo punto – senza chiedere il *time-out* e senza andare nella stanza di là dietro lo specchio unidirezionale – mi metto a parlare con la collega di ciò che penso stia accadendo e di cosa si potrebbe o dovrebbe fare per procedere. Lì, direttamente davanti alla famiglia che ci ascolta parola per parola. E’ chiaro che non mi esprimo (non ci esprimiamo entrambi) esattamente nello stesso modo in cui faremmo se fossimo di là dello specchio. Ma è anche chiaro che diciamo qualcosa che spesso ai pazienti non si dice. Per esempio, il dubbio e l’incertezza. Oppure il confronto tra i due coterapeuti su come ognuno sente il “clima” in quella seduta od in quel momento topico.

Ripensando a quelle volte che s’è fatto *cucina aperta* mi pare di intuire che avevamo desiderio di testimoniare con i fatti e non con le sole parole una situazione di vero *confronto* e soprattutto di reale *trasparenza* che in quelle famiglie mancavano completamente od erano camuffate sotto una patina grossa di mistificazione. Credo, in sostanza, che con certi piccoli momenti di “*cucina aperta*” noi siamo riusciti non a parlare di trasparenza e confronto, ma a metterli in scena in realtà, tra noi due terapeuti. A farne testimonianza diretta. E senza intenti troppo didattico-pedagogici (come dire: non un messaggio “*adesso vi facciamo vedere come si fa a fare le cose bene; ma semmai qualcosa come “noi comunichiamo così perché ci sembra sano, giusto e più bello; vedete voi se vi sembra il caso o meno di fare così”*”).

Penso infine un’altra cosa. Che il fatto che siamo una coppia mista, una donna ed un uomo, sia una risorsa preziosa e che spesso giochi anche un ruolo cruciale soprattutto nelle percezioni delle giovani ragazze / figlie ma anche dei fratelli o sorelle presenti alle sedute. Forse in qualche caso trasmettiamo qualcosa alle coppie genitoriali, anche se questo credo con molta minore incidenza (questo per la mia personale convinzione che le dinamiche di coppia siamo le più omeostatiche e difficili da modificare).

Credo che spesso i nostri interlocutori vedano una coppia ovviamente non perfetta e non idilliamente d’accordo su tutto. Incontrano però due persone che si stimano e che, soprattutto, collaborano senza alcuna dinamica di prevalenza di potere e di prestigio. Credo non sia poco, ed immagino – parafrasando un altro detto famoso – che a volte questa coppia terapeutica in tandem riesca a comunicare e mostrare che davvero “*un’altra relazione è possibile*”.

5. UN CASO CLINICO

Laura ha oltre 30 anni anagrafici ed un'anoressia che probabilmente è la sua ombra fedele più o meno da metà della sua vita ma che lei riconosce – si e no – come una malattia solo da pochi mesi. Alle spalle una solida famiglia (i genitori e due sorelle maggiori) in pena per lei, una solida istruzione ben messa a frutto, un solido lavoro come impiegata in banca ed una solidissima passione per lo sport, soprattutto per le escursioni (quasi maratone) in montagna che lei fa a dispetto di un BMI che terrorizza tutti tranne ovviamente che l'interessata. Nemmeno un episodio iniziale di ischemia cerebrale, un paio d'anni fa, l'ha fermata. Insomma, un assemblaggio di tante e tali "solidità" da far pensare ad uno dei due terapeuti che forse Laura non ha una anoressia ma che Laura "è" l'anoressia: come dire che questa sua identità "pro-ana" sembra essere un'architrave del tutto costitutiva della sua struttura architettonica identitaria e, come tale, irrinunciabile. Da anni medici, psicologi, psichiatri, dietiste (oltre ovviamente a parenti ed amici) tentano di convincere questa amazzone della dieta a più miti consigli, inutilmente. La terapeuta, che l'aveva conosciuta e seguita anni prima nel servizio di Psicologia di zona (con una psicoterapia individuale accettata da Laura solo con la motivazione di elaborare il lutto di una relazione affettiva malamente chiusa dal partner ma non certo per parlare del suo rapporto col cibo) la vede ora al Centro Disturbi Alimentari e riesce ad ottenere la sua collaborazione per degli incontri familiari.

Noi tentiamo quindi una presa in carico facendo varie sedute, con la presenza alternata dei genitori e poi anche delle tre sorelle, che si rendono disponibili nonostante i vari impegni (una è in prossimità del parto). Ma Laura continua a peggiorare ed ormai la situazione è chiara: o accetta di andare in comunità, oppure bisogna solo dichiarare chiuse definitivamente le nostre cure ambulatoriali che sembrano solo un alibi utile a camuffare un suicidio non dichiarato ma agito lentamente, con un gocciolo a gocciolo quotidiano.

Decidiamo di fare ancora due ultime sedute (con il solo obiettivo di convincerla ad entrare in una struttura residenziale) in un'atmosfera emotiva del genere "o la va o la spacca", consapevoli che Mara è un caso disperato e "disperante". Già nella seduta precedente, con le sorelle, il terapeuta ha evocato un'immagine: Laura sembra essere un'aspirante acrobata, che però vuole fare i suoi numeri di camminata sul filo senza avere sotto nessuna rete protettiva, neanche minima. Perché se questa ci fosse, lei non si sentirebbe un'acrobata ma solo una penosa e squallida caricatura della stessa. La sfida della caduta (morte) è il gioco stesso che per lei vale la candela, ed è un gioco totale che non prevede mezze misure. Nessun compromesso, soprattutto: Lara non può rinunciare a correre in montagna in cambio della rinuncia dei dottori di aumentare il suo *intake* giornaliero. Lei vuole l'uno e l'altro, perché al movimento non può rinunciare. Questa situazione da ultima tappa ci spinge ad una forma di creatività e di libera invenzione terapeutica che (immaginiamo) possa apparire un poco selvaggia a leggersi qui su queste righe, ma che, appunto, va capita in questo clima da "non abbiamo più niente da perdere, tentiamole tutte."

Alla penultima seduta, a cui Laura viene da sola sapendo che si parlerà della necessità di entrare in comunità e non di altro, decidiamo di modificare

il setting in questo modo: uno di noi due (quello che ha avuto questa strana idea), si metterà nella sedia a fianco di Laura, anch'egli guardando quindi in fronte alla sua collega, come la paziente. Il suo ruolo, in questa seduta, verrà definito quello di "Angelo Custode". Viene esplicitato a Laura che, come tale, egli ha due compiti di tutela parallela: da un lato proteggere Laura, cercando di far capire meglio alla terapeuta il suo punto di vista, le sue paure ed i suoi fantasmi che le fanno immaginare la comunità come un sequestro con prigionia e pena capitale finale. Nello stesso tempo, come "Custode" l'Angelo deve appunto cercare anche di proteggere Laura da tutto quello che a suo (dell'Angelo) parere, possa esserci di pericoloso e distruttivo, compreso quello che viene da lei stessa, da Laura.

Appare chiaro a tutti e tre l'ambiguità di questo ruolo dell'Angelo Custode. L'unica garanzia che questa strampalata invenzione non suoni come una commedia farsesca o, assai peggio, un *divertissement* dei due terapeuti per prendersi gioco di una paziente, sta nel modo e nel tono che, al di là delle parole, Laura sentirà soprattutto nel discorso dell'Angelo Custode in sua difesa.

