

Frattali

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

Anno 2, n.1 Maggio 2021

RIVISTA FONDATA DA GIANNI CAMBIASO E ROBERTO MAZZA

ISSN 2724-5101

Frattali [Online]

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



Direttore

Gianni Cambiaso

Coordinamento scientifico

Roberto Mazza

Redazione

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

SOMMARIO

EDITORIALE di Gianni Cambiaso e Roberto
Mazza

3

ARTICOLI

Marco Vannotti Michèle Gennart	Etica degli scambi e terapia. Lo scambio giusto come qualità specifica del vivere bene insieme	5
Chantal Crivelli, Nadia Lovati, Francesca Rocchi, Agnese Veneroni	La terapia online è davvero efficace? Un viaggio attraverso lo schermo di pazienti e terapeuti	26
Lia Giaveri	Reinventare il collage: adattamenti dello strumento in terapia, in contesti formativi e ai tempi del COVID-19	47
Donatella Guidi Annalisa Gaviraghi	Adolescenza: rinegoziare la legittimazione d'appartenenza del figlio adottivo	64
Silvia Sacco, Elena Patris Susanna Giansante Letteria Imbesi, Arianna Tesone, Cecilia Zadra	Il dialogo tra differenti prospettive sistemiche nella pratica clinica con un giocatore d'azzardo e con la sua famiglia	78
Paolo De Fabritiis	Il sogno come ponte tra storie vissute e verità narrate	96
Alberto Vito	Chi aiuta le famiglie in lutto?	108
RECENSIONI VARIE - ATTUALI E INATTUALI		
Laura Testa	A. Pellai, <i>Tutto troppo - L'educazione sessuale dei nostri figli nell'era di internet</i> . De Agostini, 2021 Roberta Milanese,	114
Marta Castoldi	<i>L'ingannevole paura di non essere all'altezza</i> , Ponte alle Grazie, 2020	116
Valeria Pinoni	P. McGrath, <i>Follia</i> , Adelphi, 1998	122
Giada Gatti Alice Coffani	Commento al seminario di M. Gonzo, A. Mosconi, M. Tirelli sulla Psicoterapia Sistemica Di Gruppo (2.12.20)	125

EDITORIALE

Gianni Cambiaso, Roberto Mazza

Amori senza scandalo

Un acceso confronto (spesso con i toni di un vero e proprio scontro e di una spaccatura tra forze politiche contrapposte) si è aperto nel Paese intorno al disegno di legge Zan, una legge contro l'omofobia con l'obiettivo di prevenire e combattere, prevedendo aggravanti specifiche, la discriminazione e la violenza basata sul sesso, sul genere, sulla transessualità, sull'orientamento sessuale e sulla disabilità.

Venti anni fa Paolo Rigliano dava alle stampe questo importante libro che, come si può ben vedere, risulta, almeno in parte, ancora molto attuale: *Amori senza scandalo. Cosa vuol dire essere lesbiche e gay* (Feltrinelli Editore, 2001). Abbiamo voluto riprendere, nell'editoriale di questo numero, le riflessioni che propone l'autore sull'amore, sulle emozioni, sui legami affettivi che caratterizzano le relazioni tra persone dello stesso sesso, e che possono essere positivi, produttivi e felici (quindi "normali"), e non differenti da quelli elaborati e vissuti da persone eterosessuali, se non per l'oggetto dell'investimento affettivo. Scrive Rigliano: "Io ritengo che l'essere lesbica e gay voglia dire semplicemente (ma non semplicisticamente) provare affetto amoroso verso persone del proprio sesso: *l'affettività* è la sfera propria dell'omosessualità, e il motore e l'obiettivo del legame amoroso sono gli *affetti* rivolti verso una persona del proprio genere. A seconda delle scelte e delle possibilità personali, il rapporto amoroso si esprime ad ogni livello in cui si realizza l'incontro interpersonale."

Gay e lesbiche non si nasce né si diventa: non vi sono cause esterne o patologie interne, blocchi nello sviluppo o "genitori particolari", cause biologiche o predisposizioni costituzionali, ma è l'esito di un processo psicologico ed affettivo di "costituzione del desiderio".

Tale costruzione interiore, dice l'autore, si forma assai precocemente, a partire dai significati che il bambino attribuisce a sé in rapporto con l'altro e in base alle emozioni provate nella relazione con le figure significative.

Si tratta di un libro la cui lettura è consigliata a chiunque, utile per lo psicoterapeuta, ma anche per il genitore in difficoltà, per l'insegnante che vuole essere aiutato a rispondere sensatamente ai dilemmi degli allievi; per chi ha amici gay, o per chi è gay, per chi vive la propria condizione sessuale in modo avvilente o per chi crede troppo agli ormoni o alla genetica.

Utile in un momento storico in cui conoscere ed approfondire le "moderne omosessualità" (parafrasando il titolo di una ricerca sociologica di Barbagli e Colombo) è forse un importante indicatore di Civiltà. E il dibattito in corso lo dimostra.

Sono passati quasi 50 anni da quando gli psichiatri e psicoanalisti americani decisero di eliminare la diagnosi di omosessualità dal manuale DSM, il sistema internazionale di classificazione delle malattie mentali. Oggi qualsiasi terapeuta può agevolmente orientarsi nella letteratura scientifica sull'omosessualità, molti editori hanno pubblicato anche saggi sulla psicoterapia di gay e lesbiche che vanno oltre l'ideologia "riparativa", ma si muovono con proposte rigorose e metodi e tecniche adeguate che non mirano a "guarire" dall'omosessualità, privilegiando un approccio rigorosamente scientifico e depatologizzante, lontano da stereotipi e pregiudizi (American Psychological Association).

A nostro avviso sarebbe quanto mai necessario che anche nella formazione degli operatori, e degli psicoterapeuti in particolare, possano trovare diffusione le linee guida redatte da alcune tra le principali associazioni internazionali di professionisti della salute mentale a partire, tra gli altri da: *La consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali* (Raffaello Cortina Editore, 2014).

ARTICOLI

ETICA DEGLI SCAMBI E TERAPIA. LO SCAMBIO GIUSTO COME QUALITÀ SPECIFICA DEL VIVERE BENE INSIEME

Marco Vannotti¹, Michèle Gennart²

RIASSUNTO. L'articolo si interessa al fenomeno, così quotidiano ma a volte trascurato dai terapeuti, dell'etica degli scambi in famiglia e, in modo analogo, anche nel processo terapeutico. È il giusto equilibrio degli scambi che rende concrete le nostre relazioni.

Attraverso gli scambi impariamo le basi del comportamento etico; è a questo livello che i terapeuti possono lavorare per curare e prevenire il ripetersi di processi patogeni nelle famiglie; per permettere ai pazienti di ricevere e di offrire riconoscimenti e gratitudine di cui il terapeuta non può ovviamente sperare di essere l'unico dispensatore.

SUMMARY. The article is interested in the phenomenon of the ethics of exchanges in the family, which is so common but often overlooked by therapists, and similarly in the therapeutic process. It is the right balance of interactions that makes our relationships concrete. It is through interactions that we learn the basics of ethical behaviour; it is at this level that therapists can work to heal and prevent the recurrence of pathogenic processes in families; to enable patients to receive and offer recognition and gratitude of which the therapist obviously cannot hope to be the only giver.

PAROLE CHIAVE: etica - scambi nelle famiglie - aspettative reciproche - riconoscimenti e riconoscenza - donare e ricevere - lo scambio in terapia..

INTRODUZIONE

La condotta etica del terapeuta implica una domanda essenziale: a quale «bene» o «ben-essere» puntiamo quando cerchiamo di prenderci cura dell'altro?

Solitamente la nostra pratica clinica interpreta il benessere nel senso di stare bene nel proprio corpo e nella propria mente, ma anche di star bene nella relazione con gli altri. Tuttavia, la relazione e l'intersoggettività non sono

¹ Marco Vannotti, medico, psichiatra, psicoterapeuta e didatta della Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

² Michèle Gennart, filosofa, psicologa e psicoterapeuta, formatrice al Cerfasy, Neuchâtel, vicepresidente dell'Associazione Europea di Fenomenologia e Psicopatologia.

essenzialmente di natura «psicologica»: il legame di attaccamento si nutre dei gesti di cura e della corporeità della presenza reciproca. Così, nella vita reale, questi legami sono alimentati dallo scambio nella loro dimensione concreta di partecipazione ai compiti comuni o nella concretezza del dono.

È importante, pertanto, che le forme concrete di scambio e di cooperazione ricevano un'attenzione particolare da parte dei terapeuti. Secondo Pierre Bourdieu (1973), ogni azione umana avviene nell'interazione con gli altri. Queste *interazioni* si iscrivono in un campo specifico e sono determinate dal ruolo che assolvono le risorse, i compiti, i vincoli e gli obiettivi sia di ciascun soggetto sia del gruppo, nel sistema delle relazioni oggettive. Ricordiamo che Ricœur (1990, p.259) definiva l'obiettivo etico con tre termini: "l'obiettivo di una vita buona, con e per gli altri, in istituzioni giuste". Ricœur metteva successivamente in evidenza il legame essenziale che lega l'autostima alla *praxis*, al modo in cui una persona si comporta, *agisce* con gli altri ed è riconosciuta da quelli che, nella sua vita reale, sono i protagonisti delle sue *azioni*.

Ovviamente nella nostra comprensione delle relazioni familiari, c'è un'attenzione alle emozioni, all'affetto, alla sollecitudine reciproca. Questi movimenti dell'anima modellano il senso del nostro essere *con* e del nostro *crescere con gli altri*. La solidarietà, di cui abbiamo così tanto bisogno per vivere, si realizza però attraverso una sollecitudine *attiva*, o, più precisamente, attraverso gli incroci e i chiasmi delle reciproche sollecitudini che vanno oltre la dimensione della relazione duale per includere ogni membro della collettività di cui fa parte.

Ogni struttura sociale - compresa la famiglia - si presenta quindi, secondo Ricœur, come un "sistema di condivisione e di ripartizione, relativo a diritti e doveri, redditi e patrimoni, responsabilità e competenze; insomma, su costi e benefici" (Ricœur, 1990, p.261). La sfida etica di base delle strutture sociali sarà di distribuire in modo giusto i beni, i diritti e i doveri reciproci.

Nel campo della terapia familiare, Boszormenyi-Nagy (1986) ha dimostrato che la dimensione etica che caratterizza l'insieme degli scambi familiari permette di comprendere la sofferenza mentale e di elaborare nuove vie terapeutiche. Gli scambi possono variare nella loro forma da un sistema familiare all'altro, ma sono indispensabili per preservare o ripristinare i legami all'interno di una famiglia e nella sua articolazione con le famiglie di origine e con i discendenti.

Il ruolo dello psicoterapeuta è duplice: innanzitutto esplorare i sentimenti del giusto e dell'ingiusto nel paziente e la sua percezione relativa all'equità degli scambi tra i membri della sua famiglia; dopodiché incoraggiare il paziente a resistere alle colpe e all'ostilità derivante da un vissuto

di profonda ingiustizia. Per superare la colpa è utile legittimare il suo vissuto e aiutarlo ad accedere a un confronto aperto con l'altro.

1. NATURA DEGLI SCAMBI NELLE FAMIGLIE

Qual è la natura di ciò che viene scambiato in famiglia? Analizzeremo principalmente le azioni, i doni o i sacrifici che gli uni fanno per gli altri, ossia ciò che chiameremo l'estensione dello scambio. Lo scambio su cui ci soffermeremo, tuttavia, si riferisce maggiormente alla concretezza dei comportamenti e dei doni piuttosto che ai fenomeni affettivi.

Per estensione dello scambio, inoltre, intendiamo sia la portata misurabile della disponibilità personale e dei beni, sia la portata dell'impegno, elementi che sembrano essere pertinenti nel vasto gioco delle relazioni familiari.

Il vantaggio di questo assunto iniziale risiede nel fatto che il concreto può essere misurato, quantificato. Secondo il senso comune, di solito è la valutazione qualitativa a prevalere: l'importante è amarsi - e si finge di ignorare la dimensione quantitativa. Per il sociologo Kellerhals (1993), la famiglia si presenta - nelle inchieste da lui condotte presso famiglie non cliniche - come un luogo essenziale di significato, in cui l'idea del profitto e del calcolo risulta subordinata al principio del dono e della solidarietà - questa tendenza generale non è certo priva di tensioni e contraddizioni. Nella realtà, le cose vanno diversamente. Notiamo le particolarità di genere: sono soprattutto le donne ad assumersi l'onere del sostegno agli anziani. In Svizzera, infatti, è la moglie che è coinvolta nell'aiuto reciproco, a tal punto da chiedersi se non sarebbe più legittimo parlare di solidarietà tra donne che di solidarietà tra genitori! In famiglia saranno piuttosto le donne a portare il peso di tale sostegno (Kellerhals, Widmer, 2012).

I bambini, ad esempio, sanno molto bene se hanno fatto più o meno dei loro fratelli nelle faccende domestiche. Spesso esclamano che questo o quello non è giusto: la sorella maggiore stima di dover sparcchiare regolarmente la tavola mentre il fratello minore ha vita facile: a volte la prende pure in giro. È insopportabile.

Se la dimensione dello scambio resta in gran parte implicita, non viene registrata altrettanto bene nelle nostre teste. Se si domanda ai genitori che cosa i loro figli stanno facendo concretamente per loro, spesso ci risponderanno che i loro figli non fanno nulla, mentre questi ultimi hanno un'idea più o meno precisa di tutti i gesti che hanno compiuto per i loro genitori. Nelle sessioni di famiglia, è sempre preferibile rivolgere prima questa domanda ai bambini!

Un esempio macro può venirci dalla situazione attuale di pandemia. Oggi il disagio e la disperazione dei giovani sono diventati evidenti. Sono combattuti tra un legittimo bisogno

di vita e la paura della morte per sé stessi e le loro famiglie. Ma sì, per i loro genitori e nonni per i quali - nonostante il loro apparente cinismo - nutrono indicibili preoccupazioni. Non sopportano di restare a casa, ma allo stesso tempo sanno che andare a scuola potrebbe danneggiare i loro genitori per il rischio di trasmettere il virus alle famiglie. D'altra parte, le persone anziane sembrano non essere consapevoli di questa preoccupazione: a volte pensano che l'incuria e l'irresponsabilità dei giovani li stiano danneggiando. I giovani si chiedono anche se non vengano sacrificati eccessivamente a beneficio degli anziani. La violazione di un'esigenza di reciprocità sarebbe più forte nel caso dei giovani rispetto ad altri gruppi di età.

1.1 Le aspettative reciproche

Affronteremo il tema delle aspettative - concrete e quotidiane, e non tanto quello che l'altro potrebbe realizzare in futuro - come punto di partenza per gli scambi.

La famiglia può quindi essere definita, secondo Ricœur (1990, p.261), come un «*sistema di condivisione, [...], portante su diritti e doveri, [...]; insomma su costi e benefici*». Come coniugare allora la nozione di dovere, con il suo carattere d'obbligo, e la nozione di aspettativa/attesa, con la sua connotazione di fiducia e libertà?

L'aspettativa nel campo delle relazioni familiari non può essere del tutto equiparata ad un obbligo. Quando un genitore si aspetta che il figlio di 12 anni sparecchi la tavola e metta i piatti nella lavastoviglie, in che misura tale aspettativa è un obbligo o un auspicio che il bambino può o non può soddisfare liberamente? O ancora una regola che prima o poi si dovrà seguire? ³

Sparecchiare la tavola presuppone una realizzazione immediata. Ma ci sono anche delle aspettative la cui realizzazione si proietta nel futuro. Nel registro delle aspettative esiste una certa miscela di obbligo e di fiducia, polarità non necessariamente contraddittorie. Le aspettative esigono la buona fede di chi le esprime. Ma esistono anche aspettative del tutto nascoste. Cosa rende possibile considerare le aspettative, esplicite o implicite, come giuste e adeguate? In primo luogo, il passaggio dall'implicito all'esplicito.

Alcuni genitori ci chiedono spesso: in che misura le aspettative esplicite rischiano di influenzare i bambini, di obbligarli? Il bambino fa fatica a trovare i suoi punti di riferimento se non conosce la natura delle aspettative che i

³ Esistono ovviamente diversi stili educativi che modulano il registro delle aspettative e delle regole. Esiste uno stile preferibile in cui i genitori apprezzano l'indipendenza, l'autonomia e sono in grado di dare al bambino regole chiare, coerenti e adattate al grado di sviluppo.

genitori hanno nei suoi confronti. Le aspettative, quando sono chiaramente enunciate, hanno un carattere strutturante nell'evoluzione e nello sviluppo del bambino. La sua libertà di seguirle, o meno, resta di solito sufficientemente mantenuta, ma a condizione che siano esplicite.

Vale lo stesso quando si tratta di adulti che devono fare i conti con le aspettative dei propri genitori che invecchiano? Vorremmo presentare qui quello che ci ha raccontato Amilcare, un paziente in pensione, padre esigente di tre figli, nonno di cinque nipoti; il suo racconto ci sembra illustrativo di una certa banalità delle acredini che così spesso divorano - in maniera dannosa - la vita delle famiglie.

Ho voluto rinunciare per qualche settimana alle aspettative nei confronti di mio figlio maggiore (con cui è spesso in conflitto perché considerato come un lavativo). L'esperienza che ho vissuto in quel momento è stata di una grande libertà. Se le mie aspettative mi determinano, non sono libero. Non era solo un pensiero, ma un'evidenza: finché ho delle aspettative, sono dipendente da quelle aspettative. Se le lascio andare, mi sento libero.

Mio figlio nel frattempo ha espresso chiaramente la sua sensazione di essere sopraffatto dalle mie aspettative su di lui - ben oltre di quello che pensavo - al punto da sentirsi in trappola. Inoltre, ha spiegato che i suoi fratelli provano un disagio simile. Mi vedono, a quanto pare, critico nei loro confronti. Eppure, sono convinto di aver sempre risposto alle loro esigenze, anche se con alcune difficoltà. Ma i miei figli realizzano le aspettative che hanno nei miei confronti? Sembra che per loro io non sia mai all'altezza e non c'è pietà per me...

Mi rendo conto che le loro aspettative su di me, mi pesano. Non l'avevo mai preso in considerazione, ma mi rendo conto di questo peso: ho sempre l'ansia di non fare o dire qualcosa che mi faccia giudicare e criticare ...

Questo estratto ci mostra la prospettiva rigorosamente soggettiva delle aspettative. Amilcare sente che i suoi figli hanno grandi aspettative su di lui. I figli si sentono soffocati dalle aspettative del padre e lo giudicano per questo. Vivere nella delusione avvelena la relazione. Di solito è più vantaggioso - ovviamente - discutere insieme delle aspettative reciproche, soprattutto per renderle esplicite, adattarle alle capacità dei figli e alla situazione e di nuovo mostrare riconoscenza quando le aspettative sono un minimo raggiunte. Si noti in Amilcare l'aspirazione autarchica di rinuncia ad ogni aspettativa per sentirsi liberi, una libertà che finisce per negare la relazione. Allo stesso tempo, notiamo come le attese rimuginare e deluse riflettano il bisogno imperioso del padre di essere aiutato, sostenuto, compreso, soprattutto dopo tutto quello che egli pensa di aver fatto per loro.

Con questa delusione, Amilcare effettua un capovolgimento di prospettiva: rifiuta le critiche dei figli e li riesce a criticare a sua volta, ponendosi come vittima. È così che si consolida il circolo vizioso della colpa. Al contrario, l'aspettativa dovrebbe essere un segno di speranza e di fiducia e, quindi, di libertà; tuttavia a volte si trasforma in uno strumento di controllo.

1.2 Il dono e le sue implicazioni

Affronteremo la nozione di dono, facendo una distinzione tra dono e scambio concreto nella vita familiare. A prima vista il dono ha qualcosa di gratuito mentre la solidarietà, l'adempimento dei compiti familiari, la disponibilità di tempo per l'altro avrebbero piuttosto un carattere d'obbligo.

È valorizzante dare e, in linea di principio, ci rende felici ricevere. Ciascuno di noi ha bisogno sia di dare che di ricevere; sia accogliere i doni che essere riconosciuto in ciò che ha dato. È più difficile esprimere riconoscenza e gratitudine per ciò che si è ricevuto. Sappiamo che la mancanza di riconoscimento o di gratitudine può ferire chi dona.

Marcel Mauss⁴ (1973) rileva che il dono tende a portare il donatore in una posizione 'superiore', forse un po' di dominio, e il donatario in una posizione di sottomissione. Il dono, tuttavia, resta una forma particolare di scambio: *"Ciascuno dona più per mantenere la relazione piuttosto che per ricevere in cambio"*, commenta Bloch (1991).

Allo stesso tempo - in modo un po' paradossale - il dono richiede un contro-dono, sebbene sia raro che i doni scambiati siano equivalenti. Per ammettere di aver ricevuto più di quanto si ha dato, deve esserci un rapporto di fiducia tra i partner dello scambio. La fiducia è la condizione che permette di riconoscere di aver ricevuto di più senza tuttavia che questo appaia minaccioso.

Secondo Mauss, inoltre, ciò che viene scambiato sarebbe dotato di un valore simbolico, poiché il dono conserva in sé la traccia, lo spirito delle persone che lo hanno posseduto.

Poter donare non solo ci fa bene, il nostro gesto aumenta ulteriormente e, in modo considerevole, la stima che possiamo avere di noi stessi come «persone buone». Infine, non tutti i doni richiedono necessariamente un contro-dono. Per dirlo come Bourdieu (1973): *"In materia di capitale simbolico, gli investimenti più redditizi sono quelli fatti nel modo più spontaneo, meno espressamente calcolato, più sinceramente altruistico. Nel ciclo degli scambi simbolici è quel che si fa, come si dice, "per niente", "per piacere", ecc., che alla fine può rivelarsi il più proficuo (anche simbolicamente sotto*

⁴ Il saggio sul dare è la critica dell'elemosina che è proprio il tipo di dono senza ritorno, umiliante per i poveri perché non possono restituire.

forma di gratitudine, rispetto, affetto)", purché il dono possa essere accolto con gratitudine.

Per quanto riguarda il dono come forma di riconoscimento, di rispetto, di affetto e degli effetti nefasti del suo rifiuto, ecco un caso illustrativo.

Georges soffre di uno stato bipolare sin da quando era bambino. È noto che questa malattia può mostrare dei segni relativamente precoci nella vita.

Ma Georges ha sofferto anche di una grave negligenza da parte dei suoi genitori. Fortunatamente, tra i quattro e i dieci anni, è stato cresciuto da uno zio e una zia materna. Ha conservato un ricordo felice di quel periodo. Dall'età di 14 anni ha mostrato un carattere oppositivo e ribelle, ha sfidato l'autorità e ha cercato con tutti i mezzi di sfuggire ai rigidi diktat e ai giudizi del padre, che in ogni occasione gli faceva capire quanto fosse fortemente deluso da lui. Il paziente inizia quindi a usare la cannabis, che usa ancora oggi, a volte poco prima delle nostre sessioni.

A 18 anni, in seguito a una rottura sentimentale, fa il suo primo tentativo di suicidio. Il secondo è avvenuto all'età di 23 anni quando perde sua madre. Nel suo percorso, ha tentato più volte di suicidarsi durante le fasi cicliche della sua malinconia, nonostante il trattamento farmacologico che prende abbastanza regolarmente.

Ora trentaseienne, ha appena perso suo zio. Per estinguere il debito contratto con questo zio generoso e benevolo, ha pagato tutte le spese del funerale. Quando sua zia si è resa conto che era stato lui a pagare, si è arrabbiata e ha voluto restituirgli tutti i soldi. Disperato, il nostro paziente ha fatto il suo ottavo tentativo di suicidio.

2. TRA IDEALIZZAZIONE E CALCOLI INCONFESSATI

Il secondo aspetto è quello dei *presupposti*, impliciti ed espliciti, che gestiscono gli scambi all'interno della famiglia: nelle coppie, nel rapporto tra genitori e figli, nei fratelli e attraverso le generazioni.

2.1 Idealizzazione esplicita, criteri generalmente impliciti

Spesso il senso comune dà un'immagine piuttosto idealizzata dello scambio. Si dice che è l'amore che conta, l'attenzione, il dono reciproco, una certa generosità. Si pretende che a volte sia necessario, normale, il dare senza pretendere nulla in cambio. Si considera "normale" lo scambio solidale. C'è una certa ambiguità in questa affermazione. Se una certa solidarietà risponde al bisogno di sopravvivenza della famiglia - ed è questo che la eleva al rango di "norma" - il fatto di attribuire al comportamento generoso l'accezione di "normale" rischia di nascondere la quota di meriti guadagnati.

Torniamo a Georges che ci ha detto che i suoi genitori - in particolare suo padre - gli hanno instillato la convinzione che non ci sia merito nel fare il proprio dovere o nel mostrare un comportamento generoso in famiglia. Tra le tante conseguenze di questo atteggiamento genitoriale, si nota la posizione odiosa che poteva assumere con le diverse compagne di vita dalle quali esigeva molto senza riconoscere la loro pazienza e la loro dedizione.

Il sistema di regole che ordina i valori in una famiglia, che struttura i ruoli e le aspettative reciproche rispetto ai quali si contraggono le responsabilità e i debiti degli uni verso gli altri e si guadagnano, o meno, i meriti, generalmente non è tematizzato in quanto tale, ma si riflette nelle azioni - come il rifiuto della zia di Georges - o nella maniera di riconoscere o di stigmatizzare i comportamenti.

Questo sistema di regole ha una dimensione diacronica essenziale; è ancorato nella profondità della storia familiare, durante la quale si costruisce uno scambio senza fine che va oltre i limiti temporali dell'esistenza di ogni individuo, come abbiamo visto nel caso di Georges.

Nelle famiglie, quindi, gli scambi articolano sia le transazioni orizzontali, nella coppia o nei fratelli, che le transazioni verticali attraverso le generazioni. Le transazioni verticali segnano i processi parentali all'interno dei quali i genitori danno ai figli e i figli ai loro genitori. Ciò che l'uno deve all'altro, ciò che fa, ciò che non può dare, ricevere od offrire, ciò che è riconosciuto, idealizzato o ignorato come dato e ricevuto (Bloch, 1991) - tutti questi movimenti, visibili o invisibili, tessono una complessa rete di reciproche lealtà (riparatrice o distruttiva).

In quest'ottica, si capisce perché la dimensione etica degli scambi, cioè ciò che risponde (o meno) al principio di equità, di reciprocità e di giustizia, non è estranea alla sopravvivenza stessa di ciascuno e del gruppo, e costituisce uno degli aspetti più delicati dei rapporti familiari.

Per essere considerato sufficiente e sufficientemente giusto, lo scambio richiede una certa equità; una certa reciprocità; una certa giustizia; il riconoscimento dello scambio avvenuto; l'espressione della gratitudine.

1. L'equità rinvia all'idea di una proporzionalità tra ciò che viene dato e ciò che viene ricevuto nello scambio. Saremmo portati a credere che abbiamo ben chiaro, in maniera quasi contabile, l'equilibrio tra il dare e il ricevere. Si tratta spesso di un'intuizione, profondamente radicata nella nostra coscienza, i cui contorni rimangono incerti e nebulosi. Ricordiamoci che equo non significa equivalente, ma il rispetto di una certa proporzionalità (Vannotti, 2001). L'equivalenza degli scambi non è quindi una situazione abituale, né peraltro frequente.

2. La reciprocità si riferisce alla circolarità del dono e del contro-dono. Lo scambio non soddisfa, tuttavia, rigorosi criteri di reciprocità.

3. La giustizia rinvia al rispetto dei bisogni differenziati degli individui, in particolare in base all'età della vita, allo stato di salute, alle diverse condizioni che rendono, in maniera temporanea o permanente, un membro della famiglia più vulnerabile e dipendente dal supporto degli altri. Lo si vede, ad esempio, nelle famiglie con un figlio disabile. I genitori sono portati a prendersi più cura di questo bambino, ma la giustizia richiederebbe che anche gli altri fratelli possano beneficiare sufficientemente dell'attenzione dei loro genitori.

4. Dal punto di vista etico, è importante che gli scambi siano oggetto di una riconoscenza esplicita. Tutti dovrebbero poter fare l'esperienza di essere riconosciuti per la loro quota di meriti, per il loro singolo contributo unico e complementare al contributo degli altri.

5. Dal punto di vista relazionale è giusto che lo scambio sia oggetto di gratitudine.

2.2 Valutazione soggettiva dello scambio

A causa dell'asimmetria delle posizioni e delle responsabilità dei diversi attori, a seconda delle circostanze della vita, lo scambio familiare costruisce un susseguirsi di situazioni di debito transitorie, che variano e si alternano nel corso della vita. Si crea un incatenamento in cui ogni partner, nel corso delle sue interazioni con gli altri, diventa a sua volta ricevente e donatore. Quando si mantiene contemporaneamente uno stato di credito e di debito fluttuanti, si mantiene una relazione dinamica che continua finché lo scambio su cui si fonda rimane in qualche modo incompiuto e sospeso. Così, in maniera paradossale, come suggeriscono Bloch e Buisson (1991), "rendere l'equivalente", corrisponde ad abolire la relazione sociale stessa in cui ci si trova concretamente coinvolti.

La reciprocità equivalente promuove la conclusione di una relazione. In caso di divorzio, se i due coniugi pensano di aver dato e di aver ricevuto sufficientemente, quindi di non essere sostanzialmente né in debito né in credito, possono lasciarsi senza recriminazioni e senza quei sentimenti di ingiustizia che avvelenano la loro vita. Viceversa, continuare a litigare - perché ognuno crede di essere stato frodato dall'altro - impedisce una vera e propria separazione ed è il modo migliore per mantenere un legame tossico e forte, che persiste nel tempo, talvolta anche dopo successivi matrimoni.