Forse funzionerà se lei percepirà (più che pensare) che questi due esseri umani cercano di aiutarla ma vogliono farlo nel modo più rispettoso possibile e che cercano quanto più possibile di identificarsi in lei e nelle sue paure. Decidiamo anche che Laura chiami a parlare l'Angelo Custode solo quando lo vorrà lei, come un avvocato difensore utilizzabile solo a richiesta: altrimenti lui se ne starà muto. Laura non ride a questa stranissima proposta e verso la fine di questa seduta, spontaneamente chiede l'intervento dell'Angelo Custode.

Così avverrà anche nella seduta successiva. Dopo di questa, Laura accetta la proposta della terapeuta di andare a visitare la Comunità. Qualche giorno dopo decide definitivamente di andare. Ora Laura è in comunità, per la prima volta nella sua vita decennale di anoressica.

BIBLIOGRAFIA

- Canevaro, A. (2009), *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Borla, Roma.
- Casement, P. (1999), *Apprendere dal paziente*. Raffaello Cortina, Milano.
- Framo, J.L. (1992), *Terapia intergenerazionale*. Tri t. Raffaello Cortina, Milano 1996.
- Heidegger, M. (1927), *Essere e tempo*. Tr.it. Mondadori, Milano 2001.
- Kahn, M., K.G. (a cura di), *Fratelli in terapia*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 1992.
- Minuchin, S. (1974), *Famiglia e terapia della famiglia*. Tr.it. Astrolabio, Roma 1981.
- Pontalti, C. (2007), "Etica e psicoterapia. Paradosso o vincolo? Un percorso per la clinica". In *Terapia familiare*, 83, pp. 21-38.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F., Prata, G. (1980) Ipotizzazione, circolarità, neutralità, tre direttive per la conduzione della seduta. Tr. it. in: *Terapia familiare*, 7, pp. 7-19.
- Selvini, M., Selvini Palazzoli, M. (1989), "Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare". In

Ecologia della mente, 4, pp. 54-76.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Raffaello Cortina, Milano.

Sorrentino, A.M. (2008), "Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale del paziente". In *Terapia familiare*, 88, pp. 59-91.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*. Tr.it. Astrolabio, Roma 1971.

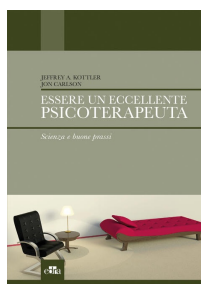
RECENSIONI

SAGGISTICA, NARRATIVA, FILM E VIDEO

Di oggi e di ieri



SAGGISTICA



**Jeffrey Kottler, Jon Carlson,
ESSERE UN ECCELLENTE
PSICOTERAPEUTA. Scienza e buone
prassi**

Edizioni Edra, 2016
275 pagg.

Marta Castoldi¹

“Essere un eccellente psicoterapeuta” è un libro sul counseling e sulla psicoterapia molto particolare, che cerca di rispondere alla domanda su cosa renda un terapeuta davvero efficace. Le conclusioni derivano da letture, osservazioni e esperienze, oltre che da interviste a più di 70 terapeuti considerati magistrali.

Si tratta di un libro molto personale: alterna le riflessioni cliniche e teoriche a narrazioni autobiografiche dei due autori, che hanno insieme maturato anni di esperienza clinica e pubblicato vari libri, viene usato uno stile colloquiale e narrativo in cui i due autori parlano in modo franco, informale, onesto e trasparente di cosa pensano, di cosa comprendono e conoscono, di cosa li infastidisce o li disorienta, affrontando alcuni tabù e aspetti della professione psicoterapeutica che raramente vengono affrontati.

J.Kottler è professore di counseling presso la California State University a Fullerton. Jon Carlson è professore emerito di Psicologia e Counseling presso la Governors State University, Illinois e psicologo

¹ Psicologa Psicoterapeuta

presso la Wellness Clinic di Lake Geneva, Wisconsin. Inoltre, quest'ultimo, affetto da una rara forma di cancro al sangue e alle ossa, che non dava alcuna speranza di vita prima della stesura del libro, riceve la notizia che il corpo sta rispondendo bene alle cure e non morirà così velocemente come pensava all'inizio del progetto di scrittura: questo rende il libro ancora più basato sulle esperienze personali, che tocca ad un livello intimo, per imparare veramente come aiutare gli altri in un modo più efficace e soddisfacente.

Cosa fa sì che una persona possa essere inserita in questa nobile categoria formata da professionisti esemplari? E soprattutto cosa significa essere un terapeuta magistrale?

Cosa distingue i terapeuti migliori da quelli mediocri? I primi hanno una grande abilità nel creare una solida alleanza terapeutica con coloro che stanno aiutando: la qualità del rapporto, più di qualsiasi altro fattore, è l'elemento che meglio predice un'esperienza produttiva e soddisfacente, l'intervento non è la terapia, l'alleanza è la terapia!

Se faceste un sondaggio fra i vostri pazienti e pianificaste studi longitudinali al fine di individuare gli aspetti della terapia per loro più importanti, difficilmente sentireste commenti su una sola confrontazione o interpretazione, o sul gioco di ruoli, o sulle ipotesi e metafore intessute. Più probabilmente i pazienti parleranno di come si sono sentiti accolti e capiti, di come siano stati spinti a fare cose che sembravano oltre le loro capacità, di come siano stati aiutati a capire alcuni aspetti di loro stessi, o di come funzioni il mondo, e che è questo che ha permesso loro di cambiare definitivamente il modo in cui funzionavano.

I vari capitoli esaminano quelle che vengono considerate le qualità principali di terapeuti esperti.

La prima caratteristica importante dell'essere magistrali che viene affrontata è *la profonda compassione e la capacità di prendersi cura*, a volte attraverso un autentico e genuino coinvolgimento emotivo, altre volte fissando confini chiari e precisi legami. La compassione può essere descritta come la profonda comprensione delle esperienze altrui, in modo che le risposte trasmettano gentilezza, al di là della semplice empatia. Usiamo termini come alleanza, accettazione incondizionata ed empatia per descrivere i legami relazionali che si sviluppano con i nostri pazienti. Certamente, fra le persone che vediamo, troviamo anche chi non ci piace per nulla, eppure la terapia è il desiderio di rendere felice un'altra persona e comunicare ai pazienti il nostro desiderio di renderli più soddisfatti, con una vita più appagante.

La seconda caratteristica di un terapeuta magistrale è *avere sofisticate abilità interpersonali, imparando ad ascoltare veramente*. Non è sufficiente solo ascoltare, con un'intensità e un'attenzione che vanno oltre la capacità dei non addetti ai lavori, a meno che non comunichiamo questo interesse e non facciamo qualcosa di utile con quello che sentiamo. I terapeuti magistrali sono in grado di sentire, vedere e percepire più informazioni, decodificare le comunicazioni in modo più approfondito, trovare percorsi che sono invisibili agli altri e

focalizzarsi con acuta precisione sui punti di forza e sulle risorse del paziente.