Il carattere equilibrato o squilibrato, giusto o ingiusto, dello scambio è oggetto di un esame soggettivo da parte dei suoi partner, e le loro rispettive valutazioni non sono necessariamente concordanti, anzi, lo sono di raro.

Secondo la sociologia del dono (Bloch e Buisson, 1991), sono possibili tre casi specifici:

- a) il debito reciproco positivo (i due partner considerano di ricevere più di quello che danno);
- b) il debito reciproco negativo (ciascuno considera di aver ricevuto meno di quanto ha dato);
- c) la reciprocità equivalente.

Lo stato di debito reciproco positivo è caratteristico dei legami familiari funzionali. Però è uno stato fragile perché il sentimento di debito verso l'altro sfocia purtroppo facilmente in un sentimento di vulnerabilità e quindi nella paura di cadere sotto il dominio dell'altro. Lo stato di debito reciproco esclusivamente negativo e quello di debito positivo eccessivo si ritrovano nelle famiglie problematiche.

Sebbene garantisca una certa tensione dinamica, il sentimento di obbligo persistente impedisce, in effetti, di terminare una fase di vita o di una relazione. Un adolescente, ad esempio, può emanciparsi solo se è stato riconosciuto globalmente dai suoi genitori per ciò che ha realizzato; ed i genitori, a loro volta, non potranno lasciare andare il proprio figlio se non sono stati riconosciuti sia da quest'ultimo che dai propri genitori, per quanto concerne la crescita e l'educazione dei loro discendenti. Secondo l'esperienza clinica, il funzionamento del debito è quello che si osserva più spesso.

3. AFFRONTARE IL TEMA DEGLI SCAMBI

3.1 L'analisi e la valutazione

Come indagare, valutare l'aspetto pragmatico dei comportamenti e dei doni? Per *trattare degli scambi concreti con le famiglie*, dobbiamo prima garantire una zona di reciproca sicurezza. Co-creare un contesto sufficientemente sicuro consentirà lo sviluppo di una rappresentazione di sé e dei propri valori e, come corollario, la rappresentazione di come questi valori si traducono nella concretezza dello scambio interattivo reciproco.

Ma non appena poniamo delle domande specifiche a una famiglia, scopriamo rapidamente un universo di generosità e di rancori, di abnegazione e di cecità, che ci lascia sempre stupiti, un universo che di solito ha un impatto insospettabile sui legami che si intrecciano tra i suoi membri.

In quale misura gli attori del sistema familiare considerano i loro scambi piuttosto giusti o piuttosto ingiusti? E - nel caso abbastanza frequente dei sentimenti di ingiustizia - come possono i terapeuti guidare i pazienti e le famiglie verso una visione più sfumata della storia dei loro scambi passati, nella valutazione delle regole in vigore nella loro situazione attuale e, infine, nell'anticipazione dei loro futuri scambi?

La natura e l'estensione di questi scambi rimangono per lo più essenzialmente implicite e confuse, così che i vari membri della famiglia e in particolare i bambini, non sanno bene cosa, alla fine, ci si aspetta da loro. Si tratta quindi di rendere esplicito il «dare» ed esplorare la natura emotiva di ciò che a ciascun membro della famiglia sembra essere giusto - o ingiusto - nello stile dello scambio sperimentato fino ad ora.

Potrebbe esserci, in effetti, un malinteso sulla natura e l'estensione degli scambi: facciamo un esempio banale riguardante i bambini in età scolare. Abbiamo spesso sentito dire dai genitori che sono felici se i loro figli vanno bene a scuola e «portano» *loro dei buoni voti*. I bambini devono davvero studiare per i loro genitori? Non sarebbe più pertinente di aspettarsi che i bambini imparino per loro stessi? Domandando buoni voti, i genitori spesso esercitano pressioni sui bambini, a volte li sottomettono a degli stress importanti con la scusa che questo possa favorire l'apprendimento. Questa è una strategia tra le meno efficaci. Chiedono ai figli di avere successo nella vita, per rimediare al loro narcisismo ferito? Non è comunque questo il loro compito.

Il bambino ha bisogno di essere considerato attivo nello scambio, perfino ammirato: se non lo fosse, comincerebbe a dubitare di sé stesso, della sua appartenenza, e rischierebbe di perdere l'autostima. Il mancato riconoscimento del suo reale coinvolgimento - il fatto che i genitori considerino

come normale, insufficiente o nullo, lo sforzo del bimbo - crea sofferenza.

Prendiamo l'esempio del piccolo Pierre che si prende cura della madre temporaneamente malata preparandole la merenda. È felice di aiutare sua madre che, commossa da questo gesto, lo ringrazia calorosamente. Pierre, stimolato dal riconoscimento, decide quindi di mettere in più i piatti e le tazze in lavastoviglie.

A questo punto, la madre può avere, teoricamente, tre reazioni. La prima: riconoscere questo gesto supplementare e ringraziare il piccolo Pierre; il secondo, considerare normale il fatto che se il bambino prepari qualcosa, lo finisca facendo le pulizie necessarie; terzo, apprezzare ma allo stesso tempo formulare una piccola critica. La madre potrebbe dire, per esempio, a Pierre: "Dai Pierre, quante volte ti ho detto di mettere i piatti a destra e le tazze a sinistra?". Questo riconoscimento con la condizionale è percepito dal bambino come un giudizio di ciò che sta facendo: è buono, certo, ma non sufficiente.

Come sappiamo, allora, di aver fatto abbastanza? Fare sufficientemente significa rispondere - ragionevolmente - alle attese espresse dai genitori. Il più delle volte, le aspettative dei genitori sono troppo generali e sostanzialmente non espresse. I bambini non sanno, non possono sapere se hanno fatto sufficientemente se i genitori non glielo dicono esplicitamente. Anche gli adulti non possono sapere se la loro azione, la loro generosità, è in qualche modo accolta da colui a cui l'azione è destinata. Non si può avere una coscienza tranquilla basandoci solo sulla nostra autovalutazione.

Il lavoro clinico ci pone regolarmente di fronte a mancati riconoscimenti di tutt'altra portata rispetto all'esempio di Pierre. Le conseguenze di tali disconoscimenti, soprattutto se ripetuti e umilianti, possono essere gravi. Il bambino ha bisogno della riconoscenza, della coscienza di essere in regola rispetto a ciò che dà e riceve, di relazioni affidabili. Come in effetti sostiene Honneth (1992), il riconoscimento è un'esigenza primaria che partecipa alle condizioni di sopravvivenza.

Guardiamo un po' più in dettaglio, gli sforzi che i bambini compiono così spesso nei confronti dei genitori che, per un motivo o per un altro (ad esempio in occasione di malattia, problemi finanziari, perdita del lavoro o precarietà), si rivelano inadempienti rispetto alle loro funzioni genitoriali (Vannotti e Gennart 1997, 2018). Una situazione, in particolare, fa male: l'esistenza di conflitti di coppia che limitano la capacità di educare e accudire i propri figli. In queste circostanze, i genitori trascurano gli sforzi disperati dei loro figli per proteggerli, e sono ancora meno capaci di mostrare gratitudine ai loro figli che, di solito, non chiedono nulla per sé stessi. È per questa ragione che nelle

nostre terapie di coppia insistiamo sulla nozione di co-responsabilità genitoriale, considerando prioritari gli interessi dei bambini rispetto a quelli della coppia.

3.2 La riparazione effettuata dai figli

Gli scambi nelle famiglie esprimono uno spirito di solidarietà che va in entrambe le direzioni: sono sostanzialmente reciproci. Tuttavia, esiste un malinteso. Molti genitori hanno la certezza di un movimento a senso unico: sono loro che si prendono cura dei propri figli. Non si accorgono che questi, a loro volta, spesso con generosità e abnegazione si comportano come "genitori" dei loro genitori.

Ma questa "generosità" non è percepita come tale; talvolta appare piuttosto fastidiosa (come quando il figlio maggiore si assume la responsabilità di compensare quella che identifica come l'autorità carente di un suo genitore assumendo egli stesso un comportamento educativo severo nei confronti di più piccoli). La *parentificazione* del bambino non è necessariamente dannosa se risponde a due condizioni: essere proporzionata alla maturità del bambino; essere riconosciuta come tale.

Sensibile alla ferita narcisistica ed esistenziale del genitore, il bambino diventa sia il depositario che il riparatore dello smarrimento, della violenza e delle incoerenze di quest'ultimo. Per Stierlin (2007), questo è il risultato di una potente «delega» parentale. Con questo termine si fa riferimento al fatto che il bambino, cogliendo i segnali che riflettono le paure, i desideri dei suoi genitori, può sentirsi coinvolto di una "missione" da svolgere di fronte a loro. Alla delega si deve aggiungere il processo di istigazione: quella che Selvini (1989) attribuisce a un genitore che, più o meno consapevolmente, utilizza un figlio per contrastare l'altro genitore facendosi passare per vittima, vittima che questo stesso bambino deve riparare.

A causa della sua ambiguità, la missione riparatrice che il bambino si assume - o che per delega o per istigazione gli assegnano i genitori - è fonte di un malinteso: il genitore in difficoltà è convinto di proteggerlo e non riconosce quanto il figlio, a sua volta, è esausto nel cercare di consolarlo. Il bambino sente che, nella situazione in cui si trova, non può chiedere nulla per sé stesso.

Di solito, quando i contributi del bambino sono considerati insufficienti, si instaura gradualmente una sorta di impulso a riparare (impulso che, in seguito, può sublimarsi in una professione di aiuto).

Si tratta quindi di accompagnare la famiglia o il paziente verso uno stile diverso: facilitando i movimenti che portano ciascuno a riconoscere i meriti e gli atti concreti dell'altro ed elaborando prima di tutto i tenaci rancori e le volontà di

ritorsione che si impadroniscono di noi quando sperimentiamo un persistente sentimento di ingiustizia.

Spetta al terapeuta di favorire la capacità dei genitori di percepire la natura "oblativa e generosa" di alcuni comportamenti dei propri figli e, sulla base di questo apprezzamento, di accogliere gli sforzi che sono loro destinati. Si tratta di un compito arduo. Alcuni genitori riconoscono di essere stati oggetto dell'attenzione, del sacrificio dei propri figli. Altri non ne sono capaci: il mancato riconoscimento del merito ferisce i bambini. Riduce la loro autostima, la loro capacità di stare con gli altri.

Ricordiamo ancora Ricœur (1990) quando parla del fine etico «nelle istituzioni giuste». La famiglia è la prima istituzione in cui tutti i bambini iniziano ad imparare i fondamenti del vivere bene insieme. È importante che si strutturi come un'istituzione giusta.

3.3. Genitori donatori: How much is too much?

Che cosa porta certi genitori a dare molto, a strafare, fino a soffocare i propri figli? Come nasce questo bisogno compulsivo di soddisfare i propri figli, d'anticipare i loro bisogni, insistendo, per esempio, sul fatto che mangino anche quando non hanno visibilmente fame?

Per rispondere a queste domande potremmo formulare tre ipotesi. Le prime due - spesso legate tra loro - ci rimandano alle esperienze che questi genitori hanno avuto come bambini. La prima rinvia a un vissuto di privazione: di affetto, di cure, di doni. La seconda a un vissuto di assenza di riconoscimento, di gratitudine per quello che hanno fatto per i loro genitori. La terza ipotesi riguarda l'assenza di rimandi positivi o il giudizio francamente critico per come si comportano ora come genitori.

1. C'è una vasta gamma di genitori donatori che non possono ricevere perché da bambini non hanno avuto e quando guardano il figlio, non vedono il figlio ma se stessi. La loro testarda abnegazione sembra voler curare più le loro proprie antiche ferite che non quelle presenti dei loro bimbi. È così che si trovano poi esausti e svuotati sotto l'azione congiunta della generazione che precede e da quella che segue: hanno dato ai propri genitori dai quali non riceveranno mai nulla, anche se lo sognano; i figli poi appaiono loro come ingrati, perché sembrano dare per scontato quanto ricevono. Questi genitori pensano che i figli faticino a ricambiare, come se fosse loro diritto ricevere soltanto, e quindi li biasimano.

2 L'accettare i gesti concreti di protezione dei figli metterebbe questi genitori in una situazione insopportabile di debito. Abbiamo sentito una madre gridare al figlio di nove anni: "Non voglio mai doverti dire grazie!" fermando bruscamente il bimbo che cercava di aiutarla in un lavoro domestico.

Questi genitori presentano un sentimento di colpa che non è stato elaborato e che non è elaborabile. In cosa consiste

questa colpa? Nel fatto che da bambini, avevano genitori apparentemente donatori e di certo non riceventi. Quindi vivono con il sentimento di non aver potuto fare niente per loro. Devono - da adulti - in qualche modo saldare i loro debiti e lo fanno soddisfacendo i loro figli perché non sono in grado di soddisfare i propri genitori: danno a delle persone che non sono quelle con cui erano in debito. La loro oblatività si accompagna quindi a una incapacità di ricevere.

3 La terza ipotesi riguarda l'esperienza attuale di non essere valorizzati nel loro ruolo genitoriale. Ci sono genitori che non trovano nei propri genitori, nei coniugi, nei fratelli, negli amici il sostegno, l'apprezzamento, la fiducia necessaria per esercitare il loro compito di accudimento dei figli. La bassa stima di sé come genitori li porta a cercare di compensare - invano - un doloroso sentimento d'incompetenza.

Vediamo questi aspetti attraverso gli occhi del figlio "ricevente".

Antoine, ingegnere di 32 anni, bipolare, mi dice spontaneamente, già nella fase iniziale della terapia: *"dopo tutto quello che hanno fatto i miei genitori per me, come posso essere così ingrato? Questa è una questione molto attuale, che mi causa tristezza perché mi pongo la stessa domanda anche nei rapporti con gli altri. Quando qualcuno fa qualcosa per me, mi sento obbligato a fare qualcosa per lui, altrimenti mi sento ingrato"*.

A mia volta, gli pongo la seguente domanda: in che misura si sente in debito o in credito nei confronti dei suoi genitori? *"Ho due sentimenti contrastanti. A volte non penso di essere in debito con loro perché anche loro hanno una parte di responsabilità, se sono così e se sono così sbagliato oggi, è anche colpa loro... Altre volte vado nella direzione opposta. Mi sento come la pecora nera, dopo tutto quello che hanno fatto per me finanziariamente, li ho ripagati con una serie di cattivi comportamenti"*.

Gli faccio notare che è probabilmente talmente in collera per la negligenza dei suoi genitori - peraltro mascherata da una generosità di facciata - e che una parte di lui vorrebbe che oggi i genitori pagassero per quello che non aveva avuto quando era bambino.

Antoine sapeva, anche se confusamente, che il padre gli dava dei soldi per sostituire un affetto e un'attenzione che - per via della sua storia - non si considerava capace di dare o che volesse riparare se stesso piuttosto che di proteggere il figlio.

Per concludere questo excursus sui genitori "donatori non riceventi", dobbiamo ancora evocare l'intenzione, in qualche modo segreta, che mira a mantenere un legame di attaccamento rendendo i figli debitori verso i loro genitori. Quest'ultimi danno ai figli, non sempre per soddisfare i loro bisogni, ma in qualche modo per comprarli, affinché i figli non li lascino

mai⁵. Questo obiettivo è molto spesso accompagnato da un'incessante attitudine di biasimo. La strategia della colpa può essere molto efficace nel mantenere una relazione "viva" e allo stesso tempo renderla "invivibile".

4. IL RICONOSCIMENTO, LA RICONOSCENZA E LA COOPERAZIONE

Il riconoscimento riguarda l'atto di riconoscere l'altro e può essere assimilato ad un movimento relazionale cognitivo: ti vedo, sei lì di fronte a me e tu sei altro da me. Il termine riconoscenza indica il movimento emotivo di gratitudine. Questi due movimenti "riconoscenti", cognitivo e affettivo, costituiscono la premessa per la cooperazione.

4.1 Il riconoscimento come esperienza intersoggettiva vitale

Nella sua dimensione intersoggettiva, il riconoscimento (*Anerkennung*) è, da un lato, il movimento che riconosce all'altro la sua esistenza, il suo diritto di pensare i propri pensieri, di vivere i propri valori ed esprimere le proprie qualità e i propri limiti. D'altro lato, il riconoscimento racchiude in sé una speranza di reciprocità, il bisogno di essere riconosciuto a sua volta, un bisogno così forte da portare a combattere per ottenerlo. Si tratta di un movimento dell'anima che non è solamente emotivo e cognitivo, ma che nasce da una necessità di esistenza. Abbiamo bisogno di legittimare la nostra dignità di essere umano in uno scambio incrociato di legittimazione della dignità di coloro con cui condividiamo la nostra esistenza.

Due sono gli autori che meritano di essere citati perché hanno contribuito a creare le basi per una riflessione sul riconoscimento applicata nella clinica: Ricœur e Honneth.

Per Ricœur, ciò che giustifica di prendere come punto di partenza il problema del riconoscimento-identificazione è la convinzione che *"è proprio la nostra identità più autentica, quella che ci fa essere quello che siamo, che chiede di essere riconosciuta"* (Ricœur, 2004, p.38).

A. Honneth, filosofo tedesco, nel suo lavoro *La lotta per il riconoscimento* aggiorna l'idea di Hegel - confermata empiricamente dalla psicologia sociale di G. H. Mead - secondo la quale «...la vita sociale si realizza sotto l'imperativo del riconoscimento reciproco». Honneth mostra in effetti che l'individuazione (la costruzione dell'identità e dell'autonomia) procede dal movimento del riconoscimento. L'autore rileva anche la vulnerabilità radicale del soggetto, della sua identità e della sua autonomia, perché dipende dal riconoscimento con cui l'altro conferma o meno la sua

⁵ Ricordiamoci Bourdieu (1990) quando afferma che l'asimmetria del dono porta il donatore a fare violenza sul donatario (costretto a rimanere debitore del donatore).

identità. Il riconoscimento dell'altro è ciò che consente una relazione positiva con sé stessi; la sua assenza - disprezzo, umiliazione, disapprovazione - è ciò che, al contrario, la rende impossibile.

Secondo Honneth, è proprio questa reazione emotiva negativa all' «esperienza del disprezzo» che può dare origine a un sentimento di ingiustizia e di indignazione che fornisce «il motivo determinante di una lotta per il riconoscimento». Per l'autore, la lotta per il riconoscimento è principalmente finalizzata a recuperare o accedere alla possibilità di relazionarsi positivamente con sé stessi come soggetto dotato di valore e, aggiungeremmo, in uno scambio reciproco di riconoscimento dell'altro. Commenta Greisch (2006):

Ricœur estende le riflessioni di Honneth mettendo l'accento sul nucleo familiare e sul fenomeno della filiazione. Ricœur riferisce una forma particolare del desiderio di riconoscimento: la capacità di "riconoscersi nella stirpe" (p. 281). Ha per sfondo un riconoscimento preliminare/preventivo, spesso mediatizzato da un rito familiare, civile o religioso: "poiché sono stato riconosciuto come figlio o figlia di, mi riconosco come tale, e a tale titolo, inestimabile oggetto di trasmissione, io sono "(p. 283).

Le prospettive di Honneth e di Ricœur ci sembrano fondamentali nell'ambito che ci interessa: quello dell'etica nella terapia. Da un lato, possiamo notare come il riconoscimento abbia una dimensione esistenziale centrale: la possibilità della psicoterapia si basa sull'esperienza che il nostro paziente può fare di essere riconosciuto, accolto, compreso, sostenuto. Se lo guardiamo con benevolenza, potrà guardarsi positivamente e la sua identità ne sarà rinforzata. Attraverso il suo lavoro, il terapeuta è portato - per quanto possibile - a consentire che il disprezzo di cui il paziente è stato oggetto possa trasformarsi nella famiglia in questione, e l'ingiustizia essere, almeno in parte, riparata.

Possiamo dire ai nostri pazienti: ti vedo, sei qui di fronte a me, tu sei importante per me. Ma a nostro avviso, questa forma di riconoscimento non può in linea di principio sostituirsi a quello della famiglia, dei genitori, dei fratelli e delle sorelle con cui il nostro paziente ha condiviso tanti anni della sua vita. La nostra forma di riconoscimento non è certamente inutile, poiché possiamo ragionevolmente aspettarci che il nostro paziente, a sua volta, in un movimento reciproco, ci riconosca e ci testimoni che noi siamo importanti per lui. È l'esperienza di un riconoscimento reciproco e condiviso con il terapeuta che permetterà al paziente, come si diceva all'inizio, di riconoscere anche chi condivide con lui la sua esistenza. Se il paziente esercita una funzione genitoriale, si capisce bene quanto il fatto di accompagnarlo a riconoscere i suoi figli, possa influenzare lo sviluppo di questi stessi bambini.

La forma di riconoscimento che abbiamo abbozzato in questo paragrafo riguarda il riconoscimento dell'essere e la costruzione della sua identità. In questo capitolo sugli scambi dobbiamo approfondire anche il riconoscimento del fare, dell'azione che ciascuno compie in famiglia mirando al bene comune. Finché non c'è il riconoscimento reciproco dei gesti concreti tra i membri di una famiglia, lo scambio rimane virtuale, come vedremo più avanti.

Per concludere, ci sia consentito di parafrasare una sorta di traiettoria proposta da Ricœur, che introduce il paragrafo seguente: *la dinamica che inizialmente presiede alla promozione del riconoscimento-identificazione, che poi consente il passaggio dal riconoscimento di sé al riconoscimento reciproco, conduce ad un'ultima equazione tra riconoscimento e gratitudine* (Ricœur, 2004, p.10).

4.2 La riconoscenza come momento affettivo di gratitudine

Certamente, affinché l'esperienza dello scambio sia considerata complessivamente equa - come abbiamo già sottolineato - è importante che genitori e figli, coniugi, fratelli e sorelle la considerino sufficientemente adeguata per quanto riguarda la sua natura, la sua estensione e il suo valore simbolico, e che possano riconoscere reciprocamente lo scambio. Si tratta di un movimento con una componente cognitiva. Ma le interazioni tra gli esseri umani dipendono - più di quello che abbiamo detto all'inizio - dall'affettività. L'emozione che scaturisce quando si è trattati e si tratta in modo equo è un aspetto fondamentale dell'affidabilità delle relazioni e si esprime attraverso gesti e parole di gratitudine.

Una domanda centrale della clinica è, in questo senso, quella della valutazione emotiva del giusto e dell'ingiusto, del benefico e del nocivo; la dimensione del ragionamento, della comprensione si iscrive nel prolungamento di questa prima valutazione emotiva. Tuttavia, nulla può realmente commuoverci o trasformarci finché persiste un sentimento di non riconoscenza, di ingiustizia, di mancanza di affidabilità nella relazione. Per comprendere le sofferenze familiari, quindi, è necessario osservare attentamente le manifestazioni, o la loro mancanza, della gratitudine.

La terapia mira in particolare a capire e far capire, a riconoscere e quindi a dire grazie per i comportamenti meritevoli compiuti dagli uni a favore degli altri. La terapia punta anche a far emergere e compensare parzialmente i comportamenti di vendetta, come nel caso di Antoine - passaggio necessario per poter ristabilire un chiaro contesto di cooperazione e scambio all'interno di un sistema interpersonale.

4.3 La cooperazione

L'etica della cooperazione si oppone, in maniera quasi radicale, alla legge della competizione che sembra dominante nel nostro mondo occidentale ultraliberale. Nel clima sociale di oggi, prevale il postulato dell'utilitarismo, postulato secondo il quale, grossomodo, più ogni individuo agisce per sé stesso e più cerca la propria soddisfazione - competendo e quindi anche schiacciando, prevaricando l'altro - più la società starà bene. Questo non è mai stato dimostrato e ci sembra piuttosto una fallace illusione. L'accento esclusivo posto sulla soddisfazione individuale porta a una latenza di responsabilità collettive, a un abbandono dell'ideale di solidarietà. Al contrario, la cooperazione costituisce, per esempio in una famiglia, un'attitudine intersoggettiva che porta alla solidarietà. Questa è necessaria per il proseguimento del "ben-essere-insieme".

4.3.1 Cooperazione secondo Piaget e Real del Sarte

Nel suo libro sulle coppie, Real del Sarte (2010) studia la cooperazione da una prospettiva piagetiana e sistemica (in particolare identificando ciò che, da un punto di vista epistemologico, collega Piaget al pensiero sistemico).

La nozione di cooperazione è stata particolarmente sviluppata dalle scienze cognitive, ma le sue radici si trovano nei lavori di Piaget. Se ci riferiamo soprattutto ai suoi *Studi sociologici* (Piaget, 1977), fintanto che non c'è riconoscimento reciproco tra coloro che effettuano lo scambio, lo scambio rimane virtuale. Affinché lo scambio raggiunga una dimensione reale, e non più solo virtuale, è necessario che i due agenti dello scambio condividano uno stesso sottosistema di valori.

Facciamo un esempio: lo schiavo potrebbe sembrare in una situazione di scambio con il suo padrone. Lo schiavo lavora e il padrone garantisce alloggio e cibo, generalmente antigiuridici e insufficienti. Ma non condividono gli stessi valori di libertà, dignità e appartenenza. In questo senso, non è un vero scambio, ma solo uno sfruttamento. Sono necessari libertà e rispetto per poter mettersi d'accordo su valori specifici che, una volta annunciati, possano realizzare forme di cooperazione su un tema preciso. Ad esempio, in una coppia in conflitto, il sottosistema di valori che si può condividere potrebbe essere quello di cooperare per il bene dei figli, tralasciando, su questo argomento, altre forme di contenzioso. Ma per arrivarci, bisognerebbe che ciascuno dei partner potesse concentrarsi meno sulle proprie convinzioni e aprirsi un po' alle prospettive e ai valori del suo interlocutore.

Il superamento della centratura sul proprio punto di vista per prendere in considerazione il punto di vista dell'altro può portare ad un processo di scambi cooperativi e sfociare

in un processo «*di equilibrizzazione maggiorante*». Piaget definisce la cooperazione come una relazione di reciprocità tra i partner di uno scambio che assicura a ciascuno una «maggiorazione» nella propria scala di valori. Precisamente Piaget intende che lo scambio porta ad un profitto qualitativo reciproco tra gli attori dello scambio; in altre parole porta a ciascuno un profitto secondo la sua stima soggettiva. Dal perseguimento di obiettivi negoziati insieme, entrambi emergono vincitori. La cooperazione è un processo di scambio che avviene nel tempo (Real del Sarte , 2010).

Cooperare, in definitiva, consiste in un doppio movimento: prestare le proprie capacità o i propri «beni» all'altro come mezzo per consentirgli di raggiungere i propri obiettivi; e poter disporre, in cambio, delle competenze o dei beni dell'altro come mezzo per raggiungere i propri obiettivi.

Immaginiamo un esempio: in un villaggio sul Nilo nell'antico Egitto, c'erano uno scriba e un vasaio. Un giorno lo scriba, in un momento di rabbia, ruppe il suo calamaio. Andò quindi dal vasaio e gli chiese di crearne uno nuovo. In cambio, il vasaio gli domandò di scrivere una lettera per la sua fidanzata, da tempo andata a vivere da un parente malato ad Alessandria. Il vasaio mette a disposizione i propri mezzi (creare un calamaio), per raggiungere lo scopo dell'altro (possedere un calamaio), e il vasaio ricorre ai mezzi dello scriba (sapere scrivere la lettera) per raggiungere i propri scopi (inviare la lettera). La prestazione dell'uno consente all'altro di raggiungere il suo obiettivo e viceversa. Lo scambio non è a costo zero. Dopo lo scambio, il vasaio si sente valorizzato da ciò che lo scriba gli ha chiesto di fare e viceversa. Ciascuno ha vinto perché entrambi hanno differenziato le competenze reciproche e articolato i mezzi (propri e altrui) con gli obiettivi (propri e altrui) perseguiti⁶.

Per costruire un contesto in cui gli scambi siano reali, e non solo virtuali, la terapia agisce inizialmente sulla loro pragmatica. Attraverso le prescrizioni esplorative, si tratta di rendere esplicito e quantificabile la natura dello scambio e di apprezzarne il riconoscimento da parte delle persone direttamente coinvolte, le sole autorizzate a riconoscere che lo scambio è effettivamente avvenuto. Finché i debiti e i crediti rimangono virtuali - impliciti e non riconosciuti - non possono risolversi né a livello simbolico della rappresentazione, né nelle azioni del soggetto (Vannotti, 2003).

Facciamo un esempio, sempre nel registro delle relazioni tra un adolescente problematico e i suoi genitori.

Pierre-Alain ha 20 anni e si è arenato negli studi per via di insuccessi ripetuti. I suoi genitori si lamentano della

⁶ Consideriamo di passaggio che questa capacità di differenziare mezzi (propri e dall'altro) e fini (propri e dall'altro) gioca un ruolo centrale nella costruzione del legame di attaccamento.

sua arrogante pigrizia; in famiglia scoppiano discussioni che lasciano la sorella minore in una sorta di terrore. Alla domanda sulla natura degli scambi e sulle forme di cooperazione familiare, i genitori di Pierre-Alain ritengono che il figlio "non faccia nulla" per loro. Ai nostri occhi questo non è del tutto vero. Preoccupato dalle difficoltà professionali del padre ambizioso ma non brillante, il giovane non smette di incoraggiarlo a essere più incisivo nel suo team. Inoltre, svolge delle piccole mansioni domestiche, che sono considerate, evidentemente, insufficienti di fronte all'enorme fallimento accademico. Abbiamo allora suggerito all'adolescente di lavare accuratamente i vetri delle finestre del soggiorno nell'appartamento di famiglia ogni venerdì per tre settimane. All'inizio Pierre-Alain si è mostrato sorpreso e persino indignato. Ha senza dubbio dovuto pensare che tutti gli adulti fossero dei terribili rompiscatole che vogliono sfruttare gli adolescenti con il pretesto di invitarli a "cooperare". Dal momento in cui gli abbiamo chiesto di prestare attenzione a eventuali segni di riconoscimento e di gratitudine da parte dei genitori, ha borbottato che era disposto a provare. Durante la seduta successiva, i genitori ci dissero che i conflitti in famiglia erano diminuiti ...

4.3.2. L'attivazione dei processi cooperativi

La cooperazione si iscrive in quelli che vengono chiamati Sistemi Motivazionali Interpersonali - SMI (Liotti, Monticelli, 2014). In effetti, il funzionamento degli SMI, come le neuroscienze e le scienze cognitive hanno portato alla luce, consiste nell'emissione e nella ricezione reciproche di segnali comunicativi non verbali, non necessariamente subordinati a delle forme di conoscenza esplicita, ma mediati dal sistema dei neuroni a specchio (Onnis, 2015). La regolazione degli SMI tra due individui che interagiscono viene quindi effettuata in modo preriflessivo. Il funzionamento di base degli SMI si colloca al di fuori dell'esperienza cosciente: appartiene alla vasta sfera della conoscenza relazionale implicita. Quando due persone si incontrano, il loro scambio intersoggettivo è sempre regolato e motivato dagli SMI attivati.

Quali sono le buone ragioni che ci spingono ad assumere un comportamento solidale e cooperativo? Ci sono indubbiamente dei sentimenti personali di bisogno, persino di tristezza che, in simili situazioni, ci portano a sperare, inconsapevolmente, che l'altro ci venga ad aiutare. Allo stesso tempo, percepiamo immediatamente nell'altro la minima variazione mimica che ci indica il suo smarrimento, percezione che ci spinge all'azione cooperativa.

Il sistema cooperativo reciproco è attivato dalla percezione di obiettivi che appaiono ai due soggetti interagenti più raggiungibili attraverso un'azione congiunta.

Il raggiungimento dell'obiettivo comune pone spesso fine all'attivazione del sistema cooperativo. Le emozioni positive di gradimento sono tipiche dell'attivazione del sistema cooperativo, così come, in maniera negativa, le emozioni di collera persistente, fino all'odio, sono legate alla rottura unilaterale della lealtà cooperativa.

Per concludere, ci occuperemo della possibile attivazione del sistema cooperativo nel particolare contesto della terapia.

5. SCAMBI E COOPERAZIONE TRA TERAPEUTI E PAZIENTI

Quali sono gli scambi, le forme di cooperazione che costruiamo all'interno del processo terapeutico? Molto spesso questo aspetto resta in secondo piano. Il destino del processo terapeutico si gioca nelle dimensioni del rapporto stabilito dal terapeuta con il paziente, dell'incontro intersoggettivo con l'altro. Su questo aspetto siamo in grado di meta-comunicare. Talvolta si parla di emozioni, di risonanze, di forme particolari di controtransfert. È meno usuale per noi tematizzare sugli scambi concreti, riconoscere ciò che è stato giusto o ingiusto durante il lavoro terapeutico, mostrare riconoscimento reciproco.

Dobbiamo collaborare con i nostri pazienti, nello stesso senso di quanto abbiamo detto sugli scambi cooperativi all'interno della famiglia.

5.1 Il processo terapeutico come luogo di scambi

Il processo terapeutico è, anch'esso, un terreno di scambi che può permettere ai membri della famiglia e al terapeuta di cooperare nel quadro del loro incontro, fino a rinforzare, le competenze reciproche. Qual è lo scambio standard tra un cliente e un terapeuta? Possiamo riassumerlo così: è tempo, impegno e conoscenza da parte del terapeuta; una parte di fiducia, una volontà ambivalente di cambiare e andare meglio, e soprattutto denaro da parte del paziente. Questa visione è comunque riduttiva.

Partiamo dall'ipotesi che sia possibile raggiungere un'equilibrata maggiorante a condizione che ogni partecipante al processo abbia il sentimento soggettivo che lo scambio sia sufficientemente giusto, condizione che il paziente - e il terapeuta - sono regolarmente invitati a verificare. Ma questo non è sempre scontato né facile.

Dobbiamo quindi interrogarci e domandare ai nostri pazienti di questo sentimento soggettivo del giusto e dell'ingiusto, attraverso un lavoro - anche in questo caso - di centratura su sé stessi e di decentramento sull'altro intorno ai sottosistemi di valori (*vedi sopra*) che possiamo mettere in comune (come: *Che cosa ci fa bene? Che cosa potrebbe fare bene ai nostri pazienti?*).

In effetti, la cooperazione in terapia si costruisce attraverso scambi "maggioranti" all'interno del sistema terapeutico. In tal caso, la sofferenza che ha inizialmente motivato la terapia può trovare un senso nella trasformazione maggiorante, necessariamente differenziata, che induce sia nei soggetti che compongono la famiglia sia nei terapeuti.

Durante la terapia, come possiamo costruire degli spazi di cooperazione tra noi e i pazienti? Parliamo qui dell'articolazione tra mezzi e finalità. Lo scambio cooperativo consiste allora nel prestare al paziente la nostra chiarezza, il nostro saper-essere e il nostro impegno a curarlo come mezzi che gli consentano di raggiungere i suoi obiettivi, compreso quello di recuperare la qualità e un certo piacere di stare con sé stessi e con gli altri, nel proprio posto nel mondo.

Il terapeuta deve poter disporre a sua volta delle competenze del suo paziente per perseguire gli obiettivi comuni, vale a dire la cura e l'accompagnamento. Da parte sua, il paziente mette a disposizione del terapeuta la propria volontà di prendersi cura di sé e il terapeuta deve poter aver in cambio anche la retribuzione del paziente come mezzo per raggiungere i propri obiettivi: guadagnarsi da vivere, provare soddisfazione sul lavoro.

5.2 I terapeuti: sensazione di non fare abbastanza per i propri clienti

Noi ci impegniamo nelle nostre terapie, come lo fanno i nostri pazienti, anche se a modo loro, anche se noi pensiamo che il loro impegno sia insufficiente perché abbiamo delle difficoltà a riconoscere i loro coinvolgimenti. D'altronde anche i nostri pazienti a volte sembrano incapaci di riconoscere il nostro lavoro.

Nelle supervisioni con gli studenti delle scuole di formazione, vediamo nei nostri colleghi una voglia di fare bene, un impegno quasi temerario: questi giovani terapeuti si fanno carico di situazioni particolarmente difficili che a volte minerebbero le capacità di un terapeuta esperto.

Nonostante ciò, i pazienti possono sentirsi sfruttati, non compresi e non ascoltati. La frustrazione da entrambe le parti nasce dal misconoscimento della realtà dei nostri scambi. Ci capita allora di sperimentare stanchezza, noia, non di rado anche un sentimento di ingiustizia, collera o delusione perché proviamo - e talvolta a torto perché i pazienti possono avere sentimenti fortemente ambivalenti nei nostri confronti - un sentimento di non riconoscimento, di biasimo e di ostilità da parte loro.

Ci capita allora di incolpare i nostri pazienti. Se non migliorano, non può essere una carenza, un'incapacità da parte nostra; è perché hanno dei forti meccanismi di difesa, perché non ci mettono buona volontà. L'atteggiamento di colpa può

solo riaccendere vecchie ferite nei pazienti. Sono stati così spesso biasimati, umiliati, non riconosciuti nel corso della loro vita che sono arrivati a incolpare sé stessi. Questo atteggiamento dei terapeuti non può che confermare la bassa stima di sé stessi. Questi stessi pazienti continuano a dirci, in un modo o nell'altro, che la nostra comprensione, il nostro incoraggiamento non li aiuta molto e che si sentono sempre in difficoltà. Questo atteggiamento dei pazienti non può che confermare, di conseguenza, la stima vacillante che abbiamo, talvolta, di noi stessi perché, nonostante il tempo e le energie spesi, non osserviamo cambiamenti significativi.

Come possiamo allora sapere se stiamo facendo abbastanza per i nostri pazienti? Interpellati, gli studenti spesso ci dicono che sentono di aver fatto il proprio dovere solo se notano dei cambiamenti nei pazienti. Ciò equivarrebbe a dire che i pazienti dovrebbero pagare il loro terapeuta con la propria guarigione. Ovviamente non funziona così. È importante che l'azione sia validata da qualcuno al di fuori della situazione, ma sufficientemente vicino al terapeuta perché l'apprezzamento possa essere accettato. Il contesto di supervisione è il più adatto per offrire questa sicurezza ai giovani terapeuti, a condizione che il supervisore non inizi a sua volta a biasimarli per non aver capito nulla, perché non conoscono la loro teoria, eccetera.

È allora scontato che i giovani terapeuti possano sentirsi esausti, svalutati. Non ce la fanno più. Si instaura un circolo vizioso: la loro autostima crolla e, attraverso un meccanismo proiettivo, criticano e maltrattano i loro colleghi, così come loro in primis si sentono criticati e maltrattati dai colleghi più anziani. Abbiamo conosciuto delle strutture sanitarie in cui, a causa di critiche ricorrenti, il clima professionale era diventato detestabile. L'umiliazione dei colleghi, dei collaboratori, che in alcuni casi arriva ad assumere una sfumatura perversa, non può essere accettata.

È già abbastanza difficile coltivare la benevolenza dei terapeuti verso sé stessi. Ma può essere ancora più difficile sviluppare quegli stessi comportamenti di benevolenza verso i colleghi. Eppure, lo sguardo benevolo verso i colleghi aiuterebbe tutta l'équipe a stare meglio.

Abbiamo visto le strategie colpevolizzanti che i genitori possono usare nei confronti dei loro figli - e le conseguenze di tali strategie. Il vissuto di essere costantemente in colpa ci impedisce di costruire una fiducia sufficientemente buona in noi stessi. Perciò, in fondo, sappiamo difficilmente se stiamo "facendo abbastanza" per i nostri pazienti. E questa nostra incertezza spinge il nostro spirito di riparazione, di solidarietà verso una sorta di compulsione a riparare di più, a fare ancor meglio, obbiettivo che non potrà essere raggiunto. Dobbiamo convincerci - seguendo Aristotele - che possiamo trovare una giusta misura della nostra azione, che è

il criterio dell'intenzione e dell'azione eticamente giusta; e per questo, abbiamo bisogno del riconoscimento da parte di coloro che ci circondano.

CONCLUSIONE

Abbiamo cercato di riassumere il tema degli scambi per introdurre la dimensione della giustizia «nel quotidiano» delle famiglie e nel contesto della terapia.

Lo scambio giusto è una qualità specifica del vivere bene insieme. E perché uno scambio sia equo, lo abbiamo sottolineato e non abbiamo mancato di sottolinearlo, deve esserci un movimento di riconoscimento. È il motivo per cui vorremmo concludere con una citazione di Ricœur (2004, p.3) *«Il riconoscimento è una struttura del sé pensante sul movimento che porta l'autostima verso la cura e quest'ultima verso la giustizia. Il riconoscimento introduce la diade e la pluralità nella costituzione del sé. La reciprocità nell'amicizia, l'uguaglianza proporzionale nella giustizia, riflessa nella consapevolezza del sé, fanno dell'autostima stessa una figura di riconoscimento.»*

BIBLIOGRAFIA

- Bloch F., Buisson M. (1991). "Du don à la dette: la construction du lien social familial". In *Revue de Mauss*, 11: 54-71.
- Bourdieu P. (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois essais d'ethnologie kabyle*. (1ère éd.: Genève, Droz, 1973) Paris: Seuil.
- Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. R. (1986) *Between Give and Take, A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Greisch, J. (2006). "Vers quelle reconnaissance?". In *Revue de métaphysique et de morale*. 50(2): 149-171.
- Honneth, A. (1992). *Kampf um Anerkennung. Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (tr. fr. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Editions du Cerf, 2000).
- Kellerhals J., Troutot P.Y., Lazega, E. (1993). *Microsociologie de la famille*. Paris: Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 2e éd.
- Kellerhals J., Widmer E. (2012). *Familles en Suisse : les nouveaux liens*. Lausanne: EPFL Press,.
- Liotti, G., Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica, una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mauss M. (1973). *Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris: PUF Coll. «Quadrige Grands textes».
- Onnis L., a cura di (2015). *Psicoterapia e neuroscienza: una nuova alleanza, Dialogo tra Daniel Stern e Vittorio Gallese*. Milano: FrancoAngeli.
- Piaget J. (1977). *Études sociologiques*. (1ère éd.: Genève, Droz, 1965) Genève: Droz, coll. «Travaux de Sciences Sociales» 1977.
- Real del Sarte O. (2010). *La couple coopère-t-il ? Perspectives piagétienne et systémiques. coppia coopera?* (Tr. it. *Prospettive piagetiane e sistemiche*. Roma: Alpes, 2015).
- Ricœur P. (1990) *Ethique et morale*. In *Lectures 1. Autour du politique*. Paris: Seuil Points, 1999.
- Ricœur P. (2004). *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris: Stock.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1989). *I giochi psicotici della famiglia*. Milano : Raffaello Cortina (tr. fr. *Les jeux psychotiques dans la famille*. Paris: ESF Éditeur, 2016).
- Stierlin H. (2007). "De génération en génération, avec quelle transmission?". In *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 38 : 13-27, 2007.
- Vannotti M. (2001). "Échanges intersubjectifs". In : Jacques Miermont, a cura di, *Dictionnaire des thérapies familiales*. Paris: Payot, 2ème éd., pp. 240-244.

- Vannotti M., (2003) "Échanges inter-générationnels et soins aux personnes âgées. Attentes explicites ou implicites de réciprocité". In *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 31 :33-51.
- Vannotti M., Gennart M. (1997). *Malade et familles: penser la souffrance dans une perspective de la complexité*, Médecine & Hygiène, Genève.
- Vannotti M., Gennart M. (2018). *Corpo e storia di vita, la sfida della malattia cronica*, Alpes, Roma.

LA TERAPIA ONLINE È DAVVERO EFFICACE? UN VIAGGIO ATTRAVERSO LO SCHERMO DI PAZIENTI E TERAPEUTI

*Chantal Crivelli¹, Nadia Lovati²,
Francesca Rocchi³, Agnese Veneroni⁴*

RIASSUNTO. Il 2020 è stato segnato, fin dai suoi inizi da una pandemia che ha colpito il mondo intero e ci ha costretti al distanziamento sociale.

Questo ha reso complicato il lavoro di psicologi e psicoterapeuti, che si sono dovuti attrezzare per continuare a seguire i propri pazienti a distanza, tramite l'utilizzo di piattaforme online.

Ma la terapia online è davvero efficace, o vi è della verità nei pregiudizi che ruotano intorno a questa modalità di lavoro?

La pandemia ha avuto ripercussioni sulle relazioni con i nostri pazienti?

In questo lavoro, abbiamo cercato, attraverso un viaggio all'interno della letteratura, di comprendere le dinamiche che si creano attraverso lo schermo; abbiamo inoltre provato ad indagare l'efficacia della terapia online rispetto alla terapia in presenza, anche attraverso le nostre esperienze personali di terapeute in formazione.

SUMMARY. Since its beginning, the year 2020 has been marked by a pandemic that has affected the whole world and forced us into social distancing. This situation complicated the work of psychologists and psychotherapists, who had to equip themselves to continue following their patients at a distance through online platforms. Is online therapy really effective, though, or are the misconceptions surrounding this work mode real? Has the pandemic affected our relationships with our patients? In this script, we tried to understand the dynamics created through virtual therapy sessions, also browsing through the relative literature. We have also tried to investigate online therapy's effectiveness compared to in-person therapy, additionally using our personal experiences as therapists-in-training

PAROLE CHIAVE: Pandemia, terapia online, Covid-19, comunicazione, pazienti, terapeuti.

PREMESSA

Nel mese di dicembre 2019 il virus Covid-19 ha fatto il suo ingresso sulle scene mondiali; dapprima comparso in Cina, si è velocemente diffuso per l'intero pianeta.

¹ Psicologa, specializzanda Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

² Psicologa, specializzanda Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

³ Psichiatra, specializzanda Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

⁴ Psicologa, specializzanda Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emesso un comunicato dichiarando la pandemia. Da quel giorno ogni Paese ha dovuto prendere provvedimenti severi per evitare l'ulteriore diffusione del contagio.

L'Italia non è stata di certo esonerata da queste drastiche misure e, con l'introduzione dell'ormai famoso Lockdown, la popolazione si è trovata a dover fare i conti con restrizioni e divieti.

La quarantena ha portato all'interruzione delle interazioni sociali, non è stato più possibile uscire se non per motivi di necessità, e ci si è dovuti attrezzare con Pc e cuffie, per poter coltivare i rapporti con familiari e amici.

Questa situazione si è rivelata più difficile e complessa del previsto anche dal punto di vista lavorativo; molte attività si sono interrotte, e tanti settori hanno dovuto modificare le proprie procedure e reinventarsi.

La parola "Smart Working" è diventata protagonista delle vite di tanti.

È ciò che è accaduto anche nell'ambito della psicologia e della psicoterapia.

I professionisti, impossibilitati a ricevere i pazienti nei propri studi o all'interno di strutture specializzate, hanno dovuto attrezzarsi per continuare a lavorare a distanza.

La terapia online è diventata uno strumento imprescindibile per il supporto e il sostegno dei pazienti, l'unica strada in cui è possibile l'incontro, «[...] la condizione comune, oggi l'unica possibile, delle relazioni terapeutiche.» (Lingiardi e Giovanardi, 2020).

Riguardo questo strumento finora conosciuto ed utilizzato in parte, la popolazione (specialisti e non) si è divisa. C'è chi in esso vede incredibili potenzialità, e chi esprime perplessità circa la qualità del lavoro e della relazione tra terapeuta e paziente.

Emerge così in noi, terapeute in formazione, la necessità di riordinare le idee, mettendole nero su bianco.

In questa ricerca tenteremo di redigere un resoconto su questa nuova modalità di lavoro, evidenziandone le caratteristiche e analizzando l'impatto che ha avuto sul mondo della psicoterapia, e sulla nostra giovane attività lavorativa.

1. UNO SGUARDO ALLA STORIA

La nostra società vede ormai da anni una corsa inarrestabile da parte del progresso tecnologico.

Nuovi strumenti, materiali e tecniche, hanno occupato un posto fondamentale in tutti i contesti della nostra quotidianità, dalla sanità, allo sport, al lavoro.

Per quanto possa sembrare in contrasto con l'immaginario comune dell'idea di psicoterapia, nemmeno quest'ultima è stata esonerata da tale avanzamento.

I primi segni di innovazione si ebbero nel 1966, quando Joseph Weizenbaum, un informatico del Massachusetts Institute of Technology, diede vita ad Eliza, un software in grado di simulare l'interazione umana.

Per Eliza si prese ispirazione dalle tecniche di colloquio rogersiane, ritenute efficaci nell'infondere sicurezza agli interlocutori tramite la ripetizione di ciò che veniva detto dal cliente in seduta.

L'idea che Eliza suscitava era quella di approfondire la conversazione, creando una confidenza in grado di attivare il fattore terapeutico⁵.

Eliza ebbe molto successo, superò il Test di Turing (gli utenti non riuscivano a distinguere se le interazioni provenissero da una macchina o da esseri umani); anche quando veniva esplicito il suo funzionamento, gli utenti non modificavano la percezione di relazione avuta.

Il grande successo di Eliza si deve al fatto che essa rispondeva a quella necessità dell'essere umano (presente fin dall'antichità) di creare e proiettare dialoghi psichici inconsci.

Non venne implementata, ma fu punto di partenza e spunto per l'idea di una psicoterapia non convenzionale, a distanza.

Nel 1972 Santhiveeran introduce il computer nella relazione di cura, grazie ai bollettini di bordo e i gruppi di supporto online.

Sempre negli anni '70 la Cornell University di Ithaca, New York, offrì un servizio di sostegno psicologico online gratuito, "Chiedi allo zio Esdra", tuttora attivo.

Sono però gli anni '90 che vedono la comparsa del sostegno psicologico più vicino a come lo conosciamo oggi.

Tra gli anni '90 e il 2000 la tecnologia si è sviluppata molto rapidamente e sono nati programmi e piattaforme in grado di connettere le persone nonostante la distanza.

1.1 Studi recenti

La questione su cui molti esperti si sono interrogati è l'efficacia che questa modalità a distanza può avere rispetto alla psicoterapia convenzionale. Su questo argomento la comunità psicologica ha dibattuto a lungo; come sottolineano Alleman (2002) e Fink (1999), un pensiero deve essere rivolto alle criticità che secondo alcuni l'utilizzo di internet portava con sé, relative al processo tra terapeuta e paziente.

Secondo Thompson (2016) si può rispondere a questo quesito prendendo in considerazione gli studi finora effettuati.

Fra gli anni '90 e il 2000 molte ricerche hanno prodotto risultati interessanti.

⁵ Un aneddoto ci racconta come la segretaria di Weizenbaum, pur conoscendo perfettamente il funzionamento sottostante, chiese di essere lasciata da sola con Eliza, in quanto sentiva la necessità di confidarsi con qualcuno.

Cohen e Kerr (1998) hanno condotto uno studio su 24 pazienti. L'obiettivo era quello di analizzare gli stati d'ansia e le percezioni nelle due modalità, online ed in presenza.

Jedlicka e Jennings (2001) hanno coinvolto 21 partecipanti in un esperimento che prevedeva l'erogazione di terapie di coppia, per valutarne l'efficacia e le eventuali differenze.

Molti altri studi sono stati condotti per valutare l'efficacia della psicoterapia a distanza. Come campioni sono stati presi in considerazione diversi disturbi clinici.

Klein e Richards (2001) hanno preso in esame i disturbi di panico, Robinson e Serfaty (2001) i disturbi alimentari, Lange et al. (2001) i disturbi post-traumatici da stress ed in presenza di lutto.

Queste ricerche hanno portato a risultati molto simili, ossia che la psicoterapia a distanza (sulla base di evidenti esiti e rispetto alla percezione dei pazienti) risulta essere efficace quanto la psicoterapia in presenza. In alcuni casi è stata riscontrata una durata dei benefici addirittura superiore per quanto concerne le sedute online.

In un recente studio del 2013, infatti, Brigit et al. hanno evidenziato un lieve miglioramento (nell'immediato) di pazienti depressi, rispetto alla terapia in presenza, e un netto beneficio tre mesi dopo la conclusione delle sedute.

Gli studi quindi confermano che la psicoterapia online può rivelarsi efficace quanto una psicoterapia in studio.

1.2 Il presente

In questi anni è diventato sempre più evidente il connubio tra salute mentale e nuove tecnologie.

Skype, Whatsapp, Messenger sono solo alcuni degli esempi di piattaforme ed applicazioni che il mondo della psicologia può sfruttare per operare a distanza.

L'avanzamento tecnologico si deve alla necessità della disciplina di rinnovarsi ed innovarsi. Inoltre le nuove generazioni, i futuri fruitori dei nostri servizi, sono immersi in un contesto quanto mai digitalizzato, e spronano ad una riflessione circa l'utilizzo di nuovi strumenti, al quale la psicologia non può sottrarsi.

Ma come si fa psicoterapia online?

Innanzitutto riteniamo doveroso esplicitare le diverse forme che l'e-psychotherapy può assumere prendendo spunto da un articolo di Cannistrà (2017).

Chat therapy: uno scambio che avviene fra paziente e terapeuta tramite messaggistica istantanea, solitamente per mezzo di piattaforme create ad hoc. Permette a pazienti o terapeuti che non possono ritagliarsi momenti di privacy, di avere uno spazio per comunicazioni in diretta. Il professionista che esercita attraverso questo tipo di terapia,

deve essere ben formato, in quanto la chat therapy segue regole ben definite.

E-mail therapy: avviene tramite invio di e-mail a turno. A differenza della Chat therapy lo scambio non avviene in diretta, ma è necessario aspettare la risposta da parte dell'interlocutore. Il vantaggio di questa tipologia riguarda la possibilità da parte di entrambi di lunghe riflessioni. La risposta, purtroppo non avviene mai "a caldo".

Video therapy: la modalità più vicina all'idea comune di terapia online. Questa forma di sostegno offre molti vantaggi: la presenza (seppur in video), lo scambio in diretta ed immediato, e la possibilità da parte del terapeuta di cogliere aspetti come l'espressione e le movenze del paziente.

Al giorno d'oggi, quando parliamo di "psicoterapia online" il nostro pensiero volge prettamente alla video therapy.

Questa è la forma prevalentemente utilizzata dagli specialisti con pazienti impossibilitati alla psicoterapia in presenza.

Come sostiene Yeomans (2020), docente di psichiatria alla Cornell University Medical Center e Direttore del Personality Studies Institute a Manhattan, nella sua intervista, se in tempi passati la terapia online veniva vista come una modalità "eccezionale" di lavorare, oggi invece viene usata anche e soprattutto per portare avanti il lavoro terapeutico a distanza.

Ovviamente il presupposto fondamentale per svolgere una terapia online è possedere una buona connessione internet, come affermato da Scala (2020) che spiega quanto una connessione, non sempre efficiente, possa ridurre la qualità dell'immagine o della voce che può essere percepita "fredda", a tratti metallica, oppure avere qualche seppur breve ritardo.

In un interessante webinar tenuto dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia il dottor Goisis (2020) sottolinea alcuni aspetti di contesto da non sottovalutare.

Naturalmente i terapeuti sono "obbligati" in questo periodo ad avvalersi delle terapie online, questo porta ad accorgimenti che prima, nella psicoterapia vis a vis, non venivano coscientemente contemplati.

Analizzando più nello specifico questi fattori possiamo notare come sia necessaria una cura del setting terapeutico, anche se telematico:

- Come posizionarsi, essere ben visibili e comodi.
- L'importanza di guardare la telecamera.
- Togliere elementi di distrazione.
- Utilizzare un auricolare di buona qualità e una buona luce.
- Avere uno schermo stabile che eviti l'effetto "mal di mare".

Inoltre è fondamentale definire alcuni aspetti più prettamente pratici come ci si connette, a che ora e chi effettua la chiamata. Lo scopo è quello di ricreare il più fedelmente possibile i riti che si effettuavano nella terapia dal vivo.

Ci sembra interessante portare una riflessione circa il contributo apportato da Eissler nel 1953, a proposito del "parametro di tecnica".

Eissler coniò questo termine in riferimento alla modificazione della tecnica psicanalitica, necessaria quando emergono aree deficitarie dell'Io del paziente.

In questo senso vediamo una risorsa nella psicoterapia online, che risulta vantaggiosa per pazienti impossibilitati ad affrontare un colloquio vis-à-vis con il terapeuta (esempi tipici sono l'agorafobia, la fobia sociale ed alcune problematiche schizoidi).

Anche secondo Stofle (2001) e Scala (2020) problemi e sintomatologie potenzialmente più adatte per un trattamento in via telematica comprendono la crescita e la realizzazione personale, i disturbi d'ansia come agorafobia e fobia sociale.

Secondo Migone (2003), per questi pazienti la mediazione dello schermo risulta essere vantaggiosa, permette loro di mantenere una distanza emotiva (simbolicamente connessa alla distanza fisica dalla rete sociale) e di aprirsi maggiormente.

Chiricozzi (2020) ritiene che la modalità di terapia online faciliti un approccio meno imbarazzante per chi ha difficoltà a parlare faccia a faccia; sostiene infatti che per differenti tipologie di pazienti, timidi, riservati, che temono il giudizio o altro, la mediazione dello schermo possa in realtà favorire l'espressione. Secondo Rochlen, Zack e Speyer (2004) sul web gli individui si esprimono e agiscono più intensamente che di persona, e si verificano differenti livelli di disinibizione. In questo caso è generalmente più facile per una persona accettare di parlare dei propri problemi ad un esperto perché la "presenza virtuale" è sentita come meno minacciosa della presenza reale. Anche Lingiardi (2020) ritiene che siano possibili momenti di "connessione" profonda con il paziente anche attraverso il lavoro online: per un certo tipo di pazienti infatti, l'altrove della comunicazione (e-mail, whatsapp, sms) può facilitare la condivisione di contenuti psichici come ricordi, fantasie e pensieri, solitamente lasciati fuori dalla terapia.

Le sedute online potrebbero essere dunque utilizzate per aiutare il paziente a superare tali resistenze, in modo che poi sia in grado di continuare la terapia in modo convenzionale.

Per alcuni contesti e tipologie di paziente questa modalità può presentare delle difficoltà.

Un primo esempio è dato dalle terapie corporee, che lavorando appunto con il corpo, risentono dell'assenza fisica del paziente nella stanza.

Per Goisis (2020) con pazienti "gravi" è importante avere una rete di sostegno e, come anche Yeomans (2020) sottolinea, sapere da dove chiama il paziente e possedere un contatto di emergenza. Stofle (2001) e Scala (2020) sottolineano invece, come secondo loro, non risultino essere soggetti adatti alla terapia a distanza pazienti gravi con problemi legati all'esame di realtà, di ideazione suicidaria, (come nei casi di depressione grave, tossicodipendenze, alcolismo), vittime attuali di violenza o abusi sessuali e chi presenta disturbi di personalità gravi come il disturbo di personalità borderline. Questi casi sono estremamente delicati e necessitano della presenza fisica del terapeuta, anche per gestire eventuali comportamenti pericolosi.

Quando si hanno in carico bambini, l'aver sempre presente dove sono i genitori e avere un loro numero per contattarli.

Alcuni tipi di pazienti, specie quelli più persecutori/paranoici, potrebbero attribuire al terapeuta la volontaria interruzione della conversazione dovuta all'interruzione casuale della connessione.