La terza caratteristica di una terapia efficace è *essere totalmente presenti, mantenendo la concentrazione sui pazienti e rimanendo sintonizzati sulle loro esperienze*. Il rimanere presenti è una capacità che richiede impegno e pratica costanti. Confessa uno dei due autori: “A volte mi sembra di avere l’attenzione di un criceto (ho controllato, sono gli animali con le capacità attentive più brevi)”. Essere presenti è sinonimo di essere coscienti e profondamente concentrati. Implica l’essere aperti e ricettivi nei confronti di un’altra persona. L’idea di essere “mindful” è oggi molto diffusa, perchè veramente poche persone lo sono. Durante le sedute abbiamo molte chiacchiere mentali: *avrei davvero dovuto dire così? Perchè non ho colto quel suggerimento che sembra così ovvio? Che cosa starà pensando di me adesso? Che cosa dirà il mio supervisore quando gli racconterò che cosa è accaduto? Mi domando se devo tornare indietro su ciò che ha detto in precedenza? Che cosa dovrei fare adesso?*

Coloro che reputiamo terapeuti magistrali si sono allenati a essere il più attenti possibile.

Siamo onesti: non sappiamo davvero come e perché avvengano i cambiamenti, sia all’interno della terapia che nel mondo esterno. Certamente, al riguardo vi sono centinaia di teorie e decine di migliaia di studi, però in definitiva siamo generalmente in grado di descrivere quello che è successo durante la seduta, ma troviamo difficoltà a spiegare come e perché si siano verificati dei cambiamenti. I resoconti dei pazienti spesso contraddicono quello che i loro terapeuti pensano sia stato l’intervento più efficace. Nel caso di terapeuti magistrali si è dissolta l’illusione di essere sempre all’altezza di comprendere ciò che sta accadendo nelle sedute.

Che cosa fa la differenza? Ovvero, quali indichereste come fattori più significativi che a vostro giudizio portano a cambiamenti più duraturi? Tra i fattori citati ci sono: il toccare il fondo (spesso facciamo le cose migliori quando i pazienti sono più disperati), l’infondere speranza e ottimismo (aiutare a vedere il bicchiere mezzo pieno, a essere più motivati, a sfruttare la resilienza quando le cose diventano veramente difficili), il creare una relazione sicura, il reinquadrare o riformulare il problema (quasi tutte le situazioni o i problemi possono essere esaminati da molti punti di vista, ognuno dei quali porta a risultati differenti, “tutto può diventare qualcos’altro” è il mantra che permette di aprire nuove possibilità), lo sfidare convinzioni e assunti dati per scontati, l’aiutare ad utilizzare le risorse interne anziché patologizzare i comportamenti. Un ingrediente della maestria mai affrontato è anche *onorare la magia e il mistero*, oltre la comprensione: la maggior parte delle volte in cui i pazienti concludono positivamente il loro percorso, pensiamo di avere una vaga idea di che cosa possa averli aiutati, ma siamo altrettanto consapevoli che molte cose rimarranno comunque un mistero.

Perché una terapia sia efficace, una necessità dei terapeuti magistrali è *dire la verità*. L’essenza di quello che facciamo è creare un contesto

sicuro in cui poter dire ai pazienti ciò che pensiamo di loro, presumibilmente per aiutarli a funzionare meglio. Questo implica aiutarli a dire la loro verità, a raccontare la loro storia nel modo più onesto, nudo e crudo, con tutta la vergogna e le parti spiacevoli che la accompagnano. Un bravo terapeuta sa dire alle persone ciò che vede, senza farle sentire minacciate.

Una caratteristica dei terapeuti magistrali, fondamentale e rassicurante, è *fare errori, ma non continuamente gli stessi*. I terapeuti illustri intervistati dagli autori hanno raccontato le loro peggiori sedute terapeutiche, riconoscendo i propri fallimenti ma imparando dagli errori, usandoli in modo costruttivo per migliorare. Bisogna avere passione e motivazione per non permettere alle delusioni di fermarci. Bisogna vedere gli errori come dati da elaborare, per agire successivamente con maggiore flessibilità, umiltà e creatività, accettando i propri limiti e lavorando costantemente per eliminare i punti di debolezza e migliorare le proprie competenze.

Un altro aspetto dei terapeuti eccellenti è *chiedere e utilizzare i feedback costruttivi*: chiedere continuamente opinioni sull'utilità di ciò che facciamo, per poi modificare il nostro comportamento in accordo con tali suggerimenti. La domanda da farsi alla fine di ogni seduta è: *“Che cosa avrei potuto/dovuto fare di diverso?”*. Quanto più viene data ai pazienti la possibilità di parlare delle loro frustrazioni, tanto più sono propensi a considerare in modo positivo i risultati della terapia. Per quanto all'inizio possa apparire minaccioso, i terapeuti magistrali elaborano le critiche costruttive in modo da continuare a crescere professionalmente, perfezionando gli aspetti in cui sono carenti e adattando le proprie strategie alle necessità di ogni situazione, diventando più responsivi ed efficaci.

Un elemento che contraddistingue i terapeuti magistrali è l'abilità di andare oltre la mera tecnica e utilizzare le proprie caratteristiche personali per rafforzare l'efficacia del lavoro di aiuto: *chi sei è importante quanto ciò che fai!* Molte volte chi sei e come ti presenti è importante tanto quanto le tecniche terapeutiche che usi. Gli autori ritengono che un elemento necessario per essere un terapeuta magistrale sia la congruenza fra i valori che abbiamo abbracciato a livello professionale e i principi personali - espressi nel comportamento quotidiano. Se effettivamente si crede in ciò che si insegna ai pazienti, si applicano quei medesimi principi alla propria vita. Tratti chiave della personalità di un terapeuta che vengono descritti e che massimizzano l'efficacia sono l'onestà, l'affidabilità, l'integrità inattaccabile e la conformità ai codici etici, l'essere flessibili e tolleranti rispetto alle differenze, l'essere accoglienti e non giudicanti, l'essere sicuri di sé (tuttavia estremamente modesti), il ricercare e dire la verità (con grande sensibilità e diplomazia), l'essere spontanei senza essere impulsivi, l'essere empatici, autentici, coerenti e molte altre cose fantastiche che rendono gli esseri umani -terapeuti compresi- piacevoli, cordiali e affidabili.

Un capitolo affronta la parola Amore, parola insolita da usare nel nostro contesto professionale e anche proibita nella nostra professione, ciò nonostante gli autori credono che l'amore sia la forza motrice di gran parte del nostro lavoro terapeutico: *in terapia, amore è una parola di cinque lettere*, ed è ciò che fa sentire più motivati, emozionati, creativi, entusiasti ed estremamente appassionati nei confronti del nostro lavoro, come terapeuti e come insegnanti; è la fonte del nostro impegno ad aiutare gli altri, ed è anche ciò che ci sostiene.

A volte è difficile rimanere innovativi, motivati e appassionati in quello che facciamo, è molto facile inserire il pilota automatico, ascoltare i pazienti con attenzione fluttuante, ripetere le stesse storie trite e ritrite e i medesimi aneddoti, utilizzare le stesse tecniche ormai collaudate che si sono dimostrate efficaci in passato. Sono necessari grande impegno e molte energie per rimanere coinvolti nella seduta, co-creare un capolavoro terapeutico unico e personalizzato, rimanere innovativi. Per gli autori questo consiste nell'esprimere amore in quello che fanno, amore per le persone che aiutano, amore per il proprio lavoro, amore per la gratitudine provata verso quello che abbiamo il privilegio di imparare dai nostri pazienti, studenti e maestri nel corso degli anni. Una riflessione di un collega, che lavorava con pazienti complicati, non hanno più dimenticato e tengono nel cuore: *“La mia speranza è che, per almeno un'ora alla settimana, i pazienti abbiano la sensazione che qualcuno si prenda effettivamente cura di loro”*.

In un caso clinico si racconta di un ragazzo apparentemente sicuro, con una diagnosi di disordine bipolare e un problema di eiaculazione precoce, con una ragazza interessata soprattutto al sesso. Il ragazzo riusciva a vedere solo i suoi difetti e non i punti di forza, non riconosceva i suoi successi. Ai tentativi del terapeuta di vedersi in modo più equilibrato, piuttosto di focalizzarsi solo sui fallimenti, il ragazzo non voleva ascoltare, e ripeteva quanto avesse sempre dovuto combattere con la sua malattia e ora era uno storpio anche dal punto di vista sessuale. “Ehi”, gli disse il terapeuta, “sono d'accordo che non possiamo correggere alcuni aspetti, ma possiamo sicuramente gestirli. E l'assenza di risposta a letto dipende dal fatto che lei non riesce ad essere veramente se stesso ed è il suo modo per dire che la sua ragazza non può avere sempre il controllo su di lei, è stanco di essere maltrattato”. Questo è stato un momento di svolta, non tanto come frutto di questa affermazione o di qualsiasi altra interpretazione o intervento, ma come risultato del costante amore e della continua premura che il ragazzo ha percepito dal modo di porsi del terapeuta. Se questi poteva dire quelle cose di lui, forse era giunto il momento che lui iniziasse ad amare se stesso!

I terapeuti magistrali hanno poi la capacità di *diventare spontanei e un po' matti*, di prendersi dei rischi costruttivi, di *promuovere innovazioni creative*. I terapeuti creativi forniscono spontaneamente e impulsivamente per i problemi dei pazienti le soluzioni più incredibili e sorprendenti, aiutando a creare e sostenere un contesto in cui queste alternative possano emergere organicamente attraverso l'interazione.

Spesso i clinici diventano limitati come i modelli ai quali hanno aderito: solo quando inizieranno a essere più interessati a ciò che *funziona*, piuttosto che a ciò che è *giusto*, la terapia migliorerà automaticamente. I terapeuti straordinari e creativi sono abbastanza flessibili da cambiare rotta in base ai bisogni del paziente. Sono attenti osservatori di che cosa si adatta e funziona meglio con ogni paziente, rimanendo al tempo stesso continuamente aperti verso ogni segnale che suggerisca di cambiare nel corso del processo il proprio comportamento.

Nella nostra testa sentiamo le voci di tutti gli insegnanti, i supervisori, i mentori e gli autori che abbiamo avuto, ognuna delle quali ci sussurra - a volte urla - qualche suggerimento o qualche direttiva da seguire.

Spesso dimentichiamo che ognuno di noi possiede qualcosa di nuovo da offrire, qualcosa che riflette il nostro stile individuale, così come i bisogni di un paziente in ogni dato momento. Nonostante molte tecniche possano essere utili all'interno di un trattamento, il terapeuta in quanto persona e l'indefinibile chimica emozionale fra il clinico e il paziente sono più importanti delle procedure specificabili. I terapeuti creativi sono capaci di guardare i problemi da diverse prospettive, anziché da un singolo punto di vista.

Uno dei privilegi della nostra professione è utilizzare nel nostro lavoro qualsiasi cosa impariamo: i film e gli spettacoli a cui assistiamo, i libri che leggiamo, le conversazioni che abbiamo gradito, le relazioni, le esperienze, le avventure e i viaggi che abbiamo intrapreso.

I terapeuti creativi smettono di domandarsi se stanno facendo qualcosa nel modo corretto, per chiedersi se sono stati realmente d'aiuto, non si focalizzano più sull'approccio che stanno utilizzando ma sull'aiuto che possono dare al paziente. Dicono gli autori: siamo molto più eclettici, flessibili e pragmatici di quanto facciamo finta di essere. I professionisti straordinari sono in grado di superare i confini imposti dall'approccio convenzionale, inventano metodi per influenzare e sintonizzarsi con le persone che non sarebbero mai venuti in mente agli altri. Spesso valutano e danno un nome ai problemi lamentati usando un linguaggio assolutamente differente e creativo.

Infine, un ingrediente chiave dei terapeuti eccellenti è *essere in continua evoluzione*. Non si arriva mai a diventare un terapeuta magistrale, un modello di perfezione, piuttosto trascorriamo la nostra vita impegnandoci per avvicinarci il più possibile a quell'ideale. Gli autori ritengono che il dono più grande nel nostro campo fosse quello di poter utilizzare tutto ciò che impariamo per renderci il più possibile efficaci, sono dei grandi sostenitori del fatto che le esperienze di vita siano insegnanti migliori rispetto a qualunque contenuto si possa trovare in un libro o in un seminario. I professionisti magistrali devono avere una buona dose di coraggio per affrontare argomenti che altri preferirebbero evitare: com'è possibile che la terapia sia efficace quando sembra che ognuno di noi lavori in modo diverso? Come possiamo pretendere di capire come avviene il cambiamento quando la complessità e la multidimensionalità sono così intricate? Come possiamo chiedere ai nostri pazienti di fare cose che noi non facciamo nella nostra vita? Come possiamo realmente aiutare le persone quando le ascoltiamo a malapena

per la metà del tempo? Hanno bisogno di sentire l'urgenza di potersi spingere oltre la propria zona franca per poter crescere come vorrebbero facessero gli altri.



Bader Michael,
ECCITAZIONE. La logica segreta delle
fantasie sessuali
Cortina, 2018
246 pagg.

Laura Testa¹

Il tema della sessualità è spesso visto con interesse e diffidenza dai terapeuti. Questo atteggiamento è dato dalla consapevolezza che si tratta di un argomento di grande utilità all'interno di un percorso psicoterapeutico ma sul quale molti ritengono di non essere sufficientemente competenti e quindi di non essere in grado di approfondirlo ed utilizzarlo in maniera strategica e proficua.

La conseguenza, purtroppo, è che le tematiche sessuali vengono solo marginalmente affrontate in un percorso terapeutico oppure che la persona venga inviata ad un sessuologo. Il libro di Michael Bader offre una serie di elementi che possono essere di grande utilità per aiutare nella individuazione delle tematiche psicologiche sottostanti al funzionamento sessuale degli individui partendo da una base fisiologica e non patologica.

Questo testo è una versione aggiornata ed ampliata di un volume pubblicato per la prima volta nel 2002 e risulta essere l'applicazione alla comprensione di un aspetto fondamentale della sessualità, le fantasie sessuali, basandosi sull'approccio denominato Control-Mastery Theory di Weiss e Sampson.