Inoltre le sedute online sono spesso oggetto di pregiudizi e punti interrogativi:

- La terapia è efficace solo in studio.
- È impossibile ricreare l'alleanza terapeutica attraverso uno schermo.
- Se devo chiedere aiuto online, tanto vale parlare con un amico.
- Con la terapia online la mia privacy non verrà rispettata.
- Lo psicologo online offre un servizio di serie B.

1.3 E ai tempi del Coronavirus?

L'emergenza sanitaria che ha colpito il nostro Paese nei primi mesi del 2020 ha messo la comunità psicologica e psicoterapeutica di fronte alla necessità di modificare o, meglio, di riadattare la propria natura per far fronte a un cambiamento contestuale importante.

La psicoterapia online è stata oggetto di numerose ricerche e studi internazionali, tanto che l'American Psychological Association, la Società Internazionale di Psicoanalisi e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi hanno stabilito linee guida e buone prassi da seguire. Quest'ultimo si è espresso chiaramente a favore della psicoterapia online in questa emergenza nazionale e ha fornito un vademecum per gli psicologi per approcciarsi al meglio a questa pratica. Il SARS-COV-2 ha obbligato gli psicologi a utilizzare nuovi strumenti, ed è interessante notare secondo Germani e Segalini (2020), come anche le istituzioni tradizionalmente più ortodosse per quanto riguarda le regole del setting stiano rivalutando le proprie rigide posizioni.

Oggi, di fronte alla necessità di comunicare senza incontrarsi, anche i più resistenti si sono adattati.

La questione dello smart working si è presentata in maniera più forte durante quella che è stata definita la "seconda ondata".

Il periodo estivo ha portato con sé una percezione di nuova normalità a cui tutti ci siamo abituati fin troppo velocemente.

L'aumento dei contagi ha costretto la popolazione a confrontarsi nuovamente con mouse e tastiera.

Le scuole hanno riproposto la ormai famosa Dad (didattica a distanza), e anche la psicoterapia ha proseguito il suo corso prettamente attraverso lo schermo.

Anche in questo "secondo tempo" della pandemia, la popolazione resta divisa circa l'efficacia della comunicazione online.

Da una parte vi è l'idea che tornare in studio permetterebbe di recuperare alcuni aspetti fondamentali della terapia (come il già citato linguaggio non verbale). Dall'altra alcuni professionisti hanno espresso il loro parere circa il lato positivo dello schermo, che permette di captare espressioni, reazioni e movimenti del viso difficili da rilevare in presenza, a maggior ragione a causa della mascherina.

La nostra esperienza durante questo anno così anomalo ci ha portato, dunque a riflettere più attentamente sulla qualità delle interazioni con i nostri pazienti attraverso la modalità online.

La nostra posizione in merito è divisa tra le due direzioni.

Sono emersi molti vantaggi da questo nuovo assetto a distanza, soprattutto durante la prima parte dell'anno, in

cui è stato necessario trovare una soluzione al distanziamento sociale.

Con il passare dei mesi, però, abbiamo anche potuto osservare delle criticità rispetto alla comunicazione da remoto.

Una di queste risiede nel fatto che anche i colloqui online possono incontrare il potenziale ostacolo della mascherina.

In particolare vorremmo citare le occasioni in cui abbiamo condotto colloqui in coterapia.

Questa condizione ci ha portato ad essere in presenza di un collega e a dover indossare la mascherina.

Da qui una riflessione circa i meccanismi sottostanti le interazioni sociali. Sperduti et al. (2014) evidenziano come negli studi sulla cognizione sociale due aree cerebrali vengono spesso coinvolte: il MNS (Mirror Neuron System) e il Mentalizing System. Il primo è coinvolto nella comprensione degli obiettivi, ed è associato a diverse funzioni emotive e cognitive fondamentali nell'interazione; il secondo è impegnato nell'anticipazione delle intenzioni dell'altro, partecipando alla co-regolazione delle azioni reciproche.

Abbiamo, in effetti riscontrato che nascondendo una parte del volto risulta maggiormente difficoltoso trasmettere all'interlocutore le proprie intenzioni (ad esempio la volontà di commentare un'affermazione) e reazioni emotive (sorrisi, espressioni o sguardi). Questa difficoltà ci porta a dover utilizzare maggiormente il canale della comunicazione verbale, e a dover stabilire in modo quasi esplicito i turni di parola.

Riteniamo, comunque, che finora sia stato un buon modo di accorciare le distanze, e ci ritroviamo nelle parole di Franzoni (2021) «[...] a volte io e miei colleghi siamo stati uno dei pochi volti visti da persone sole per settimane.».

2. SVANTAGGI E VANTAGGI DELLA TERAPIA ONLINE

Alcuni psicologi dichiarano che circa il 30% delle loro terapie avvengono online; le ragioni che possono portare i pazienti a richiedere un supporto online sono molteplici: viaggi di lavoro, trasferimento in altre città o stati. Ad ogni modo, ciò che accomuna queste persone è la volontà di proseguire il percorso attraverso una modalità diversa da quella convenzionale.

Come precedentemente accennato, tale strumento riporta molti vantaggi, ma anche alcune criticità, ci è parso interessante approfondire entrambi.

Goisis (2020) e un articolo di State of Mind (2018) sostengono che l'utilizzo delle terapie online sia più facile per chi è abituato spesso ad usare il computer nella quotidianità e di come alcuni terapeuti facciano più fatica nelle terapie online rispetto a quelle tradizionali. Yeomans

(2020) concorda sottolineando come abbia rilevato che sia stancante per i terapeuti fissare lo schermo tutto il giorno piuttosto che parlare di persona con il paziente.

La mancanza delle dimensioni dell'olfatto, del gusto e la tridimensionalità portano uno svantaggio a questa modalità di terapia, la vista, infatti, secondo Basile (2020) è il senso privilegiato nelle comunicazioni online e il mezzo tecnologico lo amplifica a discapito di tutti gli altri (per es. manca del tutto il tatto e l'espressione della prossimità dei corpi).

Vari autori si sono dibattuti sull'aspetto riguardante la comunicazione non verbale, non trovando ancora oggi un completo accordo.

Per Mancuso (2019) vi è una mancanza o scarsità di comunicazione non verbale nella terapia online, per Di Cosmo (2016) con i colloqui con la webcam una parte del non verbale viene recuperata, come la mimica del volto o il movimento degli arti superiori a discapito però del linguaggio globale del corpo; mentre Basile (2020) fa un'interessante riflessione su come la mimica facciale sia importante e sufficiente per avere una interpretazione di quello che tutto il corpo e di conseguenza il paziente, stia provando in quel determinato momento, affermando che «un sorriso che non sorride se si guarda la faccia dalla bocca in su, un timbro della voce che contraddice un racconto in particolare, una certa posizione del capo, lo sguardo sfuggente, ecc. ci dicono molto sull'intero corpo perché la parte è coerente con il tutto. L'interruzione del respiro, poi, collegata con la rigidità del viso e le labbra serrate diventeranno la spia di una rigidità corporea, di un corpo sofferente. L'attenzione al processo, dunque, più che al contenuto, diventa prioritaria e possibile anche nella terapia online.».

Goisis (2020) dedica anche attenzione all'aspetto legato alla cura del corpo, citando pazienti che si presentano in seduta solo con la parte del corpo che si vede vestita.

Marsigli (2020) concorda affermando come debba essere chiaro che il fatto di essere a casa propria non significhi potersi presentare in pigiama alla seduta. Allacciandosi a questo discorso, introduce l'aspetto delle interferenze casalinghe; un potenziale rischio è, infatti, quello che il clima domestico possa influenzare la seduta stessa, evidenziando come sarebbe opportuno che il terapeuta andasse comunque nel proprio studio, mantenendo gli stessi standard e gli stessi comportamenti di una seduta convenzionale, e che il paziente affrontasse la "videoseduta" abbigliato come di consueto, avendo premura di mettersi in una stanza adeguata per poter svolgere la seduta in tranquillità e con privacy.

Un ulteriore studio (2020) rafforza quanto detto precedentemente affermando come tutte le sedute debbano essere private, senza terze persone: nello spazio fisico in cui si trovano il terapeuta e il paziente non ci deve essere nessun

altro presente. Inoltre, per poter svolgere la terapia con totale garanzia, il professionista deve consigliare al paziente di utilizzare uno spazio comodo ma sicuro. Per questo, le sedute devono essere effettuate in luoghi tranquilli e lontani da altre persone; vietato parlare con lo psicologo nel salotto dove ci sono i familiari o in spiaggia, vicino ai turisti. Questo requisito vale anche per il terapeuta, nonostante il trattamento sia online, infatti, dovrà rispondere al paziente nel suo studio, in uno spazio serio, discreto e lontano dal resto del personale e dei pazienti.

Goisis (2020) riflette anche su quanto la dimensione del computer possa favorire la distrazione sia dei pazienti che dei terapeuti.

Anche in merito a questo aspetto, vi sono pareri contrastanti, Marsigli (2020) sostiene come siano più alti i rischi di distrazione sia per il professionista che per il paziente, mentre secondo Basile (2020), lo schermo ridurrebbe al minimo gli elementi di distrazione escludendo l'ambiente circostante e "costringendo" paziente e terapeuta a guardarsi in faccia. Nell'intervista fatta a Margherita Spagnuolo Lobb (2020) essa afferma che «Non ci si può addormentare in un incontro via Skype! Mentre in una seduta in presenza qualche attimo di distrazione può succedere.».

Ciò che spesso viene discusso da molti professionisti è se la distanza possa essere più protettiva, se vi sia una maggiore naturalezza da parte del paziente o se si tratti di uno strumento che possa portare a far percepire paziente e terapeuta come eccessivamente lontani. Come riporta Mattioli (2020) nel suo articolo, per quel che riguarda i terapeuti c'è chi, vive lo schermo come un ostacolo alla percezione empatica del paziente. Tuttavia l'autrice ritiene che gli aspetti importanti per il buon esito di una terapia, cioè l'alleanza terapeutica, l'empatia, la fiducia, la costruzione di obiettivi da perseguire siano presenti in entrambi i percorsi e non siano legati alla condizione di presenza della terapia, ma ai suoi aspetti relazionali e progettuali.

Secondo Marsigli (2020) lo svantaggio maggiore della terapia online è rappresentato dalla mancanza di contatto diretto tra paziente e terapeuta. Secondo l'autore infatti la nostra specie, come evidenzia la psicologia evoluzionista, ha bisogno di creare relazioni e socialità diretta. Tale bisogno è ancora più marcato quando una persona è sofferente e cerca accudimento. Questo è forse l'aspetto che rende le persone poco inclini o tendenzialmente diffidenti verso questa pratica. «La vicinanza online è impossibile secondo alcuni terapeuti.», riporta Giuliani (2019) in un suo scritto, c'è chi invece parla di giusta distanza e, citando Cecchin, (2019) ricordiamo come «il punto di incontro tra vicinanza e lontananza sia variabile e come la distanza interpersonale

sia una spazio sufficientemente elastico e regolabile, anche in base alle variabili contestuali.».

Un altro aspetto, messo in luce da Goisis (2020), che caratterizza le sedute online è la mancanza di un luogo fisico in cui recarsi e il tragitto per raggiungerlo: manca la sala d'attesa, l'andare e il tornare, lo spazio per prepararsi prima e riflettere poi sulla seduta. Online invece si hanno passaggi bruschi e repentini. L'autore ritiene tuttavia, che sia possibile ricreare alcuni momenti tipici della terapia in presenza organizzando sia all'inizio che alla fine, dei momenti di riflessione sull'andamento della seduta e/o lasciando uno spazio tra il colloquio e quello successivo per creare una chiusura più morbida. Giuliani (2019) sottolinea come il luogo "virtuale" possa favorire riflessioni in merito ai luoghi "fisici" del territorio del paziente e come il cambiamento di contesto possa favorire considerazioni e pensieri "nuovi" nel paziente.

Per un recente articolo pubblicato su Il Post (2019), il setting è sia uno spazio fisico con caratteristiche peculiari, che uno spazio mentale, quello della relazione tra il terapeuta e il paziente.

3. RIFLESSIONI

Vantaggi e svantaggi considerati precedentemente, per quanto non esaustivi, hanno attirato la nostra attenzione e fatto nascere delle riflessioni.

Quanto detto da Cancrini (2020) su la Repubblica «morire da soli è un aspetto angoscioso e terribile, ma anche in questi passaggi si avverte una vicinanza e una condivisione collettiva a cui non eravamo più abituati. Certo, i rituali del lutto sono fondamentali per l'elaborazione della perdita. E l'impossibilità di piangere e di abbracciarsi insieme nel momento della sepoltura può lasciare ferite profonde. Molte delle patologie con cui mi confronto sono legate a lutti mai elaborati.» evidenzia quanto nuovi temi e nuove paure possano emergere in questo periodo così complesso e doloroso e quanto sia importante per il paziente avere un luogo anche virtuale e una relazione privilegiata in cui potersi aprire autenticamente e sentirsi supportato. Pensiamo sia alla paura di ammalarsi e/o di contagiare i propri cari, sia in particolar modo ai numerosi lutti extra e intra familiari che sono accorsi ed a quanto la possibilità di poter contare sulla figura di un professionista possa essere fondamentale.

Come i pazienti hanno visto ampliarsi il ventaglio delle loro preoccupazioni, anche noi terapeuti abbiamo dovuto mantenere un doppio focus: da un lato tenere in considerazione le problematiche esistenziali "usuali" del paziente e dall'altro prendere in esame gli aspetti legati al contesto epidemiologico e di come questi si influenzino reciprocamente.

Noi terapeuti entriamo nelle case altrui e i pazienti entrano nella nostra casa, questo può attivare sentimenti e curiosità specifiche e creare una maggiore intimità tra terapeuta e paziente. È possibile creare una sintonizzazione maggiore perché entrambi ci troviamo nella stessa situazione e affrontiamo la stessa emergenza portando a una modifica della relazione, e quindi della comunicazione (e viceversa), che privilegi il sistema di cooperazione a scapito del sistema di rango. Paziente e terapeuta sono maggiormente su un pari livello.

Troviamo particolarmente significativa la testimonianza della McWilliams (2020) che afferma: «Ogni seduta comincia con domande sulla mia salute e resoconti sul loro stato fisico e le condizioni dei loro cari. Mentre in precedenza, avrei potuto rispondere alle domande sulla mia salute con interventi rispetto alla curiosità del paziente, sento adesso che si tratta di una questione di cortesia di base quella di riferire al paziente come sto. Senza la sicurezza del fatto che sto bene, loro non riescono a passare agli altri argomenti. Il coronavirus ha reso il mio lavoro più informale, più intimo, più rivelatore della reale interdipendenza tra me ed i miei pazienti.».

La privacy: se ritagliarsi un tempo e un luogo propri per fare terapia online risulta già difficoltoso nel quotidiano, ai tempi del Coronavirus in cui si è costretti a una maggiore riduzione dei propri spazi personali ciò è ancora più complesso. Pensiamo a famiglie numerose costrette in casa, a partner o coniugi in terapia individuale impossibilitati ad esprimere il proprio malessere perché in presenza dell'altro membro della coppia, alla difficoltà dei genitori nel ricevere un sostegno a causa della presenza dei minori in casa, a situazioni familiari caratterizzate da una stretta conflittualità...

La privacy riguarda anche a noi terapeute e l'importanza di ritagliarci uno spazio in cui ascoltare in sicurezza e professionalità i nostri pazienti.

Non nascondiamo che una modifica così repentina e drastica del consueto modo di praticare terapia abbia inciso sul nostro senso di sicurezza, obbligandoci a metterci in gioco in una nuova veste (quando la prima non era ancora rifinita).

Essendo delle specializzande agli albori della nostra carriera professionale, non è stato così facile e scontato risperimentarci in un nuovo setting con nuove modalità!

4. IN TEORIA... E IN PRATICA...

La nostra riflessione circa il riscoprirci come psicoterapeute attraverso il contesto digitale non può prescindere dal considerare il contributo teorico apportato da autori come Watzlawick (1967) e Bateson (1956). Essi hanno approfondito le tematiche relative alla comunicazione e a come

essa influenzi e sia influenzata dal contesto. Tali scambi, inoltre, vanno a modificare la relazione tra gli interlocutori.

Il triangolo della comunicazione

Watzlawick (1921-2007) fu uno psicologo austriaco, tra i maggiori esponenti della scuola di Palo Alto e uno dei fondatori dell'approccio sistemico. Nei suoi studi sulla comunicazione (1967) sottolinea come essa sia presente in ogni ambito della nostra vita e di come gli scambi avvengano anche in modo inconscio. Sostiene infatti che «non è possibile non comunicare.».

La comunicazione non è fatta solo di contenuti, non è un semplice flusso di informazioni tra trasmettitore e ricevitore. Definisce un'intenzione, una relazione, imponendo un comportamento.

Nel momento in cui interagiamo con un altro individuo, lo scambio di messaggi veicola informazioni circa il contesto in cui ci troviamo e la relazione che intercorre tra noi e l'interlocutore.

Prima di lui Bateson (1904 -1980), sociologo e antropologo britannico, ha introdotto l'interconnessione fra comunicazione, contesto e relazione (1956).

Sostiene, infatti che nella comunicazione una parola o una frase, debba essere inquadrata in una cornice più ampia, in modo che la comprensione sia efficace su un piano non solo puramente sintattico, ma anche come capacità di percepire e apprendere il contesto.

È stato interessante ritrovare queste idee pionieristiche ai nostri giorni, all'interno delle nostre terapie! Ognuna di noi ha dovuto riadattare la propria comunicazione in vista del contesto cui il Covid ci ha "costretto". Dal cambiamento di quest'ultimo, anche il nostro modo di comunicare con i nostri pazienti ha subito delle modificazioni. Lo schermo ci ha portato a fare i conti con una dimensione più simbolica, dove il non verbale più facilmente lascia il posto a metafore e sogni. Uno spazio dove le emozioni devono essere verbalizzate, e dove le lacrime non possono essere accompagnate dal gesto di un fazzoletto offerto.

Abbiamo, quindi ritrovato un contesto diverso di terapia; un nuovo modo di porsi reciprocamente, che in maniera circolare agisce sulla comunicazione e sulla relazione con i nostri pazienti.

Pensiamo sia utile portare esempi della nostra esperienza diretta in terapia.

Martina, anni 13, arriva presso la UONPIA di via Barabino dove svolgo il tirocinio da novembre 2018, su invio dello psicologo dell'ospedale San Paolo, poiché la minore da settembre 2018 ha difficoltà a recarsi a scuola, con periodi di assenze prolungati (dispersione scolastica). I genitori

richiedono un aiuto perché si affermano incapaci nell'accompagnare a scuola Martina attribuendo alla stessa resistenza in merito.

Da dicembre 2018 è stato inserito un supporto educativo su richiesta della famiglia e di Martina stessa nell'accompagnarla a scuola. Nonostante alcuni tentativi iniziali fruttuosi, la minore da metà febbraio 2019 non è più riuscita a recarsi a scuola, completamente abbandonata.

Da febbraio iniziano i nostri incontri di consultazione con la famiglia.

Martina è stata una gravidanza non desiderata, aspetto che i genitori ammettono candidamente alla sua presenza e dagli incontri individuali emerge come fonte di sofferenza della figlia.

Il lavoro è stato principalmente incentrato su Martina e sulla madre, con la quale la ragazza afferma di voler passare più tempo e sentirsi più considerata.

Gli incontri funzionano e Martina, accompagnata dalla madre, riprende ad andare a scuola, riguadagnando anche con lei un tempo più affettivo e dedicato.

Con l'avvento del Coronavirus la situazione cambia, le scuole sono chiuse e anche la madre rimane a casa dal lavoro. Martina di conseguenza riesce a passare molto più tempo con lei e ne è felice.

Poniamo un focus più specifico su questi cambiamenti:

In primis ciò che è mutato è stato il setting terapeutico: non solo non è stato più possibile svolgere le sedute dal vivo, ma vi è stata una impossibilità di mantenere una terapia in video perché i genitori di Martina non versano in buone condizioni economiche e fanno fatica anche a riuscire a garantire alla figlia la possibilità di fare le video lezioni con la scuola (il computer su cui Martina le segue è stato prestato dall'educatrici).

Nonostante questo sia Martina che la famiglia si sono mostrati felici e volenterosi nel mantenere contatti con me, una volta alla settimana, tramite telefonata. Questo è per me un primo feedback positivo sull'alleanza terapeutica instaurata con la famiglia.

L'impossibilità di vedersi ha portato una modifica anche nel formato delle sedute, non più colloqui madre-figlia come si svolgevano nell'ultimo periodo della terapia, ma colloqui individuali con entrambe.

Cambiando il contesto in cui fare terapia, come detto da Watzlawick, la comunicazione e la relazione con la paziente vengono influenzate; infatti Martina che ha sempre avuto una difficoltà ad esprimere le proprie emozioni dal vivo ha dovuto fare uno sforzo maggiore nelle sedute telefoniche, riuscendo a tradurre in parole le sue emozioni e sintonizzarcisi maggiormente. Sia per me che per la paziente vi è stata una attenzione maggiore alle parole usate, all'intonazione della voce e all'utilizzo di metafore e di immagini visive che ha

portato la nostra relazione su un piano più empatico piuttosto che cognitivo. Il telefono in questo caso è stato veicolo di una maggiore apertura dal punto di vista relazionale, permettendo alla comunicazione di acquisire una sfumatura più personale.

Il non vedersi ha avuto come conseguenza anche quella di una rimodulazione nello scambio di parole e di silenzi che a volte correvano il rischio di farci sovrapporre, quindi anche in questo caso il contesto ha prodotto una maggiore attenzione al modo di comunicare e di entrare in relazione.

Un altro esempio di come il contesto più ampio pandemia abbia influito sulla relazione, è stato un maggior interessamento da parte della famiglia al mio grado di salute e al tutelarmi rispetto al Coronavirus, con indicazioni anche pratiche su, per esempio, dove acquistare le mascherine.

È risultato necessario poi, riformulare in parte gli obiettivi della terapia, centrati sì sul rapporto tra Martina e la madre, ma anche sulla frequentazione della scuola ora sospesa. L'ottica quindi si è rivolta a come indirizzare la madre a sostenere Martina nella nuova quotidianità, facendola sentire apprezzata e considerata, e dandole un supporto nella frequentazione delle lezioni online che la figlia dimostra di far fatica a seguire.

Un altro aspetto che ho notato è la non sempre possibilità di avere lo spazio necessario per entrambe per avere un colloquio privato, ma essendo la casa molto piccola, evidenziato da interferenze di altre persone oppure dalla ricerca di conferme durante la seduta, soprattutto da parte della madre nei confronti della figlia. Di conseguenza il contesto "casa" ha inciso in alcuni momenti significativamente sulla qualità della comunicazione e di conseguenza della relazione, portandole ad essere non completamente spontanee e autentiche, ma a volte mediate.

Il cambiamento di contesto ha portato anche a una relazione per certi aspetti più intima e "amicale", che rischiava di sminuire il mio ruolo come terapeuta e la terapia, per questo vi è stata la necessità di una definizione del setting in maniera più specifica rimarcando i confini della terapia. Le pazienti infatti, erano sempre in anticipo alle sedute dal vivo, mentre in quelle telefoniche capitava che spostassero all'ultimo la seduta proponendo loro quando fissarla oppure che durante la telefonata fossero in giro a fare altro.

Elettra, 18 anni, da alcuni mesi aderisce a pratiche esoteriche di gruppo che l'hanno condotta a farsi del male in vario modo e hanno scatenato violenti liti familiari, vista la forte fede cristiana della madre. Conosciamo Elettra, in presenza, accompagnata dalla madre e con difficoltà riusciamo a coinvolgere il papà e Claudio, il fratello maggiore di Elettra. Il primo, dedito al lavoro, è sempre in trasferta mentre Claudio, studente di Giurisprudenza, ha lasciato da un

anno Milano chiedendo un trasferimento a Padova per continuare gli studi lì e di rado rientra in famiglia.

Dopo le prime sedute conoscitive, inizia il "lockdown" e decidiamo di proporre un "e-family therapy", cercando una strada per ridurre quelle impercorribili distanze. Non senza perplessità iniziali, avviamo le sedute su una piattaforma online dove entrambi i coterapeuti si connetteranno dai propri studi casalinghi, Elettra e la madre dal proprio salone, il padre dalla Germania ed il fratello dall'abitazione di Padova.

Ripercorrendo insieme alcune delle vicende familiari, si è riusciti a muovere corde emotive e riconnettere tra loro i membri della famiglia. Tutto ciò ha permesso la riattivazione del padre all'interno della famiglia e la ricostruzione di una vicinanza tra Claudio ed Elettra, la quale, forte di un buon esempio fraterno, è riuscita ad imboccare nuove strade, meno distruttive, per emanciparsi.

Senza l'ausilio di questi nuovi strumenti di connessione saremmo riusciti ad aiutare Elettra e la sua famiglia?

Alì è un bambino di dieci anni, nato a Milano ma di origine egiziana, in carico all'UONPIA, dove svolgo il mio tirocinio, per difficoltà comportamentali legate al contesto scolastico e atteggiamenti oppositivi-provocatori: fatica ad adattarsi all'ambiente agendo modalità di interazione disfunzionali, non rispetta le indicazioni e le regole del contesto, risulta "indietro" rispetto ai suoi compagni e con limitate capacità attentive. Questo malessere può essere ricondotto anche alla sua infanzia che, dai suoi racconti e dai colloqui con i genitori, pare essere stata particolarmente turbolenta, passando dall'Italia all'Egitto per poi tornare a vivere in Italia. Gli viene dunque affiancata un'insegnante di sostegno, senza la quale non riesce assolutamente a lavorare in autonomia.

Iniziamo così a novembre 2018 un percorso di sostegno, che ha previsto incontri sia con il bambino da solo sia con i genitori e Alì, inizialmente con cadenza settimanale e successivamente ogni quindici giorni.

Ma che cosa si è andato a modificare nella pratica con l'introduzione dei colloqui online, resisi necessari a causa del Coronavirus?

Innanzitutto, Alì non possiede un computer né una connessione internet a casa; di conseguenza utilizziamo un telefono cellulare; non solo, ma il telefono in questione non è suo bensì di sua mamma. Questo aspetto complica non solo il contesto nel quale effettuiamo i nostri colloqui, ma anche la comunicazione che viene sempre, almeno inizialmente, mediata da qualche messaggio per organizzare la videochiamata. Si ha come l'impressione di disturbare e si vuole essere certi che ciò non avvenga.

In secondo luogo, da quando è iniziata la terapia online, non mi è stato possibile effettuare un colloquio solo con i

genitori di Ali, "perdendo" così una parte importante del lavoro. Questa impossibilità è dovuta a una duplice ragione: la presenza del bambino in casa, che non ha permesso un dialogo aperto, e l'esistenza di due sorelle più piccole di Ali che ha portato la madre ad occuparsi prevalentemente di loro 24 ore su 24, sottraendola alla possibilità di partecipare all'incontro. Di conseguenza, si sono dovute adottare altre strategie per poter condividere alcuni contenuti con i genitori, come le telefonate, che però hanno amplificato la sensazione di poca fluidità nel lavoro.

Non è poi da sottovalutare l'età di Ali: se dal vivo la nostra relazione e comunicazione era principalmente mediata dal gioco, che permetteva a lui di aprirsi e a me di raccogliere informazioni, ma anche di affrontare tematiche rilevanti con leggerezza e naturalezza (grazie al valore simbolico del gioco), con i colloqui online questo aspetto si è sbiadito ed è sfumato, se non in casi particolari.

L'alternativa, quella di relazionarsi con Ali solo attraverso il parlato, non si è sempre dimostrata l'arma vincente, facendo nascere in me la sensazione che si fosse rotto un ingranaggio della nostra alleanza e/o che stessi forzando l'interazione, spesso confermata dal suo silenzio e dai suoi commenti sul tempo mancante alla fine della seduta.

Infine, ho notato una maggiore distraibilità nel bambino: l'essere a casa, circondato dalle proprie cose, immerso nei propri spazi e senza la presenza fisica di una persona che potesse contenere le sue spinte esplorative, ha fatto sì che le sedute perdessero di fluidità e fossero interrotte continuamente da qualche domanda inappropriata, da qualche richiamo o da qualche sparizione per andare a fare o a prendere non si sa bene cosa.

Tirando le fila, ho percepito una maggior fatica e anche una certa dose di frustrazione nel fronteggiare i cambiamenti intercorsi nella nostra relazione, dovuti a un mutamento obbligato del contesto. Anche perché discutere del "processo" e non del contenuto degli incontri con un bambino di dieci anni non risulta affatto semplice: le riflessioni proposte al paziente sul qui-e-ora, per seguire il consiglio di Yalom (2014), non sono state di facile attuazione. Come ho gestito dunque questi imprevisti? Sinceramente, penso e spero nel migliore dei modi possibili

Donata è una ragazza di diciassette anni che arriva in UONPIA a settembre 2019 per effettuare una valutazione, necessaria per richiedere l'invalidità all'Inps. La valutazione mette in luce un funzionamento cognitivo al di sotto della media e una tendenza a deflessione dell'umore, per lo più reattiva a problematiche familiari. Vista la preoccupazione materna e il bisogno della figlia, di cui la madre si fa portavoce, di parlare con qualcuno, si propone un percorso di sostegno fino al compimento della maggiore età di

Donata (aprile 2020), con un successivo accompagnamento ad altro servizio.

Inizia così a novembre 2019 un lavoro di supporto psicologico, che mette in luce alcune fragilità della ragazza soprattutto per quanto riguarda l'autostima e la capacità di gestire le proprie emozioni. Donata è spigliata nel racconto e loquace, ma non mancano momenti di tristezza, accompagnati dal pianto, e di difficoltà espressiva legata ad alcune tematiche relazionali.

Ecco che, improvvisamente, arriva però la comunicazione di sospendere le terapie dal vivo e di procedere, se possibile, con i colloqui online.