Il presupposto fondamentale dell'approccio della Control-Mastery theory è la imprescindibilità del raggiungimento di un senso di sicurezza da parte degli individui per poter mantenere un sufficiente equilibrio psicologico. La necessità di raggiungere questa condizione è un elemento base per la sopravvivenza psichica (e quindi fisica) e il suo conseguimento può dover passare anche attraverso la strutturazione di credenze patogene.

¹ Psicologa Psicoterapeuta, Supervisore Scuola Mara Selvini Palazzoli

Bader sottolinea come osservare la sessualità, iniziando dalle fantasie sessuali, attraverso la lente di ingrandimento della sicurezza fornisca una buona base di partenza per l'individuazione, più in generale, del funzionamento sessuale di un individuo e quindi del suo funzionamento emotivo- psicologico-relazionale.

Le persone generalmente hanno fantasie sessuali, tra queste ve ne sono alcune che vivono come bizzarre o poco coerenti con il loro funzionamento personologico senza per questo avere particolari problemi sulla sessualità. L'analisi di queste fantasie è una utile "cartina di tornasole" per la definizione del funzionamento psico-emotivo-relazionale delle persone poiché esse "*rappresentano il mezzo tramite il quale la persona crea un senso inconscio di sicurezza, un sentimento che (attraverso la fantasia) persiste per il tempo necessario per permettere all'eccitazione di emergere*". Sostanzialmente Bader ritiene che "*le fantasie sessuali rappresentino la chiave per sbloccare l'eccitazione disconfermando le credenze patogene che inibiscono le persone*".

Il libro, attraverso una scrittura fluida e scorrevole, sviluppa ed approfondisce l'assunto di base partendo da un funzionamento fisiologico della sessualità nel quale si possono trovare fantasie determinate dalla necessità di contrastare sentimenti di colpa, vergogna, inibizione derivanti da credenze patogene strutturate per influenze familiari e sociali non traumatiche. Questa tipologia di fantasie non risultano essere particolarmente disturbanti per le persone che spesso le vivono con imbarazzo ma nei confronti delle quali mostrano anche curiosità ed interesse.

Successivamente, sempre partendo dall'assunto di base, si approfondisce il tema delle fantasie sadomasochiste che rappresentano un tema più spinoso sia per il terapeuta che per i pazienti poiché, spesso, risultano essere pervasive e imprescindibili per raggiungere l'eccitazione sessuale con una grave limitazione sulla possibilità di agiti sessuali scevri da questi contenuti. Anche in questo caso, Bader precisa come la criticità della fantasia non sia data dalla fantasia in sé e per sé ma dalla tortuosità della strada che psicologicamente le persone devono percorrere per sentirsi al sicuro e poter quindi liberare la propria eccitazione sessuale.

Per una maggiore comprensione ed una reale fruibilità terapeutica dei concetti espressi, Bader utilizza molti esempi clinici esplicitando più volte come capire il meccanismo delle fantasie sessuali possa aiutare il terapeuta nell'individuazione più generale del funzionamento psico-emotivo del paziente e non solo del suo funzionamento sessuale.



**Giovanni Bottioli,
CHE COSA È LA TEORIA DELLA
LETTERATURA. Fondamenti e problemi**

Einaudi, 2006

XIX-472 pagg.

Valentina Doscioli¹

Durante gli studi magistrali in Psicologia Clinica presso l'Università di Bergamo ho avuto la possibilità di frequentare il corso a scelta "Teoria della Letteratura", tenuto dal prof. Giovanni Bottioli. Dato il mio interesse verso la letteratura sono stata subito incuriosita all'idea di frequentare tale corso, il cui tema portante era il rapporto tra letteratura e psicoanalisi, con particolare riferimento ai concetti di *soggetto diviso* e di *modi dell'identità*, alla *teoria dei registri* di J. Lacan e alla sua celebre tesi che l'inconscio sia strutturato come un linguaggio. Le lezioni sono state estremamente interessanti e sono stati presentati ampi riferimenti a opere letterarie, tra le quali spiccavano "*L'uomo della sabbia*" di E.T.A. Hoffmann e "*Il perturbante*" di S. Freud.

Durante una recente lezione del corso di psicoterapia, in cui è stato trattato il tema della metafora, ho potuto attingere ad alcuni ricordi inerenti uno dei testi consigliati per tale insegnamento dal titolo: "*Che cos'è la teoria della letteratura. Fondamenti e problemi*" (2006), del prof. Bottioli. Ho accolto con preoccupazione la richiesta di scriverne una recensione in quanto si tratta di un'opera complessa e molto densa, anche se sicuramente interessante, quindi, nella speranza di non risultare troppo riduttiva, cercherò di ripercorrere brevemente il contenuto dei capitoli, nella speranza di incuriosire il lettore e stimolarlo ad andare a conoscere personalmente il testo.

"*Che cos'è la teoria della letteratura. Fondamenti e problemi*" è un'opera che permette al lettore di compiere un viaggio affascinante, seppur impegnativo, alla scoperta delle nozioni base della linguistica, delle teorie, riflessioni e problematiche legate alla nascita e allo sviluppo della teoria della letteratura per giungere alla stretta relazione esistente tra letteratura e psicoanalisi.

Nel corso dei capitoli vengono fornite le coordinate principali per orientarsi in quello che, apparentemente, potrebbe sembrare un mare sconfinato o, nella peggiore delle ipotesi, un mare in tempesta. In ogni caso, seppur l'Autore fornisca gli strumenti chiave necessari per comprendere il contenuto del testo, al lettore è richiesto un approccio attento e mai superficiale.

¹ Psicologa, allieva Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli, sede di Brescia

I primi tre capitoli sono molto densi, in quanto vengono delineate riflessioni, criticità e problematiche legate alla linguistica e alla ricerca di una logica nella letteratura.

Il punto di partenza è rappresentato dall'esposizione dei concetti principali contenuti nel "*Corso di Linguistica Generale*" (1916) di F. de Saussure, con particolare riferimento a quelli di *significante* e *significato*, di *sincronia* e *diacronia* e di *lingua come sistema di segni*. Questi concetti sono propedeutici alla comprensione del testo in quanto verranno presto messi in relazione con il pensiero di R. Barthes e di J. Lacan in merito a ciò che viene denominato "*logica del significante*".

I successivi due capitoli sono dedicati all'esposizione del pensiero guida delle correnti del Formalismo Russo e dello Strutturalismo Praghese, sviluppatosi a partire dal pensiero saussuriano.

Nel secondo capitolo il lettore familiarizza con due questioni basilari dei Formalisti russi: la prima, se sia possibile identificare una forma della letteratura, intesa come principio organizzativo; la seconda, sul problema originato dal fatto che l'oggetto della scienza della letteratura che essi miravano a fondare fosse non materiale. Nel prendere in analisi queste tematiche l'Autore si sofferma sulla visione dell'opera letteraria formulata da quattro pensatori (V. Sklovskij, V.J. Propp, J. Tynjanov e R. Jakobson) per condurre il lettore al denso terzo capitolo, dedicato allo Strutturalismo Praghese. Qui l'Autore espone i concetti di *struttura*, *letterarietà* e *strutturalismo grammaticale* e *trasformativo* per poi illustrare il collegamento tra il pensiero di F. de Saussure e J. Lacan in riferimento alla *logica del significante*. Per giungere a tale spiegazione l'Autore si soffermerà sulle teorie di vari pensatori, tra i quali J. Mukařovský, R. Barthes e C. Lévi-Strauss, e sul famoso Seminario VII di J. Lacan, focalizzato sul testo "*La lettera rubata*" di E.A. Poe. I contenuti di tale seminario vengono ripresi nel corposo e affascinante quarto capitolo.

Esso, sull'onda delle riflessioni riportate nelle pagine precedenti, si apre con l'esposizione del concetto secondo il quale la psiche sarebbe organizzata da divisioni e che anche il soggetto sia diviso in se stesso, data l'esistenza di diversi stili di pensiero. In questa sede non è possibile chiarire la grande quantità di concetti e riflessioni legate a questi temi: sia chiaro al lettore che nel testo l'Autore lo guiderà passo dopo passo alla loro comprensione, come in una matryoska, per andare sempre più in profondità con la riflessione. L'Autore, infatti, in modo accurato, porta il lettore a immergersi nella psicoanalisi e nei temi cardine del pensiero di Freud: le topiche, il mito di Edipo, il concetto di ritorno del rimosso e il lavoro onirico. Il tema del sogno è centrale per due motivi: il primo, per il fatto che l'Autore riformuli i quesiti dei Formalisti e degli Strutturalisti, chiedendosi come sia fatto un sogno, come esso funzioni e come si possa decifrare il linguaggio onirico; il secondo è dato dal fatto che tale argomento porti alla comprensione del nesso tra psicoanalisi e letteratura dato il suo essere la traduzione di una parola (di un pensiero) in un'immagine. Entrambe si occupano di "testi": la psicoanalisi, infatti, indaga la psiche per mezzo di meccanismi linguistici quali le associazioni libere, i sogni, i lapsus; la letteratura, invece, è costituita propriamente da testi scritti. L'Autore, a questo punto, espone le proprie riflessioni in merito

alla differenza tra decodifica e interpretazione per poi chiedersi se si possa considerare la letteratura come un “ritorno del rimosso” avvalendosi del discorso inerente l’esistenza, e il conflitto, tra diverse logiche (stili di pensiero) presenti nella psiche e nel testo letterario, per giungere al discorso sulla metafora e all’esposizione della *teoria dei registri* di Lacan. Man mano si prosegue nella lettura ci si addentra nel Simbolico, nel Reale e nell’Immaginario, in un movimento fluido di ripresa e riformulazione di quanto letto fino a quel punto.

Il quinto e il sesto capitolo, di stampo più “filosofico”, sono strettamente intrecciati e riprendono il tema del *soggetto diviso* oltre a quello dell’interpretazione: nel quinto capitolo viene esposto il principio di non-coincidenza formulato da M. Bachtin, per riflettere in merito all’autocoscienza del personaggio letterario e al concetto di *polifonia*; il sesto e ultimo capitolo, invece, a partire dall’opera “*Essere e Tempo*” di M. Heidegger vede l’esposizione del pensiero del filosofo in merito a verità, opera d’arte, interpretazione e linguaggio, oltre a mettere in relazione il principio di non-coincidenza con quello di co-appartenenza con riferimenti anche al pensiero di F. Nietzsche e J. Derida.

“*Che cos’è la teoria della letteratura. Fondamenti e problemi*”, quindi, è un testo coinvolgente, “in movimento”, che a uno sguardo superficiale può dare l’idea di trovarsi su una barca in mezzo a una tempesta ma se lo si legge con attenzione e pazienza si possono tranquillamente trovare i remi per governare la barca e giungere al porto, per riflettere e riconoscere il grande valore della letteratura e della sua capacità di farci entrare in profondo contatto con noi stessi e con la nostra umanità.



Luigi Cancrini,
LA SFIDA DELL’ADOZIONE. Cronaca di
una terapia riuscita

Cortina, 2020
198 pagg.

*Sara Ferraris*¹

Un libro scritto con la saggezza del cuore e l’esperienza di un grande narratore familiare.

¹ Psicologa Psicoterapeuta, didatta Scuola Mara Selvini Palazzoli- Sede di Brescia

Il titolo ben descrive ciò che affrontano i terapeuti che lavorano con le famiglie adottive : una grande, complessa e avventurosa sfida.

Il percorso di psicoterapia familiare, qui dettagliatamente descritto, accompagna il lettore nel difficile, faticoso, ma anche straordinario “viaggio” che queste famiglie intraprendono , dal “primo sguardo” e che portano “dentro” la stanza di terapia.

Un testo che rappresenta un’interessante riflessione teorica, sulla “cura delle infanzie infelici” e fornisce preziosi spunti tecnici.

Da terapeuta familiare che lavora con queste tipologie di famiglie, ritengo che questo libro di Cancrini possa offrire, soprattutto a giovani terapeuti ed allievi in formazione, una utile guida che accompagna nell’esplorazione delle complesse dinamiche familiari adottive.

Il testo ben mostra le specificità di questi ragazzi così “provati”, con bassissima tolleranza alle frustrazioni, dalla complicata vita affettiva e relazionale.

Il concetto centrale ruota intorno al fatto che la terapia con queste famiglie si basa su un costante lavoro di integrazione, tra passato e presente: il passato continua ad invadere il presente con il suo carico di “contagio” traumatico.

La metafora della fune, che utilizza anche Cancrini, ben esplicita questo movimento di riattivazione del passato nel presente di questi ragazzi; se già l’adolescenza è l’età del tiro alla fune, l’adolescenza adottiva implica “strattoni” più violenti , che necessitano da parte di questi genitori una grande flessibilità e capacità di tenuta dell’equilibrio.

Una quota più elevata di flessibilità, empatia, oltre che capacità funamboliche sono richieste al terapeuta che sceglie di lavorare con questi sistemi familiari.

Nella lettura del testo si “sente” l’incontro empatico che Cancrini ha con questa famiglia con cui ha costruito un’alleanza emotiva così vera e profonda che, utilizzando le parole di Lorna Smith Benjamin, ci fa fare l’esperienza di” sentire insieme che l’oggetto della cura non sono i cervelli rotti ma solo i cuori spezzati e chi sta soffrendo sente che il terapeuta è lì con lui/loro in quanto essere umano oltre che come terapeuta”.

Si parte dalla narrazione dei “fatti di vita” di questi ragazzi che fanno da riattivatori traumatici riportandoli indietro nel tempo scatenando gravi crisi apparentemente immotivate ed incomprensibili, ai genitori e a tutte le persone intorno.

NARRATIVA



Cormac Mc Carthy,
LA STRADA
Einaudi, 2006
275 pagg.

Valeria Pinoni¹

“Il bambino si era dipinto delle zanne sulla mascherina e andava avanti senza lamentarsi”. Ho deciso di rileggere questo testo durante il lock down del quale tutti abbiamo sofferto e queste parole hanno quindi risuonato dentro di me come una particolare coincidenza.