Il passaggio dalle sedute vis a vis a quelle online non ha complicato più di tanto il lavoro: forse perché Donata è abituata ad utilizzare le tecnologie, forse perché c'è stata maggior naturalezza nel continuare online, rispetto al caso precedente, forse perché è stato possibile affrontare con lei qualche riflessione più strutturata sulle implicazioni di questo cambiamento. In ogni caso, ho percepito come salda la nostra relazione, il che mi ha fatto pensare di aver instaurato con Donata una buona alleanza terapeutica.

Il contenuto e le modalità delle comunicazioni non si è eccessivamente modificato e non ho sperimentato una maggiore chiusura o apertura da parte sua nel riportarmi i temi importanti di cui desiderava parlare.

Ho notato però un cambiamento nel linguaggio non verbale: una mancanza di "contegnò" o meglio una maggior informalità nel suo modo di vestirsi, di atteggiarsi, di compiere piccoli gesti abitudinari (come ad esempio spruzzarsi il deodorante in diretta!). Devo ammettere che se da un lato questi comportamenti mi hanno fatto sorridere, dall'altro mi sono sembrati poco rispettosi del contesto e della mia professionalità, come se fossi stata messa al livello di "amica con cui fare due chiacchiere"; ho avuto tuttavia la possibilità di condividere con lei questo pensiero e di ragionarci assieme, per quanto in modo semplice, ed è stato un processo sicuramente arricchente e interessante, per me ma anche per l'andamento della terapia in generale.

Per concludere, l'esperienza online con Donata è stata da me vissuta come molto positiva e ho trovato in questa modalità un alleato e non un antagonista. Nonostante le insicurezze legate alla necessità di dovermi destreggiare in un nuovo ambito, ho avuto modo di sperimentarmi e mettermi in gioco e credo che questo si sia riflesso sulla paziente e in generale sui nostri colloqui.

Enrico, 22 anni, arriva in consultorio dove svolgo tirocinio nell'inverno del 2018. Racconta di avere forti stati d'ansia legati alla prestazione universitaria e alla difficoltà di interagire con i compagni. Si sente diverso, e non trova nulla in comune con i suoi coetanei. Inoltre non riesce ad imporsi,

soprattutto all'interno del contesto lavorativo; questo lo porta a doversi fermare molte ore in ufficio, e a concedere favori e aiuti ai colleghi, che esulano dalle sue competenze. Tutto questo gli fa trascurare i propri impegni, sia personali che di studio. Iniziamo un percorso di sostegno psicologico.

Enrico ha spesso saltato le sedute, proprio a causa della sua difficoltà di dire di no al capo e ai colleghi. Sovente non riusciva ad uscire in orario dall'ufficio, e molte volte siamo stati costretti a rimandare i nostri incontri.

Con l'inizio della pandemia, nel mese di febbraio abbiamo abbandonato il consultorio, e le sedute sono proseguite tramite la modalità online. Tutto è cambiato notevolmente durante il lockdown. Enrico ha accettato volentieri di proseguire le sedute online, e siamo stati in grado di mantenere una buona costanza nei nostri incontri. Ciò ha permesso il rinsaldarsi della nostra alleanza e ha reso maggiormente fruttuoso il nostro lavoro.

Un altro aspetto che si è modificato attraverso questa modalità è stato il modo di interagire tra Enrico e me. La distanza che lo schermo ha posto tra noi gli è stata utile, è riuscito a trattare temi delicati, fonte di grande ansia e imbarazzo per lui. Ciò che ho sentito è stato un cambiamento nella nostra relazione, lo scioglimento di alcuni nodi legati ben stretti, difficili da districare e persino da prendere in considerazione durante le sedute in presenza. Enrico, nella propria casa, nella propria città natale, ha trovato la giusta distanza dalla terapia, per poter affrontare ciò che per lui era addirittura innominabile.

Ho potuto sperimentare in prima persona la dinamica del triangolo teorizzato da Watzlawick: il contesto è cambiato, dalle sedute in presenza alle sedute online, permettendo una comunicazione costante e maggiormente libera, sia da parte di Enrico che mia. Questo ha fatto sì che la nostra relazione (e la nostra alleanza) diventasse più solida.

5. UNO SGUARDO AL FUTURO

Alla luce di quanto emerso dal nostro viaggio nel mondo della terapia online, ci sembra doverosa una riflessione finale circa i pro e i contro di questa modalità e la sua futura evoluzione. Certamente la possibilità di lavorare da casa ci permette una maggiore comodità durante la seduta. Inoltre permette una migliore gestione del tempo durante la giornata. Se questo può essere considerato un vantaggio, è anche vero, però che vengono a mancare momenti molto importanti, come uno spazio di riflessione circa la seduta che sta per iniziare o che è appena terminata.

Un altro punto di forza di questa modalità è rappresentata dalla possibilità di essere reperibili anche in momenti "critici", come ad esempio durante le festività o la pausa estiva. Alcuni pazienti traggono beneficio dall'avere la

percezione che il terapeuta rappresenti una "base sicura", riprendendo le parole di Bowlby (1989). Questo però gioca un ruolo di "arma a doppio taglio" in quanto si corre il rischio che ci sia uno scambio tale da creare un "call center" psicologico attivo h 24. Per questo motivo è importante definire confini e tempi consoni, in modo da preservare l'integrità del setting.

Ponendoci su un piano prettamente relazionale, abbiamo visto come lo schermo non risulti un limite all'interazione tra terapeuta e paziente, soprattutto in percorsi già avviati e che vantano una buona alleanza.

D'altra parte bisogna confrontarsi con le resistenze e difficoltà di alcuni pazienti (e terapeuti) sia pratici che emotivi. Il primo contatto con ciò che lo schermo comporta, richiede un adattamento, che non sempre ha buon esito.

Per il futuro, ci auguriamo che la terapia online non venga utilizzata solo come strumento di "difesa", come alternativa in caso di necessità, ma che venga integrata nella pratica tradizionale, per incrementare la qualità della relazione con il paziente e perché possa essere raggiungibile da chiunque ne abbia bisogno.

In ultimo, ci piacerebbe portare alcuni interrogativi come interessanti spunti per un confronto riguardo al futuro della nostra professione.

- Quando l'emergenza Coronavirus sarà terminata come ci comporteremo?
- Torneremo alla terapia in presenza, oppure continueremo con quella online?
- Lasceremo decidere il paziente?
- La terapia online può essere utilizzata non solo come mezzo di "emergenza", ma anche come mezzo integrato alla terapia tradizionale per portare avanti la pratica professionale?
- Una volta rientrati in studio, sarà importante riflettere sull'esperienza online fatta e su cosa essa abbia significato per entrambi?

BIBLIOGRAFIA

Alleman J.R. (2002). Online counseling: the Internet and mental health treatment. *Psychotherapy*, 39: 199-209.
American Psychological Association APA (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. Testo disponibile al sito: <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
Consultato maggio 2020.

- Basile A. (2020). La concentrazione gestaltica nelle terapie via web.
 Testo disponibile al sito: <https://www.nvagt-gestalt.org/wp-content/uploads/2020/03/articolo-Idee-in-Psicoterapia.pdf>
 Consultato giugno 2020.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J. and Weakland J.H. (1956).
 Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, (4): 251-264.
- Birgit K., Grey N., Wild J., Nussebeck F.W., Stott R., Hackmann A., Clarck D.M. and Ehlers A. (2013). Cognitive change predicts symptom reduction with Cognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Bowlby J. (1989). Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Raffaello Cortina Editore.
- Bozzaotra A., Cicconi U., Di Giuseppe L., Di Iullo T., Manzo S. e Pierucci L. (2017). Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web. Testo disponibile al sito: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici DEF interno-LR.pdf>
 Consultato maggio 2020.
- Brignoli R. (2020). L'intelligenza artificiale al posto dello psicologo: Eliza. Testo disponibile al sito: <https://www.animafaarte.it/lintelligenza-artificiale-al-posto-dello-psicologo-eliza/> Consultato 20 maggio 2020.
- Cantrini L. (2020). Lo psichiatra Cantrini: "Questo è il tempo della cura non dell'odio" in: Fiori S. Primo piano: il contagio dell'anima. *La Repubblica* 29 marzo 2020.
- Cannistrà F. (2017). Ma la psicoterapia online è efficace? Testo disponibile al sito: <https://www.lostudiodellopsicologo.it/psicologia/psicoterapia-online-efficace/> Consultato maggio 2020.
- Centro Medico Santagostino (2019). La psicoterapia online non è tutta fuffa. Se integrate con la psicoterapia tradizionale, le nuove tecnologie possono essere di aiuto ai pazienti con disagio psicologico. *Il Post*. Testo disponibile al sito: <https://www.ilpost.it/2019/10/02/psicoterapia-online/>
 Consultato giugno 2020.
- Chiricozzi F.R., (2020). La psicologia online: vantaggi, svantaggi ed efficacia. Testo disponibile al sito: <https://psicologaromanord.com/la-psicologia-online-vantaggi-svantaggi-ed-efficacia/> Consultato giugno 2020.
- Cipolletta S. (2015). Quando la relazione è online. Riflessioni su sedute terapeutiche via Skype. Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova *Costruttivismi*, 2: 78-87.
- Cohen G.E. and Kerr B.A. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services*, 15: 13-26.

- Di Cosmo C., (2016). La psicoterapia oggi si fa online. Testo disponibile al sito: <http://cinziadicosmo.it/la-psicoterapia-oggi-si-fa-online/> Consultato maggio 2020.
- Eissler K.R. (1953). Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia delle scienze umane* 981, XV, 2: 50-79.
- Fink J. (1999). How to use computers and cyberspace in the clinical practice of psychotherapy. Northvale, NJ: Aronson.
- Franzoni L. (2021). La psiche ai tempi di coronavirus. "Vedo il mio psicologo su skype": l'exploit delle sedute online. Testo disponibile al sito: <https://www.elle.com/it/emozioni/psicologia/a35199502/psicologo-online-sedute-terapia/> Consultato febbraio 2021.
- Germani R. e Segalini B. (2020). Psicoterapia online e Covid-19: tutto quello che c'è da sapere. *La finestra sulla mente*. Testo disponibile al sito: <https://psiche.santagostino.it/2020/03/31/psicoterapia-online-efficacia/> Consultato maggio 2020.
- Giacobbi M. (2017). Gli effetti della psicoterapia online nel trattamento clinico della depressione. *State of Mind*. Testo disponibile al sito: <https://www.stateofmind.it/2017/02/psicoterapia-online-depressione/> Consultato maggio 2020.
- Giuliani M. (2019). La terapia online. In: Barbetta P. e Telfener U., a cura di, *Complessità e psicoterapia*. Cap XI.
- Goisis P.R. (2020). Dottore mi sente? Terapeuti e pazienti sul filo della rete. Webinar OPL 15 aprile 2020. Video disponibile al sito: <https://www.youtube.com/watch?v=hRvE6CxJuc> Consultato 20 aprile 2020.
- Jedlicka D. and Jennings G. (2001). Marital therapy on the Internet. *Journal of Technology in Counseling*, 2: 1-15.
- Klein B. and Richards J.C. (2001). A brief Internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 29:113-117.
- Lange A., Van de Ven J.P., Schrieken B. and Emmelkamp P.M.G. (2001). Interapy. Treatment of post-traumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2: 73-90.
- Lingiardi V. e Giovanardi G. (2020). *Terapie e terapeuti online*. Il sole 24 ore 1 aprile 2020.
- Mancuso F. (2019). La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico* 16, 2, 193-207. Giovanni Fioriti Editore.
- Marsigli N. (2020). Come cambia la psicoterapia a tempi del Coronavirus. Testo disponibile al sito: <https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/come-cambia-psicoterapia-tempi-coronavirus/> Consultato maggio 2020.

- Mattioli P. (2020). Il Coronavirus tiene lontani psicologi e pazienti, ma la terapia online copre le distanze. Il fatto quotidiano. Testo disponibile al sito: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/04/19/il-coronavirus-tiene-lontani-psicologi-e-pazienti-ma-la-terapia-online-copre-le-distanze/5773827/> Consultato maggio 2020.
- Mazzucchelli L. e il Gruppo di Lavoro "Psicologia e nuove tecnologie". (2012). Kit pronto all'uso per lo psicologo on-line. Testo disponibile al sito: https://www.opl.it/public/files/3752-Kit_psicologo_on-line_20160616-1.pdf Consultato maggio 2020.
- McWilliams N. (2020). Psicoterapia durante una Pandemia. Testo disponibile al sito: <https://www.oprs.it/psicoterapia-durante-una-pandemia-nancy-mcwilliams/>. Consultato giugno 2020.
- Migone P. (2003). La psicoterapia con internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVII, 4: 57-73. Testo disponibile al sito: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm> Consultato giugno 2020.
- Ordine Psicologi Lombardia OPL (2012). Stato dell'arte della ricerca scientifica sulle prestazioni psicologiche a distanza al 2012. Testo disponibile al sito: <https://www.opl.it/come-fare-per/Stato-dell-arte-della-ricerca-scientifica-sulleprestazioni-psicologiche-a-distanza-al-2012-.php?t=3729> Consultato maggio 2020.
- Perviani S. (2018). Cosa ne pensano le persone della Digital Health? Testo disponibile al sito: <https://www.vidiemme.it/cosa-pensano-della-digital-health/2018> Consultato giugno 2020. gianni cambiaso
- Robinson P.H. and Serfaty M.A. (2001). The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review*, 9: 182-193.
- Rochlen A.B., Zack J.S. and Speyer C. (2004). Online Therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical Psychology* 60, 3: 269-283.
- Santhiveeran S.S., Gaurav R., Raj A. and Balutkar A. (2014). U.S. Patent Application No. 15/306, 571.
- Scala N. (2020). La terapia online: potenzialità, limiti, efficacia e implicazioni etiche. Testo disponibile al sito: <https://www.guidapsicologi.it/articoli/la-terapia-online-potenzialita-limiti-efficacia-e-implicazioni-etiche> Consultato maggio 2020.
- Spagnuolo Lobb M. (2020). Intervista in: La concentrazione gestaltica nelle terapie via web. Basile A. 2020. Testo disponibile al sito: <https://www.nvagt-gestalt.org/wp-content/uploads/2020/03/articolo-Idee-in-Psicoterapia.pdf> Consultato giugno 2020.
- Sperduti M., Guionnet S., Fossati P. and Nadel J. (2014). Mirror Neuron System and Mentalizing System connect during

- online social interaction. Testo disponibile al sito:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24414614/> Consultato
 maggio 2021.
- State of Mind (2018). Psicoterapia e interventi online: efficacia, alleanza terapeutica, orientamenti teorici e implicazioni etico-legali. Testo disponibile al sito:
<https://www.stateofmind.it/2018/09/psicoterapia-online-efficacia/> Consultato maggio 2020.
- Stofle G.S. (2001). Choosing an online therapist: A step-by-step guide to finding professional help on the web. White Hat Communications.
- Thompson R.B. (2016). Psychology at a Distance: Examining the Efficacy of Online Therapy. Portland State University.
- Watzlawick P., Beavin J.H. and Jackson D.D. (1967). Pragmatica della comunicazione umana. Tr.it. Astrolabio, Roma 1971.
- Weizenbaum J. (1966). Eliza: a computer program for the study of natural language communication between man and machine. Massachusetts Institute of Technology Department of Electrical Engineering Cambridge, Mass. Communications of the ACM Volume 9, Number 1: 36-35.
- Yalom I.D. (2014). Il dono della terapia. Neri Pozza Editore, Vicenza.
- Yeomans F. (2020). Intervista OPL 2 aprile 2020. Video disponibile al sito:
<https://www.youtube.com/watch?v=bzJVwG3NlBg> Consultato
 maggio 2020.

REINVENTARE IL COLLAGE: ADATTAMENTI DELLO STRUMENTO IN TERAPIA, IN CONTESTI FORMATIVI E AI TEMPI DEL COVID-19

Lia Giaveri¹

RIASSUNTO. Il presente elaborato intende approfondire il collage come tecnica espressiva versatile. Il suo utilizzo viene descritto all'interno di varie sperimentazioni cliniche di prese in carico individuali, adattando lo strumento a tematiche relative ad aree della vita del paziente. Viene anche illustrata la possibilità di declinare il collage in contesti formativi per operatori sociali oltre che la sua trasformazione in un formato digitale, a causa delle rimodulazioni dovute alla pandemia da covid-19 in corso.

SUMMARY. This paper intends to deepen collage as a versatile expressive technique. Its use is described in various clinical trials of individual care by adapting the tool to issues relating to areas of the patient's life. It also illustrates the possibility of declining the collage in training contexts for social workers beyond its transformation into a digital format, due to the remodeling due to the ongoing covid-19 pandemic.

PAROLE CHIAVE: collage, tecniche espressive, psicologia, formazione, covid-19, sperimentazione.

1. INTRODUZIONE

*Pensare esige immagini e le
immagini contengono pensiero.*
Rudolf Arnheim

Durante la mia formazione in psicoterapia ho sperimentato con grande beneficio l'utilizzo di tecniche espressive ed esperienziali, che permettono di far emergere nell'autore, che sia paziente o operatore sociale in formazione, una connessione tra il canale non verbale e quello verbale (Caillé e Rey, 2004). Tra le varie tecniche espressive la scelta del collage è emersa in modo naturale, il quale permette di sfruttare la componente immaginativa del pensiero umano, presente nei ricordi conservati nella memoria di ognuno di noi. Inoltre attraverso il collage è possibile mettere in scena la fiaba interiore di ognuno, accedendo all'immaginario personale dell'autore, lasciando tuttavia intatte le sue difese, abbassandone quindi le resistenze.

Questo strumento è stato da me studiato e utilizzato inizialmente nella sua formulazione documentata in letteratura (Caillé e Rey, 2004; Borella, 2016), si è prestato

¹ Psicologa, Psicoterapeuta

poi a vari adattamenti in funzione delle specificità dei pazienti in modo versatile. Le sperimentazioni descritte di seguito riguardano sia l'utilizzo individuale all'interno di un percorso di presa in carico, che in un contesto di gruppo, durante una formazione per educatori all'interno di un'associazione inserendolo in una metodologia di supervisione sperimentata durante la mia formazione personale, potenzialità mostrata anche da vari autori (Biffi e Zuccoli, 2016).

Infine presenterò il tentativo di attualizzare lo strumento alla presa in carico da remoto, che ha visto il mutare del setting tradizionale a causa dell'emergenza sanitaria in corso per la pandemia covid-19, sperimentato sia in una presa in carico individuale, che in un contesto di supervisione di gruppo.

1. LA TECNICA DEL COLLAGE

Come strumento artistico il collage nasce all'inizio del novecento, aprendo a un momento storico-culturale di sperimentazione, che offriva libertà espressiva attraverso l'uso di materiali insoliti e inusuali.

Il collage permette a chi lo compone di delegare all'immagine la comunicazione di emozioni profonde, sfruttando il suo grande potere immaginativo ed evocativo. Nelle arti terapie quindi il collage si inserisce nell'area più ampia dei mediatori visivi, come strumenti di conoscenza di sé, di espressione e di consapevolezza emotiva (Adiutori, 2011).

Un punto a favore della scelta di questa tecnica è, come sostiene Littmann, la possibilità di ricercare attraverso le immagini il potere della metafora, che risiede nella sua capacità di raggiungere una componente affettiva della personalità, che comunemente è troppo ben difesa per essere raggiungibile (De Bernart, 2010).

Una delle caratteristiche del collage come strumento è la "composizione", intesa come disposizione di elementi visivi organizzati in una struttura, in modo che la dinamica risultante rispecchi il significato della dichiarazione che l'artista, in questo caso il paziente o l'operatore, vuole visualizzare sulla natura delle cose raffigurate (Arnheim, 2007).

1.1 Procedura e consegna

La procedura per adolescenti e giovani adulti descritta da Borella (2016) prevede due fasi: la prima di presentazione e realizzazione del compito, che può avvenire sia in studio che a casa, mentre la seconda di elaborazione verbale dell'elaborato.

Consegna

Viene effettuata una breve presentazione dello strumento e la consegna dei materiali: un foglio in formato A3, giornali e riviste, forbici, colla, matite e pennarelli colorati. Si fornisce al paziente un tempo congruo di circa 30 minuti, invitandolo a scegliere le immagini che più lo colpiscono nel qui e ora della seduta, operando una scelta istintiva e poco ragionata (De Bernart, 1995).

La consegna può essere declinata in funzione della fase di presa in carico, consultazione o terapia avviata, e delle tematiche che si vogliono esplorare (Borella, 2016):

1. "L'immagine che hai di te stesso, le tue caratteristiche e le risorse che ti caratterizzano";
2. "Desideri, aspettative, obiettivi per il futuro e risorse percepite in te stesso utili a realizzare gli obiettivi indicati";
3. "Come immagini il tuo futuro, con i tuoi desideri e le tue paure";
4. "L'idea che ti sei fatto del problema che hai portato qui, i pensieri e le emozioni che associ".

L'elaborazione del collage

Il terapeuta guida il paziente nella presa di contatto, nell'espressione di emozioni e pensieri connessi (Caillé e Rey, 2004). Gli elementi rilevanti in merito al processo, che il terapeuta osserva durante l'elaborazione, sono: segnali di sicurezza/insicurezza rispetto alle proprie capacità di portare a termine il compito (Attili, 2007); modalità impulsive o metodiche nella selezione dei materiali, che riflettono tratti significativi della personalità del paziente; la capacità di stare o meno nel contenitore della richiesta data.

Durante il confronto con il paziente è utile guidare la riflessione sulle singole immagini: individuare la figura preferita e quella fuori posto, eventuali ridondanze, il grado di realismo/idealizzazione delle immagini, la polarità di dipendenza versus autonomia, la specifica fase del ciclo di vita, il grado di congruenza fra la rappresentazione e la fase vissuta dal paziente (Borella, 2016).

1.2 Adattamenti introdotti

In aggiunta ai materiali classici sopra esposti ritengo importante fornire dei materiali che costituiscano dinamismo e una tridimensionalità all'elaborato (come si può osservare nel collage di gruppo degli educatori riportato nel paragrafo 3.2): stoffe, fili di lana o nastri di raso, scotch e piccoli utensili di plastica.

La scelta degli adattamenti descritti per i casi clinici, ha riguardato la possibilità di declinare la formulazione del collage secondo tematiche emergenti durante la presa in

carico, utilizzando l'elaborato come agente stesso del cambiamento e di conoscenza di sé per ogni paziente, in un clima di assenza di giudizio e accoglienza. La possibilità di proporre il collage dopo varie sedute ha permesso di identificare questi contenitori tematici, che rispecchiassero tratti distintivi della storia del paziente. Per Vera "un cappotto" che metaforicamente si è costruita durante una vita faticosa e itinerante presso vari parenti. Per Candida, che soffriva della distanza che portava nelle relazioni con l'altro, ma che al tempo stesso la proteggeva se stessa strutturandone la personalità (Selvini, 2008), una "fortezza/cittadella fortificata". Per Tania l'esplorazione del futuro e la scelta dell'università, baipassando la tendenza a criticare ogni aspetto di sé per poi sentirsi bloccata nella sua indecisione.

Inoltre l'utilizzo del collage è una tecnica che si adatta trasversalmente a più tipologie di persone e contesti (Adiutori, 2011). Da qui la sperimentazione in altri contesti rispetto alla pratica clinica, come in formazioni/supervisioni destinate a gruppi di operatori della relazione d'aiuto (Biffi e Zuccoli, 2015). Declinando lo strumento in un contesto di gruppo, è importante che lo psicologo consideri tempi più ampi per la realizzazione e la successiva rielaborazione, che avverrà singolarmente a turno per ogni membro, definendo un contesto di sospensione del giudizio per facilitare l'alleanza e facilitando un rispecchiamento positivo da parte dei membri del gruppo.

2. ESPERIENZE CLINICHE VIS-À-VIS

Il contesto è quello di un servizio pubblico di Milano, dove ho svolto il tirocinio curriculare in psicoterapia. La presa in carico è stata individuale e in entrambi i casi riportati di seguito le pazienti sono giovani donne, la cui richiesta di un sostegno psicologico è avvenuta spontaneamente.

2.1 Il caso di Candida: il sé come fortezza

Candida, 18 anni compiuti appena prima di chiedere un percorso psicologico, si presenta sempre vestita di nero e coi capelli ogni volta di un colore diverso, suona la batteria in una rock band, ha un tono di voce basso, parla poco a le labbra serrate o mordendole come a voler controllare ogni singola parola. Risponde a monosillabi alle domande in fase di consultazione e riporta una certa distanza emotiva nelle relazioni con l'altro verbalizzando "non mi apro così spesso", percepita anche attraverso la settima porta delle emozioni del terapeuta (Cirillo, Selvini e Sorrentino, 2016). Accetta di convocare la madre per raccontare qualcosa della sua infanzia e di sé, appare curiosa e spaventata allo stesso

tempo. La madre parla di una bambina molto tranquilla, selettiva nelle amicizie già all'asilo, poche ed esclusivamente femminili a tutt'oggi. Le maestre segnalavano già alle elementari che piangeva da sola quando le accadeva qualcosa di brutto e nei momenti sociali, come spettacoli o recite, era sempre in fondo e nascosta dagli altri. È stata una figlia molto cercata, secondogenita dopo un maschio, con il quale aveva sempre faticato dalla nascita. Riferisce che la figlia non dissentiva mai a differenza del fratello, questo permette a Candida di verbalizzare "avevo paura che vi arrabbiaste con me", ricollegando la paura costante del giudizio che sente nei contesti sociali. Un primo periodo di crisi è identificato con il passaggio dalle medie alle superiori, con un calo di prestazione e una fatica nell'attivare una richiesta d'aiuto, le poche amiche che aveva hanno deciso di frequentare altre scuole e ha vissuto questo come un momento di forte solitudine, si in cui si sono presentati anche pensieri suicidari. Grazie a una presa in carico psicologica, su attivazione della madre, questi pensieri sono poi scomparsi, lasciando lo spazio per la creazione di nuovi legami amicali nel contesto-classe.

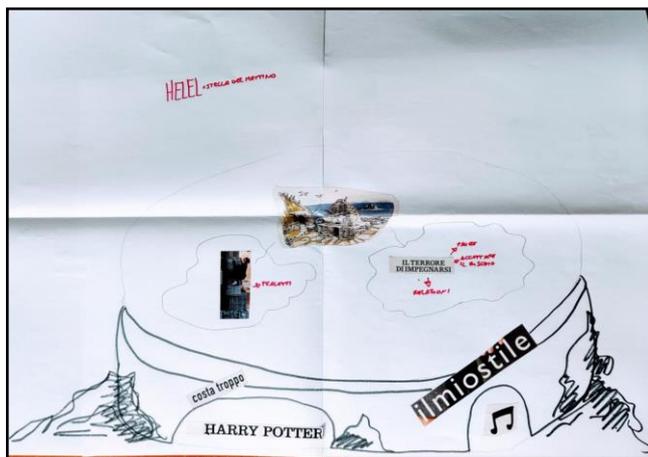
Candida riconosce di appoggiarsi alla madre, raccontando in questo di somigliare al padre, il quale sarebbe migrato nel nord Italia a patto che la madre di Candida gli avesse trovato un lavoro, egli ha inoltre interrotto i rapporti con la sua famiglia d'origine a seguito della morte del fratello alcolista, con il quale aveva un pessimo rapporto, che è stata affrontata in solitudine con profonda tristezza e chiusura. Aprendo la porta del trigerazionale emerge come di fronte alle difficoltà relazionali o a eventi stressanti abbia appreso a distaccarsi e a vivere la tristezza con estrema solitudine, senza trovare un canale di condivisione con l'altro, dichiarando che solo "mia madre si accorge se qualcosa non va ma io non glielo dico".

Questo atteggiamento, che rimanda a uno stile di attaccamento evitante, in adolescenza in una fase di allontanamento dalle figure genitoriali e di avvicinamento al gruppo dei pari, la porta a sperimentare una fatica comunicativa del suo mondo interiore e fa riemergere con forza la paura del giudizio. Condividendo questa ipotesi con la paziente, ho proposto un collage che metaforicamente rappresentasse il suo sé come una cittadella/fortezza, che delimitasse il rapporto con l'altro.

Osservando Candida mentre compone il collage noto che seleziona accuratamente il materiale in un tempo molto lungo e in silenzio: solo due immagini e alcune scritte come parole-chiave. Nella rielaborazione del collage riferisce di aver scelto "il nuraghe" poiché da grande vorrebbe "avere una casa nel nulla per stare lontano da tutti", riferisce alcune cose che riguardano lei stessa, come i progetti rappresentati da una persona che "scala una vetta", mentre rispetto alle

amicizie riporta le frasi "paure, accettare il rischio, relazioni". Inoltre in basso si notano quelli che definisce due portoni di accesso alla cittadella, uno a sinistra che lei racconta come più "superficiale", identificato come quello più comune dove cerca di adeguarsi alle richieste delle persone che la circondano, mentre a destra uno più autentico identificato con "il mio stile", di più difficile accesso e solo per pochi eletti.

Il titolo scelto è "Helel", definito come Lucifero o stella del mattino, che contiene in sé una tendenza depressiva e un senso di solitudine che sperimenta spesso nella sua vita. Questo elaborato ha permesso all'interno della relazione psicologica, di focalizzarci sul desiderio di entrare in contatto con l'altro in modo maggiormente autentico, sul bisogno di rispettare la sua natura e di poter condividere i suoi obiettivi in ottica evolutiva, arrivando infine a una maggiore consapevolezza di Candida in merito al suo funzionamento.