“La strada” di Cormac Mc Carthy è un romanzo del 2006, periodo della mia prima lettura, che acquistai in libreria perché attratta dalla copertina: non conoscevo nulla dell'autore, né immaginavo fosse lo stesso creatore di un altro testo, la cui sceneggiatura, l'anno successivo, divenne quel capolavoro di film *“Non è un paese per vecchi”*.

“La strada” è ciò che in letteratura viene definito un romanzo post apocalittico perché, come Treccani insegna, la sua ambientazione “riguarda le apocalissi”. Non amo particolarmente questo termine in relazione al libro perché lo ritengo generico rispetto i temi in esso contenuti. Il titolo potrebbe trarre in inganno: *“On the road”* possono accadere anche esperienze stimolanti e freak, ma non è questo il caso. Mr. Kerouac mi perdoni l'azzardato paragone, ma qui i personaggi sono a piedi e devono augurarsi che nessuno si fermi per l'autostop dato che, pagina dopo pagina, sembra sempre che il peggio debba ancora arrivare.

Però siamo sempre in America. Tempo non pervenuto ma immagino un futuro a noi prossimo. Un padre ed un figlio, chiamati “l'Uomo” e “il Bambino” percorrono una lunga e tetra strada asfaltata cercando di raggiungere il Sud, provando a sfuggire il gelido inverno. Sono sopravvissuti ad una catastrofe della quale non viene dato alcun dettaglio, se non pochi accenni ad un'umanità decimata, senza animali e tecnologia, nella quale la lotta alla sopravvivenza predomina sull'etica, l'empatia e la ragione. Trovo molto saggio che Mc Carthy abbia accuratamente selezionato le informazioni disponibili riguardo la

¹ Psicologa Psicoterapeuta

“Catastrofe”. Forse una nuova terribile guerra mondiale? Un campo elettromagnetico spaziale che ha interferito con la biosfera terrestre e ne ha alterato irreparabilmente le risorse evolutive? Una peste incurabile? L’elenco potrebbe continuare senza risposta. In questo modo permette di ipotizzare cosa potrebbe essere davvero accaduto e riflettere. Aiuta ad esercitare la fantasia per colmare quei vuoti, lasciando che il lettore asseconi le proprie personali peculiarità. Restando in disparte, ma fornendo una guida invisibile, ne rispetta l’intimità lasciando un ampio ventaglio di spiegazioni. In questo cripticismo si differenzia da altri romanzi con i medesimi scenari, in primis da “*L’ombra dello scorpione*” di Stephen King che è invece molto preciso nei dettagli, ma con il quale condivide la maestria nella capacità di descrivere l’essere umano.

Veniamo ai personaggi. L’Uomo è guidato da un’unica missione: proteggere il suo unico figlio. Il suo motto si potrebbe riassumere in una frase *eroica*: “Non permetterò che tu muoia oggi!”. Ti insegnerò a procurare del cibo, a non avere freddo, a sopportare la fame e la sete, a non avere paura, *ad essere forte*. A non rimpiangere il passato. Ma c’è un insegnamento che all’Uomo preme su tutti, il più importante, quello da sapere a memoria, *il dogma*. Se lascio parlare la parte di me toccata più profondamente dalle parole dell’autore, tradurrei il pensiero dell’Uomo in un disperato “Cercherò di aiutarti a lasciare questo mondo perduto nel modo meno atroce possibile”. Fin qui tutto mediamente orribile con prospettive nemmeno lontanamente rosee. Ma cosa accade quando Il Modo Meno Atroce Possibile riguarda l’insegnare alla propria piccola creatura come suicidarsi? Come impugnare una pistola e spararsi un colpo in bocca, senza esitazioni né ripensamenti? Perché ciò che avverrebbe *dopo* sarebbe insostenibile? Anzi, indicibile. Nemmeno pensabile. Mc Carthy resta vago ma fornisce indizi spaventosi ed al contempo talmente reali nel loro processo allucinatorio che aiutano ad immedesimarsi in questa scelta paradossale ed inammissibile. Come mi comporterei se fossi nei suoi panni? La storia ha un lento proseguire nonostante le sole 218 pagine; lento come la fatica dei passi dei protagonisti che si avvicinano uno dopo l’altro, fragili, infreddoliti ed ipervigili. Quindi mi ripeto. Cosa farei al suo posto? Ogni frase ci pone costantemente di fronte a questa domanda. Quest’Uomo, dopotutto, porta con sé almeno tre drammi distinti ed è proprio la sua dolceamara sincerità a dircelo: “*Quando sognerai di un mondo che non è mai esistito o di uno che non esisterà mai e in cui sei di nuovo felice, vorrà dire che ti sei arreso*”.

Poi c’è Lui, il mio preferito. Sono consapevole che ci siano solo due personaggi principali in tutta la storia quindi la scelta era 50-50, ma non è scontata. La mia propensione al personaggio ha oscillato parecchie volte nel corso della lettura, ma il Bambino alla fine ha vinto tutte le mie resistenze, le razionalità, le paure. Il personaggio del Bambino è un fenomeno quasi paranormale. Ciononostante è talmente aderente al piano di realtà da non insinuare mai nella mente del lettore quell’insidioso pensiero difensivo “Ma sì, in fondo è un libro, in fondo è pura invenzione, un bambino non sarebbe mai capace di...”. No. Il Bambino è un concentrato di gentilezza e adattamento in grado di non sconfinare mai nella melassa. Questo Bambino non lo si ama perché non

sarebbe politically correct non amare un bambino. Lo si ama perché è descritto magistralmente nel suo essere proprio tutti gli altri bambini. Semplice e spontaneo. Il suo spirito guida è la Speranza: *“Ce la caveremo, vero, papà? (Sì. Ce la caveremo). E non ci succederà niente di male. (Esatto). Perché noi portiamo il fuoco.”*

Prendendo spunto da Mc Carthy non mi soffermerò su ulteriori contenuti, sono troppo preoccupata da rovinare l'eventuale primo approccio di chi vorrà avventurarsi in questa lettura. Penso però che si evinca facilmente la mia opinione entusiastica al riguardo. Questo libro è fondamentale ed ha avuto numerosissime recensioni letterarie positive. Penso sia perché pone tante domande e dona poche risposte. Ma perché volerne per forza trovare? L'iter dei personaggi è un atto di fede e in fondo, a volte, non è così nelle relazioni? Sentimentali, genitoriali, terapeutiche: *“Devi portare il fuoco. (Non so come si fa), Sì che lo sai. (È vero? Il fuoco, intendo). Sì, no è vero. (È dove sta? Io non lo so dove sta.) Sì che lo sai. E' dentro di te. Da sempre. Io lo vedo”*. L'autore sceglie appositamente una punteggiatura non convenzionale. Un po' uno stream of consciousness “a deux”. Per questo secondo impulso comparativo mi perdoni anche Mr. Joyce. Ma mi sono chiesta se Mc Carthy avesse fatto una psicoterapia per la profondità delle sue descrizioni. Mi sono chiesta cosa avesse vissuto. Mi sono chiesta come mai scelse di arruolarsi nell'esercito per poi condurre un programma radio in Alaska. Ma queste sono sempre domande. Nelle sue parole la rabbia, la paura, la nostalgia, il dubbio si incastrano alla perfezione nei dialoghi densi di una consapevolezza devastante, forse non così lontana dall'universo quotidiano di ognuno. Su tutti, c'è un passaggio particolare che a mio avviso ha un'intensissima valenza emotiva: *“Ricordati che le cose che ti entrano in testa poi ci restano per sempre, gli disse. Forse dovresti rifletterci. (Perché certe cose uno se le dimentica, no?) Sì. Ci dimentichiamo le cose che vorremmo ricordare e ricordiamo quelle che vorremmo dimenticare.”* Affrontare il dubbio è spesso un'esperienza spaventosa. Ma apprezzare l'incertezza in taluni casi, può essere l'unica scelta sana. Una scelta che permette a certi ricordi meravigliosi di rimanere saldi. E colpisce quanto Mc Carthy sia in grado, in quell'eclissi così totale e crudele di suscitare emozioni ferree ma al contempo dolcissime.