2.2 Il caso di Vera: la sua storia come un abito

Vera, 30 anni, si presenta in consultorio narrando di essere da poco uscita dalla casa paterna per andare a vivere in autonomia con delle coinquiline coetanee e di una relazione di coppia fallita, dopo la quale è fuggita per alcuni mesi in un'isola delle Egadi. Inoltre riferisce una sintomatologia ansiosa egodistonica che si presenta quando è in un luogo chiuso, ad esempio quando prende la metropolitana.

Lavora nella moda come assistente stilista e porta una grande frustrazione nel rapporto con il suo capo, con la quale rimette in atto la dinamica della fuga, quando si trova in difficoltà; invece che confrontarsi con la datrice di lavoro sparisce e non le risponde al telefono per giorni. Da subito porta una situazione familiare confusa: la madre, paziente

affetta da bipolarismo in carico al CPS da sempre, l'ha abbandonata subito dopo la nascita e si è ripresentata a lei solo dopo vent'anni; mentre il padre, unica figura genitoriale, ha vissuto con lei in momenti discontinui lungo la sua vita affidandola per dei periodi a varie sorelle, per poi riprenderla con sé solo dopo i 10 anni, in concomitanza con l'inizio di una relazione sentimentale che lo ha reso "assente" affettivamente per la figlia, sperimentando una grande rabbia.

Vera ha un fratello maggiore di 8 anni, con il quale è molto legata, ma sente di aver avuto una vita completamente diversa dalla sua, poiché non è stato affidato alle zie paterne e a 18 anni si è trasferito in un'altra città per motivi di studio. Durante la presa in carico emerge una sua forte sofferenza riguardo al rapporto con le figure genitoriali, che permette a Vera di confrontarsi con il fratello e di colmare dei vuoti nei suoi ricordi riguardo alla loro storia infantile. Aprendo la porta dell'attaccamento si può evincere come Vera mostri una disorganizzazione, a causa di due figure genitoriali poco accessibili e a continui riadattamenti in base alla zia con cui viveva in quel momento storico della sua vita (Cirillo, Selvini e Sorrentino, 2016).

La disorganizzazione nelle reazioni primarie ha portato a strategie di coping limitate e un accesso preferenziale ad adattamenti post-traumatici, come la fuga alle Egadi o dalle telefonate del capo/padre (Herman, 1992). Questo è confermato anche dalle emozioni di impotenza e il bisogno di distanziamento di fronte al pianto dell'attuale fidanzato nei momenti di sofferenza, per l'impossibilità di attivare il sistema di attaccamento/accudimento compromesso (Selvini, 2014). Dalla condivisione con la paziente di queste fatiche di riadattamento costante a varie figure di attaccamento più o meno disponibili, ritrovandosi sempre di più a contare sulle sue sole forze, e grazie alla sua passione per la moda è nata la metafora del vestito, come un abito che le ha permesso di affrontare in modo resiliente le avversità vissute, da qui il suo tema del collage.

Durante la ricerca delle immagini, Vera sceglie quelle che attivano emozioni forti in lei e parole chiave che riguardano la sua vita: il "desiderio" che muove le sue passioni, "una storia da film" come la sua storia autobiografica, "ho fatto una salita pazzesca" come la motivazione e la relativa fatica nell'intraprendere un percorso psicologico, in cui riprendere in mano gli eventi della sua vita, "per amore o per dovere" come l'ambivalenza delle zie che l'hanno tenuta con sé durante l'infanzia, "per ritrovare se stessi non bisogna andare lontano" ma ritrovare elementi della propria quotidianità creando un nuovo equilibrio, aggiungendo a mano sul foglio "voglia di riscatto" che la motiva a volere di più per se stessa, affrontando un percorso di consapevolezza che le

permetta di vedere le carenze che l'hanno accompagnata durante l'infanzia.



Come immagini sceglie delle scarpe di nuvole, che simboleggiano il suo bisogno di evadere a volte dalla realtà, una giacca impermeabile che le permetta di far scivolare via

la pioggia come "avversità della vita", tiene in mano degli alberi con i quali vuole rappresentare "un ombrello", come elemento vitale che la protegga dalla tristezza. I "manicotti di lana" e la "gonna di cuori" li identifica come il calore ricevuto dalla zia che l'ha accolta fino ai 3 anni, affettuosa e molto libera ma senza regole, mentre le "maniche arcobaleno" rappresentano la sua forza d'animo e gioiosità che emerge nelle sue relazioni amicali.

La narrazione che emerge dalla rielaborazione del collage, rappresenta come Vera sia riuscita a cogliere la fase di presa in carico e di cambiamento che sta affrontando, verbalizzando la sua insicurezza sul lavoro (raffigurata nell'immagine in basso a destra), in cui fatica ad accettare i complimenti dei colleghi e i traguardi che ottiene. Si riconosce un'elevata autonomia nel gestire la sua vita, che spesso l'allontana dalla costruzione di relazioni profonde in cui si senta soddisfatta, aprendo sempre alla possibilità di costanti rotture e riparazioni, che avvengono anche in terapia, con appuntamenti rimandati e gli iniziali ritardi costanti, sui quali nel tempo viene confrontata, accorgendosi che rispecchiano la sua fatica nel percorso di cambiamento e la tendenza alla fuga, che a volte ripropone ancora oggi, ma che riesce a riconoscere, chiedendosi come si senta e trovando strategie di confronto più efficaci che la soddisfino.

3. ESPERIENZA FORMATIVA IN PRESENZA

La sfida del lavoro educativo è caratterizzata dal dover sostenere scelte costanti, tendendo costantemente al riadattamento del singolo in relazione agli altri membri dell'équipe. L'obiettivo di un momento formativo o di supervisione, si caratterizza come la possibilità di offrire non solo uno spazio riflessivo sul proprio ruolo e contributo personale, ma anche sulla possibilità di sviluppare maggiore consapevolezza nel proprio agire all'interno del gruppo (Biffi e Zuccoli, 2015).

Quello che ne emerge sono dunque sfaccettature complesse e profonde del proprio lavoro e dell'identità professionale, cercando oltre che alla dimensione del singolo, un senso generale che connetta ognuno in una creazione condivisa, come avviene in ogni gruppo con un obiettivo comune. Le somiglianze tra le dinamiche relazionali familiari, studiate durante la specialità in Psicoterapia sistemico-relazionale presso la Scuola "Mara Selvini Palazzoli", e quelle ascrivibili ad un gruppo di colleghi, come un sistema ecologico mi ha permesso di trasferire con facilità i modelli appresi, inserendo degli elementi di creatività e sperimentazione che caratterizzano il mio approccio di contaminazione (Bronfenbrenner, 2002).

3.1. Inserire il collage in uno stile di supervisione relazionale

Per poter portare la tecnica del collage all'interno di un gruppo di lavoro dovevo prima scegliere uno stile di coinvolgimento del gruppo che facesse da contenitore, rispettando ogni individualità, all'interno di un percorso partecipativo e di rispecchiamento, che valorizzasse le risorse di ognuno. Avendo sperimentato durante la mia formazione da psicoterapeuta la conduzione di supervisioni da parte del dott. Marco Vannotti² e rimanendone affascinata, ho deciso di rimodularla in funzione della numerosità del gruppo e di inserire lo strumento del collage.

Questa modalità di supervisione originariamente prende corpo dalla partecipazione del docente a un corso per medici da lui svolto negli anni '90 a Yale, che poneva al centro l'apprendimento della relazione. Rielaborando poi negli anni quanto appreso, ha deciso di contaminarlo con i concetti alla base della Narrative Therapy di Michael White (semantica, emozioni, ipotesi e metafora), fondati sulla teoria che le persone costruiscano significati relativi a degli eventi di vita attraverso il racconto degli stessi (White, 2009), oltre che alla Tecnica delle Sculture dove "negli individui il corpo si fa teatro di dimensioni psichiche, relazionali e culturali e diventa testimonianza muta di disfunzioni del processo evolutivo del singolo e del gruppo, richiesta implicita di riconoscimento di bisogni affettivi, definizione più chiara delle relazioni familiari" (Onnis, 2005).

Fase 1: preparazione ed esposizione

La procedura consiste nel disporre un gruppo in supervisione/formazione in cerchio, scegliendo chi porta un caso clinico specifico, che dovrà inizialmente indicare la domanda che pone al gruppo e l'emozione con cui la porta.

Il gruppo viene poi suddiviso simbolicamente in quattro quadranti (come nello schema seguente), ogni persona compresa in un quadrante dovrà osservare in modo privilegiato durante l'esposizione del collega le seguenti dimensioni: l'emozione, la semantica, la metafora e l'ipotesi.



Dopo aver diviso il cerchio in sottogruppi, attivando quindi ogni membro del gruppo, colui che porta il caso lo espone sinteticamente in una decina di minuti. Successivamente i

² Psichiatra e psicoterapeuta, insegna Psicoterapia in diversi Centri di formazione in Svizzera, in Francia e in Italia. È didatta della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli" e autore di diverse pubblicazioni sulla protezione del minore.

quattro sottogruppi si confrontano brevemente radunando le osservazioni che verranno poi esposte da un portavoce. Mentre il supervisore si concede un momento per accogliere colui che ha accettato la sfida di portare il caso, chiedendogli come si sente e portando eventualmente lui stesso alcuni elementi di riflessione.

Fase 2: rielaborazione e sculture

Ogni portavoce, guidato dal supervisore, riferisce ciò che è emerso dal confronto in sottogruppo, avendo come focus esclusivamente la caratteristica del suo quadrante di riferimento. Durante questa fase è fondamentale che colui che ha portato il caso rimanga in silenzio, sforzandosi di stare in una posizione di ascolto e attivando quindi le sue competenze riflessive senza commentare. Dopo aver completato l'esposizione da parte dei quattro portavoce, il portatore del caso dovrà scegliere chi, tra i colleghi, interpreterà i personaggi della famiglia da lui raccontata, ponendo se stesso come paziente. Disporrà dunque i vari personaggi secondo la tecnica delle sculture, sia posturalmente che nella direzione dello sguardo, posizionandosi come ultimo, per poi attendere qualche secondo immobili. Successivamente il supervisore chiederà a turno a ognuno come si sia sentito in quella posizione, ringraziando tutti coloro che hanno contribuito per la loro partecipazione.

In chiusura della supervisione, dopo essere passati da una narrazione consapevole a un'attivazione esperienziale ed emotiva, il supervisore chiederà a colui che ha portato il caso di dire "cosa hai fatto di buono?". Quest'ultimo passaggio ritengo che sia fondamentale poiché permette di rinforzare positivamente le proprie risorse nutrendo la propria autostima, oltre che nel percepirsi come agente attivo del proprio cambiamento, mantenendo un *locus of control* interno (Rotter, 1966).

3.2. Formazione per un gruppo di educatori: dinamiche d'équipe e aspettative

La formazione per conto dell'associazione "Officine Rousseau" di cui sono socia fondatrice, è avvenuta nel 2019 in un pomeriggio d'autunno, in cui l'intera équipe di quattro membri si è ritrovata dopo un'esperienza di turno vacanze estivo con bambini tra i 6 e gli 11 anni.

Ogni membro ha avuto a disposizione una porzione di cartellone (approssimativamente indicata dai riquadri colorati visibili nell'immagine), sulla quale lavorare singolarmente in silenzio per un tempo di circa 30 minuti, scegliendo poi alla fine se disegnare o aggiungere delle parti per creare una connessione con lavoro altrui, rispettando l'elaborato dei colleghi.

La scelta di lavorare con il gruppo nella sua interezza, rendendo il confronto arricchente, ha richiesto l'attivazione di ogni suo membro durante la rielaborazione dell'esperienza, verbalizzata a conclusione dell'elaborato da ogni operatore secondo la metodologia del dott. Vannotti. Ho chiesto a turno a chi osservava di focalizzarsi sui seguenti elementi: la semantica, le emozioni e la metafora. A conclusione della rielaborazione del singolo operatore, questo ha potuto ascoltare i rimandi dei colleghi e infine dichiarare secondo lui "cosa aveva fatto di buono in équipe", concentrandosi sugli aspetti di efficacia e risorsa personali.

Questo ha permesso a ogni educatore di concentrarsi e lasciarsi guidare dalle immagini, rivivendo momenti particolari della vacanza, confronti tra sé e gli altri, posizionamenti particolari all'interno delle dinamiche d'équipe, aspettative deluse, impliciti incompresi e sfide/obiettivi personali. Il rispecchiamento con i colleghi ha aggiunto elementi tangibili al pensiero riflessivo di ognuno, rimanendo in fase di ascolto attivo in silenzio, concludendo la rielaborazione con degli elementi di risorsa che potessero accrescere le capacità di ognuno, rinforzandone l'autostima. Questa modalità ha permesso a tutti i membri di entrare nel mondo interno altrui attraverso le immagini e le parole usate, ricomponendo alcuni conflitti, che sempre emergono nelle équipe, o facendo emergere delle sofferenze più o meno esplicite. Infine dal rimando del gruppo è emerso che il collage ha permesso di sublimare eventuali emozioni e fatiche, rimaste congelate nel tempo tra la fine della vacanza e il momento di verifica, stimolando un apprendimento meta-

riflessivo e rinarrando alcuni momenti salienti, riletti alla luce di una maggiore conoscenza di sé e degli altri.

4. SPERIMENTAZIONI DEL COLLAGE AI TEMPI DEL COVID-19



Ritenendo questo strumento fondamentale nella mia cassetta degli attrezzi come psicologa, entrando nel periodo di pandemia e distanziamento sociale in seguito alla diffusione del covid-19, non ho voluto rinunciarvi. Ho quindi provato a riadattare la consegna e la metodologia alla sfida che si annunciava, con rispetto e voglia di cogliere questa nuova sfida.

Consegna e relative modifiche

Mantenendo la consegna sopra descritta, svolgendo gli incontri da remoto, ho dovuto apportare degli adattamenti relativi alla scelta delle immagini e alla componente di taglia/incolla che la tecnica richiede.

La scelta delle immagini è avvenuta sfruttando l'enorme disponibilità del motore di ricerca *google*, inserendo una parola chiave dopo un momento personale di brainstorming riguardo al tema proposto, scegliendo poi a colpo d'occhio una tra le miriadi di immagini suggerite. Il criterio di scelta utilizzato è il medesimo della versione tradizionale, l'esserne colpiti, attivando quindi il canale visivo ed escludendo quello cognitivo per garantire una coerenza nell'uso dello strumento del collage.

In un secondo momento le immagini scelte venivano condivise nella chat della seduta online, per poi essere montate con il mio aiuto in un unico riquadro *word* o *power point* a sfondo bianco, a simboleggiare il cartellone/A3. La scelta della disposizione delle immagini o della loro grandezza è stata oggetto di confronto durante la composizione, per poi procedere alla seconda fase di rielaborazione verbale.

Di seguito verranno illustrate due sperimentazioni di questo adattamento: una durante una presa in carico individuale e una in una supervisione di gruppo.

4.1. Il caso di Tania: collage web "la mia vita tra 5 anni"

Tania è una ragazza di 18 anni, molto bella e curata, sia nel vestire che nell'aspetto. Ha sempre un filo di trucco ma è molto acqua e sapone, si siede alla giusta distanza e parla con un tono dolce e tranquillo, sorride spesso e ha una luce viva negli occhi.

Si presenta spontaneamente in un servizio pubblico poiché riferisce di avere forti ansie insorte nell'ultimo anno, che riguardano il dover controllare di aver chiuso il gas, la porta, tirato l'acqua in bagno, e se non lo ricorda torna a casa anche se è quasi arrivata a destinazione. La sorella maggiore di 6 anni durante una seduta afferma che "questo l'ha preso dalla mamma", unica componente della famiglia che Tania abbia voluto invitare per un allargamento (Canevaro A. et Al., 2008).

Alle domande in fase di consultazione sulla storia familiare risponde con reticenza, ma senza un'opposizione esplicita, affermando di non ricordare e di non aver mai pensato ad alcune cose. Racconta che i genitori sono sposati da 14 anni e che si siano conosciuti da giovani in ambito lavorativo. La famiglia materna abita in provincia e Tania è molto legata a vari cugini materni, che l'hanno accolta durante il lockdown dell'autunno 2020. Si è trovata molto bene presso di loro definendoli "dei casinisti" e riportando col sorriso: "qui non sono mai da sola". La famiglia paterna abita in città, ma non si frequentano molto.

Tania racconta di essere stata una bambina molto timida "mi vergognavo molto non sapevo cosa era giusto o no che facessi", già allora rivela di aver provato un'agitazione molto forte durante i saggi e le prestazioni individuali scolastiche. È stata sempre molto legata alla madre, la quale le ha raccontato di grandi crisi di pianto durante i distacchi all'ingresso del nido "non volevo lasciarla è strano il nostro rapporto". Afferma di aver dormito con la madre fino ai 13 anni perché il padre lavorava di notte al giornale, mentre la sorella dormiva da sola nella camera che tutt'oggi condividono.

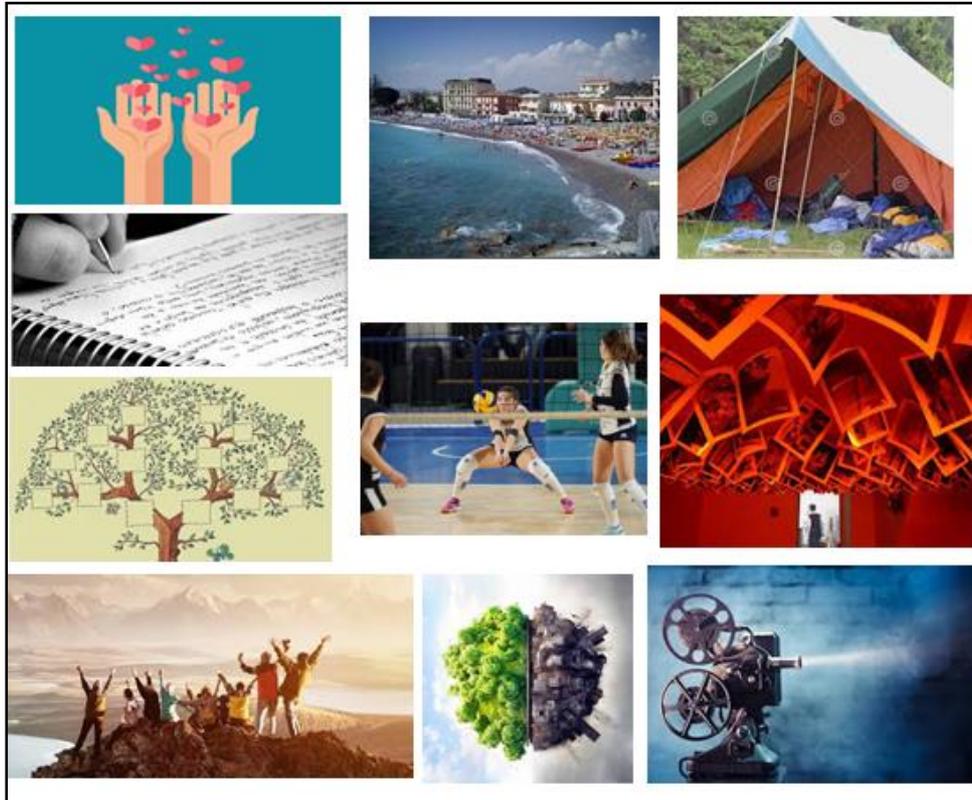
Nella quarta seduta mi porta spontaneamente un diario, afferma di aver cominciato a scriverlo durante l'estate del

2019 e di volere che io lo guardi. Leggendolo noto varie cose su cui la confronto (un'attenzione al peso, una serata con gli amici ecc.), si chiede anche perché durante le sedute le chieda delle informazioni sulla sua famiglia, mostra una certa sfiducia nella presa in carico dovuta alle resistenze rispetto al percorso e all'intimità delle tematiche. Afferma di voler proteggere i suoi genitori e le chiedo se abbia paura di quello che può emergere, ma lei non lo sa.

Definisce il clima familiare in cui è cresciuta "molto nordico perché non si parla di cose personali", in riferimento alla comunicazione ai genitori del percorso intrapreso riferisce di non voler "dare preoccupazioni a mia madre". Successivamente il padre si sarebbe risentito, avendolo scoperto solo alla terza seduta, confrontando la figlia che sarebbe poi scoppiata in lacrime, ricostruendo verbalmente "mi ha fatto sentire in colpa, fa così perché non vuole perdere dei pezzi della nostra vita".

Tania frequenta l'ultimo anno di un liceo prestigioso di Milano, non è mai stata bocciata ma fatica in alcune materie e non è soddisfatta, anche se i voti sono tutt'altro che pessimi. Inoltre la ragazza è molto attiva, fa parte degli scout dall'età di 15 anni ed è un'esperienza molto importante per lei; giocava a pallavolo e ha smesso per un periodo in seguito alla scoperta di un problema alla schiena, ma aveva ripreso prima del lockdown di marzo 2020.

La preoccupazione in merito alla scelta universitaria e di "cosa fare da grande" in futuro, emerge come urgente durante il suo percorso. Data la sua suscettibilità alle critiche e al giudizio altrui emersa come stile familiare, che identifica in una tendenza a criticare eccessivamente se stessa e ad essere molto esigente si sente bloccata. Perciò decido di usare questo come tema del collage esplicitandolo come "immaginiamo Tania tra 5 anni". Questo ha permesso di esplorare attraverso le immagini i suoi interessi, le attitudini e le passioni, aggirando le sue difese che avrebbero potuto inibirla in questa esplorazione.



Emerge come questo lavoro su di sé, ricostruendo la sua storia (albero genealogico e casa al mare dell'estati d'infanzia), focalizzando la sua passione nel prendersi cura degli altri (mani-cuori, mente green), assieme alle parti più vitali e dinamiche (tenda, pallavolo, cinema), ma anche alla riconnessione con le figure di riferimento (scrittura), abbia portato Tania a definire i contorni della sua identità, percependo una forte motivazione verso la costruzione di un futuro rispettoso dei suoi tempi e delle sue attitudini.

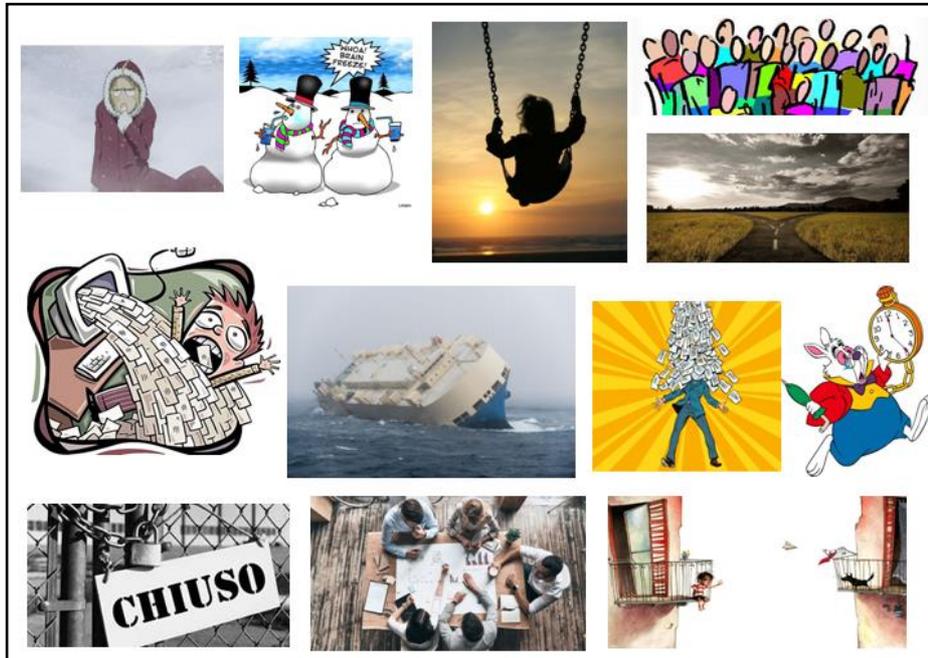
La possibilità dunque di proseguire un percorso di cura in un momento delicato come l'adolescenza ai tempi del covid-19, utilizzando delle tecniche riadattate in un formato online, senza mettere in pausa i compiti evolutivi che un ragazzo deve affrontare durante la sua crescita, penso sia stato una forte spinta motivazionale nel mio lavoro. Il rimando positivo di Tania inoltre è stato importante per comprendere come declinarlo nel web senza snaturare la tecnica e le sue immense potenzialità.

4.2. Supervisione web di un gruppo di lavoro

Il tentativo di sperimentare lo strumento online anche in contesti di gruppo è risultato una ulteriore sfida, poiché come descritto nel capitolo sulle esperienze formative i tempi e lo spazio di composizione devono essere frutto di una progettazione accurata da parte dello psicologo, considerando il numero dei partecipanti e fotografando un processo.

Per questo invitata a supervisionare un gruppo di lavoro ad un anno dalla sua nascita, che ha vissuto la pandemia globale in corso e vari assetti nella strutturazione delle dinamiche di gruppo, mi sono chiesta se la nuova metodologia del collage online sperimentata potesse avere la medesima efficacia. Il tema emerso è stato quello dei "momenti difficili vissuti", trovando ognuno un'immagine in internet che rappresentasse il proprio vissuto, ricomposta in un unico cartellone digitale complessivo. Infine ogni membro del gruppo ha potuto raccontare la sua scelta componendo un racconto collettivo a più voci. Durante questa fase di verbalizzazione è stato possibile osservare le somiglianze (la fase di stallo dovuta al covid, il freddo, la scritta chiusa), le differenze (per chi è stato un blocco e chi l'ha vissuto come un momento in cui fermarsi e riprogettare), lo sguardo al futuro o alle contingenze del presente, la fatica o l'energia.

Le peculiarità di ogni membro del gruppo, attraverso un ascolto partecipe e rispettoso dell'altro, sospendendo il giudizio e sostenendosi a vicenda, hanno contribuito a concertare e definire in ogni sfaccettatura una mente collettiva unica, propria di quello specifico gruppo di lavoro.



CONCLUSIONI

Il collage si è mostrato uno strumento facile da somministrare e da eseguire, in grado di attivare emozioni profonde e di stimolare le capacità riflessive con grande semplicità. Depositando sulla carta i materiali scelti, si attiva un processo di rilettura degli stessi alla luce dei pensieri e delle sensazioni provate, gli spazi bianchi in contrasto a quelli pieni di elementi elicitano una rielaborazione introspettiva del paziente e fotografano la fase evolutiva in cui è qui ed ora.

La semplicità dello strumento permette una propria versatilità, sia di adattamento delle tematiche proposte, sia dell'utilizzo individuale o in gruppo. Vorrei soffermarmi su un aspetto non di secondaria importanza, in quanto la proposta dello strumento durante una terapia o in una formazione sia sempre una sfida, sia per il clinico che per le persone che lo eseguono.

Gli adattamenti e le modifiche da me proposte in questo scritto in merito allo strumento sono state per me frutto di due movimenti interni, una tensione al rispetto quasi reverenziale per le tecniche studiate, approfondite nei dettagli e nelle proposte precedenti rispetto a queste, al fine di giovare dei contributi storici degli autori citati, e una spinta esplorativa che porto con me fin dai tempi dell'università, che ho fatto mia dalle parole di Kurt Lewin (2005) "se vuoi veramente capire qualcosa, prova a cambiarlo".

Personalmente dopo un primo momento di titubanza esplicitato dopo la mia proposta dello strumento, ho avuto dei riscontri molto positivi da chi ha potuto sperimentare il collage: individualmente anche chi inizialmente è più reticente sente emergere durante la rielaborazione una maggiore consapevolezza di sé, mentre in gruppo le persone percepiscono l'apertura di nuovi canali comunicativi, oltre che a un processo riflessivo su di sé e sul proprio ruolo, attivando un cambiamento anche nelle dinamiche di gruppo.



Ritengo che l'utilizzo di mediatori visivi permetta alle persone di scoprire se stessi in modo differente, sperimentando canali magari sconosciuti e potendo appropriarsi di questa modalità per esprimere il pensiero e le emozioni in momenti di fatica. Così Vera, che inizialmente un po' reticente di fronte allo strumento, ha poi voluto realizzare in autonomia un collage a conclusione della presa in carico come regalo di saluto, descrivendo tutto il suo percorso attraverso immagini e parole che trovate in quest'ultima pagina, lasciato solo come una suggestione.

BIBLIOGRAFIA

Arnheim R., (2007), *L'immagine e le parole*. Mimesis, Milano.

- Attili G., (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*. Raffaello Cortina, Milano.
- Adiutori S., (2015), *La tecnica del collage e il lavoro autobiografico*. In *Nuove Arti Terapie*, anno IV, n. 15.
- Biffi E., Zuccoli F., (2015). *Comporre conoscenza: il collage come strategia meta-riflessiva*. In *Form@re*, numero 2, volume 15, pp.167-183.
- Borella M., (2016). *Il collage di immagini nella terapia con adolescenti e giovani adulti*. In *Terapia familiare*, fascicolo 110, pp. 57-75.
- Bronfenbrenner U., (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino, Bologna.
- Caillé P., Rey Y., (2004). *Les objets flottants: Méthodes d'entretiens systémiques*. Faber, Parigi.
- Canevaro A., Selvini M., Lifranchi F., Peveri L., (2008). *La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. In *Psicobiettivo*, fascicolo 1, pp. 143-166.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., (2016). *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*. Raffaello Cortina, Milano.
- De Bernart R., (1995). *L'immagine nel trattamento della coppia e della famiglia psicosomatica*. Istituto di Terapia Familiare di Firenze.
- De Bernart R., (2005). *Immagine e famiglia*. Istituto di Terapia Familiare di Firenze.
- De Bernart R., (2010). *Metafora e oggetto metaforico*. Istituto di Terapia Familiare di Firenze.
- Herman J.L., (1992). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Magi, Roma. Trad. it. 2005.
- Lewin K., (2005). *La teoria, la ricerca, l'intervento*. Il Mulino, Bologna.
- Macchi S., (2017). *L'utilizzo del collage di immagini nella terapia con adolescenti*. Tesina per la Scuola Mara Selvini-Palazzoli.
- Onnis L., (2005). *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. Franco Angeli, Milano.
- Selvini M., (2008). *Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso*. In *Ecologia della mente*, n. 31, pp. 29-55.
- Selvini M., (2014). *Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità*. In *Psicobiettivo*, fascicolo 2, pp.46-58.
- Rotter J.B., (1966) *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. In *Psychological Monographs: General and Applied*, volume 80, fascicolo 1, n. 609.
- White M., (2009). *Cartes des pratiques narratives*. SATAS, Bruxelles.

ADOLESCENZA: RINEGOZIARE LA LEGITTIMAZIONE D'APPARTENENZA DEL FIGLIO ADOTTIVO¹

Donatella Guidi², Annalisa Gaviraghi³

RIASSUNTO. Le autrici hanno deciso di approfondire il tema della legittimazione d'appartenenza poiché nell'incontro clinico con genitori di figli adottivi adolescenti e con ragazzi adolescenti adottati, il soffermarsi su come e se è stata costruita la legittimazione d'appartenenza è cruciale per conoscere e comprendere il sistema familiare cui appartengono. Questo passaggio è essenziale per la progettazione di un adeguato processo terapeutico. L'articolo inizia con riflessioni teoriche circa la costruzione della legittimazione d'appartenenza primaria da parte dei genitori adottivi. In un secondo momento viene trattato, anche attraverso l'esemplificazione di alcuni casi clinici, come il figlio adottivo in adolescenza metta in discussione la costruzione della legittimazione d'appartenenza (secondaria), rinegoziandola. È importante sottolineare che i casi clinici presentati - anche quelli estremamente complessi - sono raccontati solo ed unicamente sotto la luce della legittimazione d'appartenenza, focus di quest'articolo. Consapevolmente, per motivi di sintesi, sono state omesse tutte le altre riflessioni e le ipotesi circa il funzionamento più ampio dei sistemi familiari citati ed il conseguente processo terapeutico.

SUMMARY. The authors examined the legitimacy of belonging theme because they think is fundamental to understand, in the clinical work with adoptive children's parents and with adoptive adolescents, their family systems. Understanding in which way the legitimacy of belonging is built is essential to project an adequate psychotherapeutical process. The article begins with theoretical reflexions about the legitimacy of belonging construction from the adoptive parenthood. How the adoptive child in adolescence questioned the legitimacy of belonging and renegotiate it is deepened in the second part through clinical cases. The clinical cases are written only under the eye of the legitimacy of belonging, the article's focus. Others thinking and further hypothesis about the family systems are omitted for being the article abridged.

¹ Questo articolo è nato alcuni anni fa e contiene alcuni argomenti come la legittimazione d'appartenenza e la relazione d'appartenenza che continuiamo a studiare e che negli ultimi anni hanno subito approfondimenti e modificazioni che verranno proposti in ulteriori pubblicazioni

² Psicologa psicoterapeuta, già Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Milano. Il lavoro sui sistemi familiari adottivi è proseguito come psicologa presso l'ASL di Milano, dal 1979, nei Servizi di consultorio familiare, di neuropsichiatria infantile e CTF (centri di terapia familiare) e nell'attività clinica privata. Sul tema dell'adozione, insegna alla Scuola di Specializzazione in Terapia Familiare "Mara Selvini Palazzoli" e come professore a contratto presso l'università di Milano Bicocca. È Socia Fondatrice e Presidente dei Centri Mara Selvini per l'Adozione.

³ Psicologa e psicoterapeuta sistemico-famigliare, lavora da più di una decade, sia nei servizi pubblici che privati, con i sistemi famigliari adottivi, con particolare attenzione agli adolescenti. È Socia Fondatrice e segretaria dei Centri Mara Selvini per l'Adozione.

PAROLE CHIAVE: legittimazione d'appartenenza, adolescenza, adozione, genitori genetici, psicoterapia familiare, elaborazione dei lutti.

1. INTRODUZIONE

La nostra esperienza nel campo dell'adozione ci ha portato a considerare l'appartenenza al gruppo familiare adottivo come un processo caratterizzato - tra le diverse tappe - da due momenti che paiono nodali: l'arrivo del bambino e il suo passaggio nell'adolescenza.

Semplificando, durante la prima tappa il compito di genitori è quello di negoziare tra loro e con le loro famiglie d'origine l'arrivo del piccolo adottato. Nell'adolescenza è il giovane adottato che deve rinegoziare la sua appartenenza adottando i suoi genitori. È di questo processo che qui si tratta nominandolo *legittimazione d'appartenenza*.

L'adozione, l'atto di realizzazione di una genitorialità non biologica, è dominio degli adulti: di genitori che la decidono e di genitori, che rinunciando alla loro genitorialità, la permettono (Cirillo, 1992).

Il soggetto in divenire della storia relazionale⁴ è il bambino che subisce un cambio delle persone che sostengono il ruolo genitoriale; perde i genitori genetici a causa della loro rinuncia, espressa con la firma in un documento, o agita con l'incapacità di sostenere il ruolo stesso.

Preferiamo il termine genetico, riferendoci ai genitori dei figli adottivi, al posto di naturale o biologico, perché questi due ultimi termini contengono una complessa polissemia⁵.

La perdita dei genitori genetici permette l'atto voluto e sottoscritto dai genitori adottivi: l'adozione.

Nei precedenti scritti circa l'adozione (Guidi, Bosi 1992, pag. 22, pagg. 26-27), centrati maggiormente sugli adulti aspiranti all'adozione e sulla genitorialità naturale e adottiva, si è approfondito il processo che porta una coppia alla decisione di adottare. Questa decisione può essere perseguita mediamente da una coppia sterile che risponde in questo modo alla scelta di diventare genitore. Se non interviene l'elaborazione della sterilità, nel lutto e nella

⁴ Possiamo assumere come riferimento teorico della relazione tra adulto e bambino quello espresso da R.D. Laing (1978) "per cui i genitori e figli nella loro costante interazione sono spinti a continue modificazioni delle percezioni di uno sull'altro... il bambino possiede come sua peculiare dote quella di offrire con i suoi linguaggi spesso incompiuti e metaforici potenti istruzioni di cambiamento per l'adulto. La crescita sana può essere vista come direttamente proporzionale alla capacità dell'adulto di apprendere dal bambino e di cambiare in relazione alle informazioni che riceve".

⁵ In questo articolo ci si occupa principalmente di coppie adottive con sterilità o con impossibilità di procreare; inoltre, la trattazione riguarda bambini arrivati in adozione dagli zero ai sette anni circa.

perdita del figlio non nato, la scelta adottiva sarà rigidamente imperniata sul *bisogno* di un figlio negato dal dato di realtà. L'elaborazione della sterilità permette di passare dal *bisogno* di un figlio al *desiderio* di un bambino generato da altri⁶. Questo passaggio permette l'affiliazione di un bambino non generato: la *legittimazione d'appartenenza*.

Nell'affido eterofamiliare, diversamente, si esercita il ruolo genitoriale da parte degli adulti ma non si costituisce una relazione d'appartenenza del figlio alla famiglia.

In sintesi, questo processo prevede due fasi fondamentali:
1. I genitori genetici si sono ritirati - volenti o nolenti⁷ - dal loro ruolo, perché non permettevano la sopravvivenza o la crescita ritenuta adeguata del bambino⁸.

2. I genitori adottivi, elaborando il proprio lutto per la sterilità, hanno potuto creare lo spazio per accogliere come figlio un bambino generato da altri (Guidi, Tosi 1996). Per il coniuge non sterile si parla di lutto acquisito, che comporta un processo analogo anche se sicuramente più complesso.

Queste due fasi, la rinuncia al ruolo da parte del genitore genetico e l'elaborazione della perdita di un figlio generato da parte del genitore, costituiscono la cornice di un processo interno che si ripropone poi al figlio stesso in adolescenza: la *legittimazione d'appartenenza*.

L'elaborazione del lutto per non aver generato quel bambino permetterà di fruire di una risorsa indispensabile per la genitorialità adottiva: l'esperienza che di lutto non si muore, che si può guardare in faccia una perdita senza essere fagocitati dalla rabbia, dalla depressione e dall'invidia per chi queste perdite non le ha avute.

Diventa così una preziosa esperienza da passare al figlio quando, in adolescenza, trovandosi di fronte alla sua parte adottiva, dovrà *ri-affrontare la perdita* dei genitori genetici. Tale perdita potrà essere risolta *adottando* a sua volta quei genitori che non l'hanno generato.

1. LA LEGITTIMAZIONE D'APPARTENENZA

La *legittimazione d'appartenenza* è una specifica organizzazione di significato, che i membri del sistema adottivo trigenerazionale condividono: il permesso di appartenere al sistema familiare e alla narrazione comune della storia relazionale.

Avviene quando una persona, basandosi su una dimensione

⁶ Per un approfondimento di questo tema si rimanda a Guidi D. e Tosi N.1996; Guidi D., Masi G., Tosi N., 1994 e Guidi D., Galessi C., Ruozi L. 1995.

⁷ A parole insistono nell'appropriazione della propria genitorialità, ma con la persistenza dei fatti negano il loro essere genitori abbandonando/maltrattando il bambino generato.

⁸ Vedi: Legge sull'adozione n. 184 del 4 maggio 1983 e successive modifiche con legge n.149/2001 e Carta dei diritti dei bambini.

affettiva, permette l'insediamento, dona un posto, a un'altra persona nel suo sistema familiare (Ricoeur, 1990).

"Io ti dico che sei mio figlio perché durante il percorso preadottivo mi sono permesso di essere genitore di un figlio non generato da me".

La posizione che si assume e che viene riconosciuta dagli altri, all'interno del sistema familiare, ovvero il come ci si "con - pone" nel ruolo di genitore, definisce ciò che è semanticamente rilevante e ciò a cui i processi di comunicazione attribuiscono il significato della realtà (Ugazio 1998, 2012).

Questa co-costruzione definisce un processo di sentire individuale condiviso nella conversazione familiare e nella vita sociale di relazione (scuola, amici, ecc.).

Il processo di legittimazione d'appartenenza da parte dei genitori, ovvero il processo di trasformazione ed elaborazione della perdita del generare nel desiderio di far proprio un bambino fatto da altri, è fondamentale per far sopravvivere se stessi e il sistema, garantendo la continuità alla storia della famiglia e alla sua proiezione nel futuro⁹.

Tutte le persone coinvolte nel desiderio di scelta adottiva, (i genitori stessi, i membri della famiglia estesa, i professionisti della valutazione pre-adottiva e lo Stato nella figura dei giudici del Tribunale per i Minorenni), co-costruiscono l'attribuzione di significato di genitorialità.

La semantica specifica di questo evento, la scelta adottiva, permette un'attribuzione legittima ed esplicita del bambino a sé come figlio e un domani la percezione di appartenenza del figlio ai genitori, e a tutto il γένος (nonni, zii, cugini, etc.).

1.1 L'adozione raddoppia: adolescenza e ri-negoziazione della legittimazione d'appartenenza

La legittimazione d'appartenenza da parte dei genitori adottivi riguardo a quel figlio potrà permettere un analogo processo da parte del figlio adottivo.

Dalla domanda dei genitori *"di chi è questo bambino"*, si passa alla domanda del figlio *"a chi appartengo?"*. Trovare

⁹ Questo processo che si costituisce nel tempo viene verificato dagli operatori coinvolti durante il processo pre-adottivo attraverso alcuni indicatori (Guidi, Masi e Tosi 1994):

- Capacità di narrare le vicende adottive senza attribuire ai genitori genetici l'essere dei poverini o dei disgraziati;
- Capacità riparative per contenere/elaborare il proprio lutto e quello del figlio;
- Capacità contenitive per non lasciarsi distruggere dal rifiuto anche verbale del figlio 'non sei il mio genitore' che risveglia il rifiuto della genitorialità dato a loro dalla sterilità. Permettere le perdite senza distruggersi e liquefarsi.

risposte coerenti a questa domanda permette al figlio di evitare di essere dilaniato dal *doppio di appartenenza*, ovvero precipitare in una terra di nessuno dove a chiunque si appartenga, si tradisce l'altro.

Le difficoltà, nel processo di costruzione della legittimazione d'appartenenza, si possono manifestare:

- dalla persistenza evidente di un fantasma di una madre genetica mai conosciuta. Tale fantasma difficilmente può essere "congedato" dalla famiglia adottiva, se le serve a proteggersi da responsabilità troppo grandi per sé ("*fa così perché è figlio di un'altra che era così*").
- dalle paure d'inadeguatezza dei genitori adottivi provenienti dalla ferita non guarita della sterilità.

I genitori che non riescono a realizzare una relazione d'appartenenza finiscono per consegnare (nei fantasmi e/o nella realtà) il figlio alla madre genetica, che viene mitizzata perché assente.

Riuscire ad accettare che i genitori genetici non siano riusciti per incuria, disinteresse, incapacità a rimanere accanto come genitori sociali implica percorrere una strada lontana dalla depressione e dalla rabbia, dall'invidia e dalla gelosia nei confronti di coloro che hanno una famiglia "regolare".

Sfuggire all'idealizzazione di una vita che non si è vissuta (quella con i genitori genetici) rappresenta un cammino impervio e difficile.

Il malessere scolastico, i disturbi psicosomatici e altri sintomi psichici sono spesso risposte disfunzionali dell'adolescente rispetto alla sua situazione esistenziale di adottato "non legittimato", quando tutti danno "la certezza di appartenere" come acquisita. Spesso questi disagi sono raccontati come "rifiuto di crescere", "rifiuto di entrare in una dimensione di consapevolezza maggiore del proprio ruolo in quella famiglia" dai genitori adottivi, ormai sicuri "sul trono del genitore", che ora mostrano il diritto di aspettarsi dal figlio delle omogeneità a se stessi e al sistema familiare.

In realtà i figli genetici spesso non propongono questa omogeneità, ma non rischiano di perdere l'appartenenza alla famiglia¹⁰, mettendo in gioco gli equilibri ed i confini della stessa.

Il figlio adottivo si trova a pensare "*è perché sono adottivo e perché non sono dei loro che non li accontento mai?*". Spesso il ragazzo percepisce come "ingordi" i genitori

¹⁰ Andolfi (2010) spiega che la spinta adolescenziale porta alla differenziazione/individuazione, ma conserva un bisogno di continuare ad appartenere a quella famiglia nonostante la metamorfosi del corpo in atto. Quanto descritto non appartiene alla famiglia adottiva ma a tutte le famiglie; ovviamente in adozione la metamorfosi sembra produrre più distanza.

che gli chiedono performance e adeguamenti alle richieste della vita.

Questo comportamento (nonostante sia comune ai figli genetici) attribuisce un significato di eziopatogenesi adottiva co-costruita all'interno del sistema familiare sia dal ragazzo, sia dai genitori che dalla famiglia allargata.

Una risposta a questa difficoltà potrebbe essere il rifiuto di crescere per mantenere quest'omogeneità (costruita con rigore e dedizione riguardo le richieste e le aspettative dei genitori), percependo il pericolo di rottura della relazione con i genitori.

Natasha, tredici anni, adottata a cinque anni dalla Russia, ha costruito con i genitori un sistema adottivo 'idilliaco', in cui questi ultimi (entrambi di notevole e riconosciuto successo professionale e intellettuale) si specchiano sulla "piccola bambina bella vivace e creativa". La crescita sembra impossibile a Natasha perché le sue capacità intellettuali ai limiti inferiori della norma non le garantiscono un successo dopo le elementari: rimane bambina (anche nel fisico) con comportamenti inadeguati alla sua età per non deludere i suoi genitori, "così bravi a fare i genitori".

In adolescenza anche il corpo che esplode rammenta che non si condivide il corpo con quei genitori: è il ragazzo stesso che non può sfuggire ora al sentirsi di qualcun altro e l'estraneità del corpo in adolescenza contribuisce a questo: il corpo "se non appare più il mio, è dei genitori genetici?".

Anche se un buon attaccamento, sufficientemente sicuro, ha fornito finora un mondo di affetti direzionato ai genitori adottivi, la distanza da frapporre fra sé e i genitori per individuarsi porta a mettere in crisi l'attaccamento stesso.

In questa crisi s'infiltra l'appartenenza genetica, quella del corpo.

Giovanni, quattordicenne di etnia cinese, arrivato in una famiglia sufficientemente adeguata da neonato, con l'adolescenza inizia a rifiutare il suo sguardo allo specchio poiché gli ricorda che il suo corpo non appartiene a quella famiglia e questo Giovanni non se lo può permettere.

La difficoltà di leggere la propria situazione anomala e doppia, la difficoltà di situare i genitori genetici in un'attribuzione di significato fra "poverini, senza di me, rubato a loro", oppure "colpevoli di non avermi voluto" e "però sono io che faccio schifo ed è per questo che mi hanno abbandonato" strema¹¹ i ragazzi adottati precocemente più che quelli tardivi, che hanno conosciuto bene le ragioni dei genitori genetici e ne portano i ricordi d'incapacità e

¹¹ Utilizziamo il termine "strema" per intendere stanchezza e non patologia.

dannosità.

2. LE NOSTRE STORIE

Il tema della ri-negoziazione della legittimazione d'appartenenza da parte degli adolescenti adottivi è ora approfondito attraverso le storie di Marc, Giulio, Alexei e Irina.

Marc o la fatica di elaborare i lutti

La storia di Marc può essere un esempio possibile di sistema familiare in cui la legittimazione d'appartenenza da parte dei genitori, pur attraverso una serie di difficoltà, si è potuta realizzare e che l'adolescenza non ha messo più di tanto in pericolo.

Marc viene adottato nel 1998 a tredici mesi da un paese africano, dove ha avuto un affidamento in una casa-famiglia in cui era adeguatamente accudito. Non si hanno notizie dei genitori genetici in quanto Marc è stato trovato davanti ad una missione.

Marc arriva all'incontro con i genitori adottivi con una sufficiente integrità affettiva, che gli permette di rispondere alla relazione offerta in maniera positiva. Si costituisce fra i genitori e il bambino un legame familiare che comprende anche il fratello primogenito, nato nel 1990.

Stefano ed Elisa, i genitori adottivi, non presentavano una sterilità ma l'impossibilità di avere altri figli arriva nel 1994, in seguito ad un grave aborto terapeutico.

I genitori portano un patto coniugale molto forte in cui questo lutto viene faticosamente assorbito ma anche rielaborato con la nuova possibilità adottiva che consente loro di tenere fede al progetto di famiglia con più figli.

I coniugi arrivano entrambi da famiglie d'origine in cui i padri, per lavoro, si assentavano per lunghi periodi e le madri casalinghe erano una prigioniera dell'assenza del padre e l'altra, quella di Elisa, il punto fermo per i figli. Stefano trova in Elisa, architetto ben considerata nello studio in cui lavora, quel punto fermo di cui ha bisogno per costruire una casa e una famiglia. Elisa trova in Stefano un padre presente per i loro figli e un'organizzazione familiare che le rende possibile investire anche nella sua professione, al contrario della propria madre.

Il racconto dell'adozione è stato condiviso da Marc e dal fratello maggiore con i genitori, a partire dalle prime domande del bambino sulla sua pelle più scura della loro.

Ai genitori genetici è stata lasciata tutta la responsabilità della rinuncia genitoriale senza attenuanti date dalla miseria o da altre particolari condizioni. Il fatto che non si sapesse nulla di loro ha permesso di co-costruire all'interno del nucleo familiare diversi possibili scenari,

ma si è accettata l'impossibilità di dare una risposta alle cose che non si sanno.

Le difficoltà giungono nel momento in cui Marc inizia un grande sciopero scolastico, probabilmente sostenuto da un disturbo dell'apprendimento, che si evidenzia all'entrata delle scuole superiori.

Durante la consultazione familiare emerge come questo problema sia accolto dai genitori come una crisi adolescenziale e non come un'irreparabile conseguenza dell'adozione. Il non ipotizzare l'adozione come unica responsabile dell'eziopatogenesi dei sintomi è riscontrabile in chi è riuscito a co-costruire una legittimazione d'appartenenza all'interno del proprio sistema familiare. La responsabilità genitoriale è riconosciuta e accettata dai genitori stessi e la sintomatologia non è delegata totalmente alla scelta adottiva.

Durante la consulenza familiare si sono evidenziati gli elementi che hanno permesso la legittimazione d'appartenenza di Marc a questa famiglia, fra questi l'elaborazione, da parte di tutto il sistema familiare, dei gravi lutti che hanno preceduto l'adozione, quali l'aborto terapeutico che ha provocato la sterilità di Elisa e "l'abbandono" di Marc da parte dei genitori genetici.

Il patto familiare è inoltre la risorsa che permette a Stefano ed Elisa di elaborare il loro lutto trasformandolo, dal punto di vista della resilienza (Cyrulnik, 1999), nella richiesta adottiva.

In questa famiglia le perdite e i lutti sono un'esperienza ed elaborabile, in cui Marc ha potuto collocare la perdita dei suoi genitori genetici all'interno della narrazione condivisa della storia familiare diventandone parte, ri-negoziando definitivamente la sua appartenenza alla famiglia.

L'arrivo di Marc, con la sua allegria solare, ha portato quel *quid* in più alla loro famiglia, non è andato né a sostituire né a riempire vuoti.

Con lo sciopero della scuola, Marc ha riattivato lutti - si perde anche il sogno della scalata sociale da continuare - che la famiglia ha potuto contenere senza che né genitori, né figlio si sentissero minacciati nella reciproca appartenenza.

Giulio o il miracolo della musica

Giulio viene adottato da un paese dell'Europa dell'Est nel 1995, quando ha venti mesi. La scelta dell'adozione avviene in seguito alla grave sterilità della madre. Giulio non sembra portare segni di maltrattamento o traumi e l'adozione in età precoce sembra potergli permettere la costruzione di una relazione con le figure genitoriali abbastanza positiva.

Giovanni e Claudia, i genitori adottivi, si conoscono poiché Giovanni è professore di Claudia alla scuola serale. Giovanni è laureato in ingegneria, insegna matematica in un istituto

tecnico, come ultimo approdo dopo che i suoi sogni di carriera universitaria e soprattutto, da ex sessantottino, di sovvertimenti sociali sono caduti. Claudia è figlia di una famiglia di militari e vedeva in Giovanni una possibilità alternativa e trasgressiva alla modalità di vita della sua famiglia d'origine. Iniziata la vita adulta, Claudia trova nella realizzazione e nel successo sul lavoro la risposta ai suoi bisogni. Acconsente all'adozione forse per risarcire il marito, ma non ha tempo di occuparsi della gioia di diventare madre, condizione che accetta come un evento normale che la vita fornisce.

Giulio, subito dopo l'arrivo, viene accudito dal padre insieme allo zio materno e alla nonna paterna, che per primi lo considerano a tutti gli effetti appartenente alla loro radice familiare. La musica fa da filo conduttore per la famiglia del padre: il nonno paterno suona la fisarmonica, il padre e lo zio suonano il sax e Giulio diventa esperto ed appassionato di musica, favorito da un talento naturale. Ciò permette prima al padre e in seguito alla madre di legittimarsi ad essere genitori di questo figlio in quanto il loro sistema familiare a livello trigenerazionale glielo consegna. È da tenere presente che comunque sufficienti risorse e capacità sono presenti in entrambi i genitori.

La coppia entra in crisi quando Claudia non riconosce più il Giovanni che ha sposato nell'uomo deluso e nostalgico che ha a fianco ed inizia una relazione extraconiugale, scoperta dallo stesso Giulio.

Giulio giunge in consultazione da solo e su sua esplicita richiesta in seguito ad un coma etilico; oltre all'abuso di sostanze, il ragazzo riporta pensieri depressivi associati ad idee di morte. Dal percorso di consulenza psicologica successivo, emerge che Giulio, rispetto al tema adottivo, è stato in grado di ri-negoziare la sua appartenenza a questa famiglia e non a quella genetica sulla base della legittimazione che si sono dati i genitori e tutto il sistema familiare. Tanto si fa forte la sua protesta per le attuali sofferenze del padre e la sua rabbia nei confronti della madre, totalmente concentrata su suoi bisogni personali, tanto indiscutibile è il suo essere figlio di quei due genitori. Paradossalmente può agire i suoi sintomi proprio in quanto non teme di perdere la sua appartenenza di figlio a quella famiglia.

In questo caso, come nella storia di Marc, la legittimazione d'appartenenza, co-costruita dal ragazzo e dall'intero sistema trigenerazionale, ha permesso di ipotizzare i sintomi come non appartenenti solo a Giulio (in quanto adottato), ma come riflesso di una grande sofferenza presente nel nucleo, che, come tale, deve essere trattata attraverso una presa in carico terapeutica familiare.

2.1 Gli ostacoli alla legittimazione d'appartenenza

La legittimazione d'appartenenza non viene permessa o, nelle situazioni funzionamento rigido che tendono ad un'etero-attribuzione di responsabilità circa i sintomi. In tali sistemi, l'eziopatogenesi dei sintomi viene ricondotta ad un'attribuzione di significato tale per cui il comportamento asociale, la dipendenza o più generalmente la sofferenza non sono modificabili, in quanto genetiche e/o legate all'adozione.

Si presenta quindi una narrazione di storia di trauma rigida e impossibilitata al cambiamento. I genitori non si percepiscono come parte attiva nella costruzione e quindi nel superamento del sintomo.

Il paziente designato è il figlio adottivo: *"in realtà quel bambino non lo sento mio e l'unico modo per potermi raccontare questa storia è dirmi che è adottivo"*.

Nelle vicende di Giulio e Marc, al contrario, i genitori tendono ad attribuire i sintomi a difficoltà legate all'adolescenza più che al loro status adottivo e le difficoltà dell'adolescenza si possono trattare.

Il mettere il focus sull'adozione, solidificandone la valenza traumatica, posiziona il sintomo attuale fuori dalla portata dei genitori. Ciò può essere un indicatore di un nodo critico nella legittimazione d'appartenenza, poiché si evidenzia un irrisolto circa la filiazione: *"quel figlio non lo sento come mio ma non posso dirmelo"*.

Il compito del terapeuta è, in questi casi, quello di svelare *il non detto non dicibile* e trovare il modo di co-costruire con i membri del sistema un'altra ragione di appartenenza del "non figlio" a quel sistema, quando questo è possibile. Se non lo è, come nel caso che segue, l'importante è accompagnare l'uscita del figlio dal sistema familiare, legittimandone la necessità di sfuggire da un imbroglio costante.

Alexei: figlio del diavolo o figlio del comune?

Alexei viene adottato nel 2000 a sei anni, insieme alla sorella di quattordici mesi, che conosce solo al momento dell'adozione. Alexei era stato lasciato, subito dopo la sua nascita, sulla porta dell'istituto di un paese dell'Europa dell'Est, dove è rimasto fino all'adozione. Si possono ipotizzare deprivazioni affettive, che unite all'età del bambino al momento dell'adozione, siano stati elementi di criticità per una possibile costruzione di una relazione genitoriale riparatoria.

Paolo e Maddalena fanno domanda di adozione dopo circa dieci anni di matrimonio. Vivono entrambi una religiosità rigida. Paolo viene da una famiglia di militari, mentre Maddalena viene da una famiglia di stampo sociale decisamente inferiore, dalla quale porta con sé non solo scarse risorse cognitive e

culturali, ma anche uno stile comunicativo aggressivo.

La crisi della coppia coniugale emerge poco dopo il matrimonio e coinvolge soprattutto la sfera sessuale, ma una separazione non è loro permessa dall'appartenenza religiosa e sociale. L'adozione rappresenta per entrambi un tentativo per risolvere la crisi, poiché non nascono figli.

Alexei arriva in consultazione a quasi sedici anni chiedendo di essere aiutato ad andare via di casa, poiché riferisce di subire in continuazione pesanti svalutazioni e di non essersi mai sentito parte della famiglia¹².

Alexei ricorda di essersi sentito responsabile dei litigi feroci che accadevano tra i genitori e di aver sviluppato da subito difficoltà comportamentali.

I genitori reagiscono alle difficoltà del figlio mandandolo prima in terapia individuale presso l'unità di neuropsichiatria infantile di zona e successivamente organizzando, senza il coinvolgimento dei servizi territoriali, un affidamento etero-familiare, destinato al fallimento.

I genitori attribuiscono ogni responsabilità alla struttura di carattere 'genetica' di Alexei, definendolo più volte «figlio del diavolo», denunciandolo alle Forze dell'Ordine per maltrattamenti familiari (durante un litigio, spinge il padre che si rompe un braccio) ed infine chiedendo anche loro al Tribunale per i Minorenni l'allontanamento del figlio dalla famiglia.

Inizia qui una psicoterapia individuale sistemica, che lo accompagna nel suo percorso di autonomia come richiesto dal Tribunale.

L'evidente impossibilità per i genitori di costruire una legittimazione d'appartenenza nei confronti del figlio maschio, denunciata dall'espulsività, può essere riconducibile alla rigidità di struttura del sistema. Questa rigidità rende impossibile al padre l'elaborazione della sua impotenza, causa della sterilità e della mancata formazione della coppia. La madre non appare in grado di sviluppare una sufficiente e vicariante legittimazione d'appartenenza, anche perché custodisce un'aggressività svalutante verso l'altro, dovuta all'invidia e alla gelosia non consapevole e non elaborabile nei confronti della famiglia del marito socialmente più blasonata e nei confronti delle famiglie con figli, come quella della sorella minore.