Penso voglia dirci che è quando il fuoco smette di ardere che iniziano i problemi.

Su questo, mi trovo proprio d'accordo con lui.



John Jay Osborn
ASCOLTATE IL MATRIMONIO
Bollati Boringhieri, 2019
208 pagg.

Marina Francavilla, Claudia Nigro¹

Il racconto è apparentemente molto semplice in termini di personaggi e luoghi: una terapeuta, un marito e una moglie, una stanza di terapia.

In realtà tutto si complica e si declina nel pensiero di ogni protagonista e l'affiorare di un nuovo personaggio: il Matrimonio.

Il titolo è di per sé una preghiera, un'esortazione.

Sandy, la terapeuta di coppia o consulente matrimoniale - come da traduzione, gioca in un ping-pong serrato con i suoi clienti: a volte silenziosa - ma con pensieri che vorticano e che pregano che il suo paziente impari, colga le sfumature non verbali del compagno o della compagna che ha accanto - a volte invece esprime senza filtro i suoi pensieri e le sue riletture, anche con aneddoti personali.

È una terapeuta informale, vicina, che si espone ai transfert, ma non ne viene mai intaccata, dà del "Tu" ma non perde mai la barra, l'autorevolezza. È indulgente, ma ferma, empatica, ma imparziale.

Il Matrimonio è "terzo" fra marito e moglie, l'elemento cardine, ma il meno ascoltato, relegato su una scomoda e sconnessa sedia verde che stona e quindi risalta nella moderna ed elegante stanza di terapia.

Sandy dialoga con il Matrimonio, ne fa da cassa di risonanza, mentre il sacramento rimane schiacciato dolorante fra due coniugi congelati nelle loro posizioni, sordi di fronte alle loro emozioni e a quelle dell'Altro.

La terapeuta alterna incontri di coppia con incontri individuali allargando il focus sulla coppia per poi restringerlo con maestria sul singolo e viceversa. Un gioco di focus indispensabile per guidare i suoi pazienti verso la riscoperta del sé e del Matrimonio.

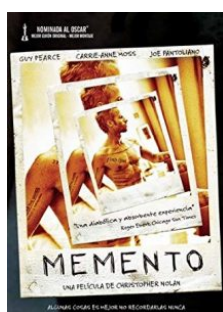
La missione inizialmente è assai ardua: a marito e moglie viene chiesto di imparare a leggere dietro le parole il desiderio nascosto e i sentimenti traditi, anziché dissimulare, comunicando il contrario di quanto in realtà provato. Si esorta a deporre le armi della rabbia e narrare il proprio vissuto più profondo.

¹ Psicoghe Psicoterapeute

Le tecniche le conosciamo bene: “Come ti senti Steve? Come si sente Gretchen secondo te?” Domande dirette volte a mobilitare il proprio vissuto emotivo e domande circolari per stimolare l’empatia.

I vissuti sono l’elemento cardine: ascoltate il matrimonio, ascoltate le emozioni.

FILM



MEMENTO
Regia di Christopher Nolan
USA, 2001
Durata 114'

Zelda Carta¹

Mi è capitato di vedere di recente questo film del 2000. Nell'ambito prevalente del mio lavoro faccio parte di un'equipe multidisciplinare e capita che durante un confronto su un caso emergano suggestioni che si diramano come piste narrative alternative. Guardandolo mi sono ritrovata a riflettere, ancora una volta, su quanto la memoria, i ricordi e la loro organizzazione influiscano sulla nostra vita. Dei molteplici spunti ne ho scelti solo alcuni, quelli che in maniera più immediata mi hanno suggerito una riflessione sull'attività clinica.

*“Tu sai chi sei e sai più o meno tutto di te stesso
...ma devi importi un metodo se vuoi farcela”.*

Memento è la storia di un narratore inaffidabile, raccontata nel formato del thriller psicologico. Il protagonista, Leonard Shelby, a seguito di un trauma cranico ha perso la memoria a breve termine. Dal momento che dimentica nomi, persone ed eventi accaduti anche solo pochi minuti prima, si fa tatuare ciò che deve ricordare, compreso il suo desiderio di vendetta, perché il suo ultimo ricordo è la notte nella quale è stato aggredito.

*“Sai qual'è il dramma?!...
non sai mai niente: sei arrabbiato e non sai perché;
ti senti colpevole e non sai perché”*

L'aspetto di maggiore suggestione sta nella formula narrativa che riproduce il disturbo del protagonista:

¹ Psicologa Psicoterapeuta

il regista vuol farci provare la sensazione di non poter ricordare allora pensa di nascondere ciò che Leonard ha dimenticato, ripercorrendo a ritroso la storia.

Ci si ritrova inevitabilmente a riflettere su quanto sia rassicurante l'ordine cronologico di una narrazione, forse anche perché crea delle premesse che consentono la costruzione di sequenze causa-effetto. In questo film questa prospettiva è sconvolta: gli indizi precedono la conoscenza dei fatti e questo porta a formulare una visione e poi a doverla capovolgere perché vengono forniti altri elementi. Un po' come il lavoro del terapeuta con le ipotesi.

“Come posso guarire se non riesco a sentire il tempo?”

Il film si struttura in un'alternanza di scene a colori e in bianco e nero: la sezione a colori, spesso accompagnata dalla voce esitante fuori campo del protagonista, ci guida indietro nel tempo, in una prospettiva soggettiva (con inquadrature prevalentemente ristrette al suo campo visivo) che accresce l'immedesimazione con Leonard, compresa la confusione che lo caratterizza; le scene in bianco e nero costruiscono uno scorcio più documentaristico ed estraniante (associato ad inquadrature più ampie e distanti), offrendo indizi sull'andamento del racconto: è la narrazione strutturata (e patologicamente rigida, scopriremo) che di sé fa il protagonista e le coordinate temporali vengono mantenute.

Come capita in terapia nel corso del primo colloquio anche qui le prime scene del film forniscono una mappa della narrazione, così dettagliata che se ne capisce l'importanza solo alla fine, quando abbiamo potuto integrare le due prospettive, quella personale e disorganizzata del narratore con quella più distaccata ed esperta dello spettatore.

Se non lo trovate in streaming vale l'acquisto del DVD, che riserva tra l'altro, un'ultima sorpresa.