Alexei avrebbe potuto essere in grado di nutrire la sua appartenenza a questa famiglia perché dotato di una sufficiente capacità affettiva di attaccamento, dimostrata nei confronti degli operatori della comunità- alloggio in cui viene inserito e della sua datrice di lavoro. Questo processo di legittimazione d'appartenenza non si è realizzato a causa del muro eretto nei suoi confronti dai genitori adottivi che

¹² Per questa situazione si è immediatamente coinvolto il servizio sociale territoriale.

attribuivano ogni responsabilità all'inamovibile evento adottivo.

La situazione specifica narrata nella storia di Alexei permette di ipotizzare che al fine della costruzione della legittimazione d'appartenenza siano indispensabili i presupposti specifici della genitorialità adottiva, ovvero l'elaborazione del lutto per la sterilità e le risorse e capacità in un ambito narrativo, riparativo e contenitivo¹³.

Nel momento in cui arriva il decreto del Tribunale per i Minorenni, che indica l'affidamento del minore al Comune e l'allontanamento dalla famiglia, Alexei afferma felice "sono diventato il figlio del Comune" e non più figlio del diavolo.

2.2 L'imbroglione adottivo

Uno degli elementi che impedisce la ri-negoziazione della legittimazione d'appartenenza è l'imbroglione¹⁴.

Si ritrova negli adolescenti adottivi il pensiero: "mi hanno imbrogliato con gli affetti per impadronirsi di me" e per l'adolescente l'affetto non legittima l'appropriazione.

Il fisiologico processo di separazione ed individuazione spinge a prendere le distanze dal legame affettivo con i genitori.

Per gli adottivi, questo processo colpisce quello che mediamente per il ragazzo è reputato l'unico sostegno alla propria appartenenza alla famiglia adottiva: "appartengo a loro perché li amo e perché loro mi amano", ma il pensiero dell'imbroglione porta a pensare che i genitori lo amino per impadronirsi di lui.

L'adolescenza si configura come riattivazione dei lutti precedenti, con la sua proposta crudele di perdita dell'infanzia. Per il figlio adottivo si richiama il lutto "della vita che avrei potuto avere e che non ho avuto", quella con i genitori genetici. Se non ci si può permettere in questo frangente la rabbia nei confronti dei genitori adottivi colpevoli di aver fornito la "loro vita" e non altre - perché il presupposto di gratitudine o la fragilità dei genitori stessi non lo permette - si entra in un rischio di doppio "insolubile" e patogeno.

Sembra questo il nucleo più difficile e insidioso della ri-negoziazione del "patto" adottivo (Bramati D., Rosnati R., 1998) dalla parte del figlio, ovvero la rinuncia ai genitori genetici come possibilità fantasmatica di "altra vita", con tutti i contenuti dei desideri impossibili nella vita concessa dal dato di realtà. Una soluzione a questo impasse è la costruzione di una doppia appartenenza che o spacca o imbroglia (il figlio adottivo che inventa la realtà e

¹³ Cfr. nota 9: Sui requisiti per l'istruttoria positiva.

¹⁴ Sul tema più generale dell'imbroglione si rimanda a testi Mara Selvini Palazzoli/Cirillo (1986/1988) e Matteo Selvini (1993).

costruisce bugie). É come se il figlio adottivo dovesse un suo sé alla famiglia genetica e uno a quella adottiva e nell'impossibilità di farlo potrebbe perdere il contatto con la realtà.

Irina o il dire il non dicibile

Rispetto al tema dell'imbroglione ci sembra che la storia della consultazione per Irina e per i suoi genitori possa essere un esempio.

Irina viene in adozione da un paese dell'Est nel 2002 a sei anni, dopo aver trascorso alcuni anni in istituto. Prima di allora viveva in una famiglia maltrattante, che non le forniva alcun accudimento. Al tempo dell'adozione, Irina mostrava nell'aspetto fisico i segni della sua storia, tanto che Alessandra la descrive, nel momento del primo incontro, come uno "sgorbietto nero che tremava".

Alessandra e Ivan sono una coppia di bella presenza, soprattutto Alessandra tiene ad una precisa eleganza ed è curata ed impeccabile nell'abbigliamento. Hanno affrontato insieme un pesante cammino medico con interventi chirurgici e numerose inseminazioni artificiali, tutte fallite. Quando la sorella minore di Alessandra rimane incinta di una bambina molto bella, che somiglia ad Alessandra, i coniugi arrivano alla decisione dell'adozione. Entrambi desiderano e fanno richiesta di un bambino neonato.

Le vicende complesse e difficili delle agenzie per l'adozione internazionale portano infine questi genitori ad accollarsi questa bambina senza poter esprimere il loro rifiuto.

Ivan è un professionista di successo e leader carismatico nel gruppo di amici, con un mandato familiare di riscatto sociale che condivide con la moglie. Alessandra ha sempre avuto difficoltà nell'accettare la figlia, verso la quale ha sempre un atteggiamento critico e svalutante. Irina è scura di carnagione ed è rimasta bruttina e presenta serie difficoltà di apprendimento, quindi il confronto con la cugina, bella, bionda e brava a scuola è quotidiano e feroce. Irina si presenta come un'adolescente ribelle e trasgressiva, non nella sostanza, ma nell'aspetto fisico che ora, uscita dalla custodia della mamma, può interpretare a suo modo: piercing vistosi, capelli lunghi con trecce rasta e vestiti trascurati e poco femminili.

La famiglia viene in consultazione familiare per l'atteggiamento oppositivo e provocatorio di Irina, unicamente indirizzato verso la madre. Irina ha sempre dimostrato un attaccamento verso le figure femminili incontrate, zia, insegnanti ..., ma non verso Alessandra.

Per Ivan la legittimazione d'appartenenza è stata possibile poiché Irina non ha messo in crisi il suo mandato familiare di riscatto sociale, attraverso il successo lavorativo, la

ricchezza e la bellezza in quanto egli lo ha già raggiunto in prima persona.

Per Alessandra la situazione è diversa poiché l'arrivo di Irina, per l'aspetto che aveva da bambina e soprattutto per com'è diventata da adolescente, mette in luce i nuclei irrisolti della sua famiglia d'origine, come la competizione con la sorella e le aspettative della madre. Finché Irina era piccola, persisteva per Alessandra una speranza di adeguamento alle aspettative, dovuta anche alle sue cure e alle scelte che la mamma ha fatto per lei; l'adolescenza ha fugato questo desiderio.

La strada presa dalla consultazione è quella della terapia che ha permesso di esplicitare il non detto non dicibile, prendere atto di quanto è successo, senza la paura che sia una colpa ulteriormente dequalificante rispetto ad Alessandra: il fatto di non essersi sentita madre di Irina e quindi di non avere avuto dalla bambina, e ora dall'adolescente, una risposta affettiva.

Il lavoro clinico ha permesso di non strutturare un imbroglio su una mamma-non mamma, garantendo a Irina di aver avuto un padre e ad Alessandra di ri-narrarsi rispetto alla sua storia di figlia e di sorella. Di conseguenza, Irina per Alessandra diventa una persona che, con il suo comportamento provocatorio, chiede di essere accettata per quello che è e a cui si può volere bene, senza essere costretti a considerarla figlia. Se Ivan non avesse affermato con chiarezza la sua disponibilità ad essere padre, si sarebbe potuto anche lavorare sulla rinuncia della genitorialità adottiva, ma la genitorialità residua del padre ha permesso di ipotizzare una prognosi migliore per la ragazza all'interno del sistema.

Irina, nella sua protesta più formale che distruttiva, si riconosce figlia di suo padre, che l'ha sempre ascoltata e accolta nei suoi momenti di ribellione. Possiamo ipotizzare che la sua trasgressione, tutta giocata sul rifiuto della femminilità, non abbia assunto toni più patologici o devianti per la presenza affettiva di Ivan, riconosciuto come padre, e per la persistenza del patto di coppia, che permette ad Alessandra di sentirsi riconosciuta nel suo ruolo di moglie.

Si è cercato di svelare l'imbroglio senza colpevolizzazioni su Alessandra, che si reputava per le cure precise somministrate a Irina una buona mamma con una figlia ingrata: si è potuto dire ad entrambe che potevano vivere insieme in una relazione d'affetto senza legittimazione d'appartenenza filiale-materna.

Il figlio adottivo può trovare la sua strada resiliente, in adolescenza, seguendo il percorso che almeno uno dei due genitori ha fatto. Se i genitori non hanno proposto un figlio idealizzato a cui disperatamente uniformarsi al fine di appartenere a loro, l'adolescente può trovare una soluzione resiliente nel riconoscersi figlio di quei genitori.

CONCLUSIONI

L'adozione è una risposta resiliente agli eventi luttuosi che si connettono alle vicende della sterilità spesso complesse e spalmate nel tempo.

L'approccio sistemico relazionale è elettivo per le situazioni di crisi o sintomatiche nei sistemi familiari adottivi. Permette, infatti, di co-costruire, nella stanza della psicoterapia familiare, una storia "il cui intreccio costituisce la struttura emotiva della famiglia" (Francini, Vito 2002), che non ha saputo farlo da sé, realizzando così la legittimazione reciproca di appartenenza.

Nella presa in carico psicoterapeutica della famiglia adottiva è importante chiarire, attraverso l'indagine trigenerazionale, la qualità della legittimazione d'appartenenza nei confronti del figlio adottivo:

a) Nel caso in cui la legittimazione d'appartenenza non abbia avuto successo, la stessa posizione di figlio all'interno del sistema risulta essere un imbroglio, che, come tale, mantiene il sintomo. Svelando il nodo della mancata legittimazione, quindi l'imbroglio, è possibile ri-narrare una storia familiare che apra nuovi equilibri e appartenenze.

b) Nel caso in cui l'appartenenza sia stata legittimata dai genitori, ma non dal figlio, l'obiettivo della psicoterapia sarà il ripercorrere una narrazione familiare condivisa, presupposto di un ulteriore lavoro per comprenderne quali siano stati gli ostacoli.

c) Nel caso in cui la legittimazione d'appartenenza sia stata co-costruita all'interno del sistema familiare nel suo complesso, la sintomatologia potrà essere trattata come un qualsiasi disturbo relazionale.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., Mascellani A. (2010), *Storie di adolescenza. Esperienze di terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J. and Weakland J. (1956), *Toward a theory of schizofrenia*. (Tr. It. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi 1977).
- Branati D., Rosnati R. (1998), *Il patto adottivo: l'adozione internazionale di fronte alla sfida dell'adolescenza*, Milano: FrancoAngeli.
- Cirillo S. (1992), *Di chi è la colpa dell'adozione*. In *Bollettino dei Consultori familiari di Milano*, n.6.
- Cyrlunik, B. (1999), *Un merveilleux malheur*, Paris: Odile Jacob. (Trad. It. *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*. Milano: Fassinelli, 2000).
- Francini G., Vito A. (2002), *Terapia familiare con famiglie adottive. Quando il paziente designato è adottivo* in *Terapia*

- Familiare n. 70, Milano: FrancoAngeli.
- Laing. R.D. (1977), *Conversations with Adam e Natasha*. New York: Pantheon (Trad. It. *Conversando con i miei bambini*, Torino: Einaudi 2000).
- Guidi D., Bosi S. (1992), *Guida all'adozione*, Milano: Oscar Mondadori.
- Guidi D., Nigris E. (1993), *Il racconto della verità narrabile nella storia adottiva: il linguaggio metaforico e il ruolo dell'operatore* in *Il Bambino Incompiuto* n.1
- Guidi D., Masi G., Tosi N. (1994), *Un'esperienza di lavoro di gruppo con genitori adottivi per un processo di acquisizione di identità familiare*, in *Consultorio Familiare* n.3, anno VIII
- Guidi D., Galessi C., Ruoizzi L. (1995), *La relazione d'appartenenza adottiva attraverso la costruzione della storia familiare (verità narrabile)* in *Consultorio Familiare* n.6, anno VIII
- Guidi D., Carini R. (1995), *La famiglia naturale: cancellare o condividere?* In Saviane L. (a cura di) *Adozione e affido a confronto*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Guidi D., Valerio Sessa D. (1996), *La tutela del minore nell'adozione* in Ghezzi D., Vadilonga F. *La tutela del minore*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Guidi D.; Tosi M.N. (1996), *Genitori di bambini adottati: una sfida per costruire il nuovo romanzo familiare, ovvero una storia familiare condivisa* in "Famiglia e adozione internazionale: esperienze normative e servizi", Milano: Vita e Pensiero
- Guidi D. (1997), *La restituzione dei bambini stranieri: fallimenti adottivi ed indicatori di rischio* in "Bollettino dei Consulenti Familiari" Ed. in proprio, A.S.L. Città di Milano, n°5
- Guidi D., Tosi M.N. (1997), *La spiegazione delle origini come cardine della legittimazione genitoriale adottiva: la verità narrabile al figlio adottivo* in "Minori e giustizia" n°2 Milano: Franco Angeli.
- Guidi D., Cantù D. (2000), *Alla ricerca della genitorialità adottiva: perché non basta il desiderio per diventare genitori adottivi* in "Minori e giustizia" n°4, Milano: FrancoAngeli.
- D. Guidi (2001), *Il racconto dell'adozione* in J. del Bo, M. Meazza, *I percorsi dell'adozione*, Milano: Il Sole 24 Ore Editore.
- Guidi D., Volpe V. (2005), *Le verità narrabili* in *Quaderno dell'istituto di terapia del bambino e dell'adolescente*, Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali.
- Guidi D., Bosi S., Tosi MN (2009), *Quattro storie adottive*, in Marcoli A. *E le mamme chi le aiuta? Come la psicologia può venire in soccorso dei genitori (e dei loro figli)*, Milano: Mondadori.
- Selvini M. (1993), *Psicosi e misconoscimento della realtà* in

Terapia Familiare n. 41, Milano: FrancoAngeli.
Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. e Sorrentino A.M.
(1988), *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano:
Raffaello Cortina Editore.
Ugazio V. (1998 - edizione ampliata aggiornata e rivista
2012), *Storie permesse, storie proibite. Polarità
semantiche familiari e psicopatologie*, Torino: Bollati
Boringhieri

**IL DIALOGO TRA DIFFERENTI PROSPETTIVE
SISTEMICHE NELLA PRATICA CLINICA CON UN
GIOCATORE D'AZZARDO E CON LA SUA FAMIGLIA**
**L'esperienza del Centro di Terapia Familiare del
DPD dell'Asl di Alessandria**

*Silvia Sacco¹, Elena Patris², Susanna Giansante³,
Letteria Imbesi⁴, Arianna Tesone⁵, Cecilia Zadra⁶*

RIASSUNTO. La presenza all'interno dell'équipe di terapia familiare del Ser.D. di Alessandria di diverse prospettive sistemiche, e naturalmente di diverse sensibilità umane, permette di vedere con forza come ognuno partecipa alla costruzione dei significati che emergono nel processo terapeutico. Attraverso la riflessione su questi aspetti, il lavoro d'équipe consiste sempre nel creare armonie nelle dissonanze, permettendo a chi entra nella stanza di terapia di stare nel processo terapeutico, tenendo a mente gli altri punti di vista e assumendosi la responsabilità delle scelte che fa. L'esperienza clinica proposta in questo articolo intende illustrare come il dialogo tra i diversi orientamenti possa farsi utile strumento di lavoro per affrontare il tema della dipendenza, tenendo conto della sua complessità e impostando un trattamento che permetta di esplorare ipotesi alternative per costruire insieme nuovi significati del problema e nuove possibilità di affrontarlo, tenendo conto dell'unicità dell'incontro terapeutico. Tale pratica risulta essere anche un allenamento utile per il terapeuta che si trova a lavorare da solo, perché quei diversi punti di vista e sensibilità possono costituire una sorta di équipe interna a cui attingere per costruire ipotesi.

SUMMARY. Different systemic approaches, along with individual human sensitivities, within the family therapy team of the Ser.D. of Alessandria, clearly show how both contribute to the understandings that emerge in the therapeutic process.

Through reflection on these aspects, teamwork always contributes to creating harmonies in dissonances, allowing those who enter the therapy room to stay in the therapeutic process, helping them keep in mind other points of view and taking responsibility/ownership for the choices they make. The clinical experience proposed in this article intends to illustrate how the dialogue between the different orientations can be a useful working tool to address the issue of addiction, in considering its complexity, and in setting up a treatment that allows to explore alternative hypotheses, to build

¹Dirigente Psicologo, ASL AL, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, Responsabile del "Centro di Consulenza e Psicoterapia Familiare Sistemica" del DPD- sede Alessandria

²Psicologa, specializzanda in psicoterapia presso il Centro Milanese di Terapia della Famiglia

³Psicologa, specializzanda in psicoterapia presso la Scuola Mara Selvini

⁴Assistente sociale, DPD, ASL di Alessandria, Mediatrice familiare

⁵Psicologa, specializzanda in psicoterapia presso l'Istituto Emmecci di Torino

⁶Psicologa, specializzanda in psicoterapia presso la Scuola Iris di Milano

together new views of the problem and new possibilities to face it, unique to each therapeutic encounter. This practice is also useful training for the therapist who finds themselves working alone, because the different points of view, and sensitivities can constitute a sort of internal team to draw on, to build hypotheses.

PAROLE CHIAVE: terapia familiare, gioco d'azzardo, dipendenze, prospettive sistemiche, lavoro d'équipe, processo terapeutico.

"...se non si dice non esiste"
Marcello Bandini, Sed. N.3

INTRODUZIONE

Il Centro di Consulenza e Psicoterapia Familiare Sistemica del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze dell'ASL di Alessandria lavora da trent'anni sulle tematiche della funzione del "sintomo dipendenza" nelle relazioni familiari: luogo di ipotesi, pensieri, riflessioni e trattamento delle famiglie e delle coppie con problematiche di dipendenza.

Nel lavoro con le famiglie, molti servizi pubblici per le dipendenze hanno cambiato diversi paradigmi di lettura del fenomeno, alla ricerca di formule spesso sempre più scientifiche per spiegare la "malattia-addiction".

Come scrive Coletti (2017), "una volta, terapia familiare e consumi di sostanze erano strettamente legati" (p. 54); e così continua ad essere per noi, che, come sistemici, diamo ai sintomi la funzione di comunicare con l'ambiente che li circonda. Il nostro navigare per ipotesi in questo arcipelago, sempre più costellato di termini come "neuroimaging", "fattori epigenetici", "malattia cronica recidivante", ci ha dato la possibilità di provare a salvaguardare i nostri trattamenti da un riduzionismo lineare sempre più imperante.

Detto ciò, non potevamo non far entrare nel novero delle nostre esperienze cliniche l'intervento sulle dipendenze senza sostanze: il trattamento dei giocatori patologici con le loro famiglie, oggetto di nuovi progetti e gruppi di lavoro nei servizi come il nostro.

Un caso su cui stiamo attualmente lavorando ci ha particolarmente coinvolto e richiama, come spesso accade nel nostro setting, al tema della famiglia come "concausa" (Coletti, ibidem), una famiglia con una lunga storia disfunzionale dove il "problema" attuale, il gioco del figlio Attilio, è solo l'ultima risposta in ordine di tempo al malfunzionamento del sistema, uno strenuo tentativo di mettere in discussione le regole omeostatiche di questa famiglia.

La scelta di un caso "in itinere" ci ha posto a nostra volta di fronte a un azzardo: scrivere di qualcosa che è in evoluzione, e che ci ha costretto a numerose discussioni e a modificare di seduta in seduta le nostre ipotesi. Alla fine, abbiamo scelto di smettere di aggiornare il canovaccio della

storia delle sedute e di fermarci a guardare il nostro lavoro, provando a raccontare le nostre lenti, ciò che noi vediamo come costruzione condivisa, con i punti di vista di ben sei occhiali che vedono cornici a volte diverse (Lynn Hoffman, 1990).

In tanti anni di lavoro, il caso ha voluto che le specializzande arrivate nell'équipe, e spesso rimaste per tutta la durata del tirocinio quadriennale, appartenessero a scuole sistemiche differenti (approccio strategico, contestuale, strutturale, costruttivista etc.): molte idee e molti maestri, insieme con le nostre diversità, in un cammino di costruzione e comprensione del contesto a cui ciascuna di noi partecipa alla maniera cibernetica (Keeney, 1985) nel riconoscere i presupposti che stanno alla base del proprio lavoro. Ed è stato proprio questo l'oggetto dei nostri sguardi nel raccontare il processo terapeutico con questa famiglia: la nostra epistemologia, che, come ci insegna Bateson, sottende l'azione e la cognizione, attraverso l'esame delle nostre ipotesi, per capire meglio come noi ed i nostri pazienti agiamo e pensiamo nel corso della terapia.

1. LA FAMIGLIA BANDINI

La famiglia Bandini è stata inviata al nostro Centro di Terapia familiare dall'équipe Gioco d'Azzardo Patologico del DPD dell'ASL AL, a cui la madre e la zia del paziente si sono rivolti nell'autunno 2019. A telefonare per prendere l'appuntamento con noi è stato il padre Marcello, spinto dalla moglie, a fine febbraio 2020. L'appuntamento subirà diversi spostamenti a causa della pandemia.

Il nucleo familiare è così composto: il padre Marcello (63 anni), attualmente manutentore di slot machines, che in passato è stato un dirigente nella fabbrica del suocero, poi responsabile commerciale in Africa; la madre Antonella (62 anni), laureata in architettura, lavora come insegnante di sostegno; il figlio Attilio (33 anni), per cui viene chiesto aiuto, ex assicuratore, da poco corriere ed istruttore di paddle; la secondogenita Valeria (31 anni), laureata in design di moda, convivente con il fidanzato a Milano, stessa città in cui lavora. Infine, Ornella (67 anni), sorella di Antonella, separata, commercialista ora in pensione, che in tante occasioni ha aiutato la famiglia a far fronte ai debiti contratti sia da Marcello, per i fallimenti lavorativi, sia da Attilio, a causa dei furti commessi e dal gioco.

Il problema riguarda il gioco patologico del figlio, che sembra aver perso il controllo sul senso del denaro; ha iniziato a scommettere sullo sport e, dopo un primo momento di effettivi incassi, ha accumulato diversi debiti, fino a perdere lavoro. In precedenza, Attilio lavorava come assicuratore e aveva un buon guadagno, ma nel 2018 è stato licenziato in seguito a un furto di ingenti somme delle

quietanze dei clienti. Viene descritto come un ragazzo intelligente e preciso, ma anche introverso e facilmente irritabile. Marcello segnala inoltre un uso eccessivo di cannabis, tuttora presente.

Attualmente Attilio vive in campagna nella casa in cui abitavano i nonni materni, ma a breve dovrà trovare un'altra sistemazione, poiché questa verrà ristrutturata per diventare la casa dei genitori e della zia Ornella.

Marcello descrive il figlio come un bambino bravo alle elementari, la cui carriera scolastica è andata peggiorando, fino a quando, nel 2004, interrompe gli studi al liceo; nello stesso periodo, Marcello è in Africa per lavoro (dal 2004 al 2007) e Valeria inizia a manifestare un disturbo alimentare, per il quale verrà curata a Milano dai 20 ai 22 anni; attualmente tale disturbo sembra essere in remissione. Attilio ha interrotto il trattamento individuale presso il Servizio dopo tre colloqui con la psicologa dell'equipe GAP, la quale ha ipotizzato una personalità di tipo narcisista/antisociale. Nella telefonata, il padre ci dice che, su pressione della famiglia, Attilio ha accettato di venire ad un incontro familiare.

2. IL TRATTAMENTO

Da luglio a novembre 2020 ci sono state 4 sedute di consulenza familiare, a cui hanno partecipato i genitori e la zia, i genitori, i genitori con i figli, e di nuovo i genitori soli.

L'équipe è costituita da una psicoterapeuta sistemica ed una coterapeuta specializzanda in seduta, e dietro lo specchio il resto del gruppo di lavoro (tre specializzande ed una mediatrice familiare).

La consulenza si è conclusa con la decisione di offrire la possibilità terapeutica alla coppia genitoriale, dopo le reiterate assenze di Attilio, sempre giustificate dai genitori con motivi di lavoro. La coppia ha deciso di accettare, specificando che Marcello viene "solo" perché la moglie Antonella "ne ha tanto bisogno".

Da dicembre ad aprile sono state quindi effettuate altre 5 sedute; la ristrutturazione del setting ha anche permesso un passaggio di testimone tra la specializzanda che terminava il suo percorso formativo con una specializzanda che aveva comunque seguito il trattamento dietro lo specchio.

3. I PUNTI DI VISTA DELL'ÉQUIPE

Quelli che seguono sono sguardi differenti per orientamento teorico, esperienza clinica, sensibilità, stili di scrittura. A ogni occhiale, insomma, corrisponde una penna, e abbiamo volutamente lasciato che ognuna mantenesse il proprio modo di dare coerenza alle idee per farne racconto e pensare come prendersene cura.

3.1 Il punto di vista dell'inviante (G.A.P.)

Il *disturbo da gioco d'azzardo* è definito come un comportamento problematico di gioco d'azzardo, persistente e ricorrente, che causa difficoltà e disagio clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013). Il nuovo DSM - 5 classifica il Gambling Disorder tra i disturbi di dipendenza anziché tra i disturbi del controllo degli impulsi, assimilando il gioco alla dipendenza da sostanze. Si parla infatti di dipendenza senza sostanza. Sul versante del trattamento, sono spesso i problemi economici a spingere il giocatore o la famiglia a rivolgersi ai servizi di cura. L'operatore che accoglie il paziente, in via preliminare è chiamato a ricostruire il quadro economico-finanziario e la situazione debitoria. Ciò al fine di valutare l'intensità del gioco e delle perdite, la presenza o meno di debiti e l'impellenza di farvi fronte, compresa l'individuazione dei soggetti ed enti creditori, le possibilità realistiche che ha il paziente di far fronte ai debiti e in particolar modo le capacità di amministrare correttamente il proprio denaro.

L'operatore ha a disposizione modalità di intervento sul piano finanziario che si collocano su un piano comportamentale oppure su un piano cognitivo.

Sul piano comportamentale gli interventi focali sono:

1. La limitazione dell'accesso al denaro e il monitoraggio finanziario
2. La riorganizzazione del budget mensile personale/familiare
3. Il calcolo del potenziale di pagamento dei debiti
4. Le indicazioni al ricorso all'amministrazione di sostegno

Con Attilio è stato chiaro fin da subito che un lavoro sulla psico-educazione non poteva prescindere da quello sulle relazioni familiari. Il comportamento sintomatico sembrava, almeno in parte, funzione della relazione tra i membri del sistema famiglia. Come gruppo Gap, abbiamo quindi pensato di fare l'invio all'équipe di Terapia Familiare, di cui faccio parte anch'io, accedendo così alla possibilità di acquisire una nuova prospettiva attraverso l'integrazione dei due sguardi.

Dai familiari il giocatore è spesso visto come una persona irrecuperabile, che ha rovinato tutti e che deve essere allontanato dalla famiglia. Similmente ci possono essere situazioni in cui la famiglia, invece che agire "contro" il giocatore, almeno in un primo momento quando non è chiara l'entità del disastro economico, può pensare di regolare le cose per conto proprio, mettendo il giocatore in una posizione "controllata" e pagando i debiti da lui contratti. In questo caso, la famiglia è più preoccupata che la situazione trapeli all'esterno, prevale il sentimento di vergogna. Prima o poi

questi tentativi falliscono, il quadro benevolo iniziale si trasforma in una rabbia cieca e aggressiva. Ci si sente presi in giro e imbrogliati e la famiglia è portata a rivolgersi all'esterno (ad un esterno competente) come nel caso dei Bandini.

Nella famiglia Bandini è la madre in particolar modo ad aver provato sentimenti espulsivi verso Attilio, ritenendosi ferita e tradita dai comportamenti del figlio, a partire da quando al termine del ciclo di studi (licenza media) non ha ottenuto il giudizio da lei auspicato fino ad arrivare al comportamento di addiction verso il gioco patologico, che ha comportato gravi perdite economiche, ma anche la perdita di vista di obiettivi prestigiosi (le aspettative della madre sul figlio). Il padre di Attilio al contrario minimizza i comportamenti del figlio e tende ad essere possibilista: *"Questo è un periodo buono, Attilio si sta comportando bene, lavora, utilizza i soldi dello stipendio in maniera oculata, bisogna dargli fiducia"*.

In questa famiglia è particolarmente presente la zia materna, che agisce come un terzo genitore: negli anni ha coperto le perdite economiche della famiglia, prima quelle del cognato, evitando che la ditta di sua proprietà andasse in fallimento, poi quelle di Attilio, foraggiandolo e poi pagando le diverse spese per suo conto. L'ultimo acquisto per conto di Attilio è stato l'appartamento dove la madre e la zia hanno pensato dovesse andare ad abitare. Appartamento che è stato acquistato senza coinvolgere Attilio, a cui è stato comunicato "solo" di aver concluso un atto di compravendita.

Il lavoro terapeutico sulla famiglia ha l'obiettivo di chiarire all'intero nucleo che il portatore del sintomo è semplicemente colui che si è fatto implicitamente carico di manifestare la disfunzionalità familiare, e che paradossalmente mantiene l'equilibrio del sistema, proprio attraverso la compensazione patologica ricercata nel gioco. La famiglia è chiamata ad implicarsi personalmente nel processo di analisi e trasformazione delle dinamiche relazionali che hanno generato il problema del gioco, al fine di giungere ad un modo funzionale di vivere le relazioni famigliari.

3.2 Il modello sistemico familiare trigenerazionale: verso l'indIPENDENZA

L'Istituto Emmeci, sede torinese del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale fondato da Luigi Cancrini, opera seguendo un approccio multidisciplinare ispirato alla tradizione relazionale e sistemica, una visione d'insieme basata sul benessere del sistema individuo, coppia e famiglia.

Tra gli importanti modelli che hanno contribuito a questo approccio, farò riferimento principalmente a quello sistemico familiare trigenerazionale, basato sul concetto di ciclo di vita della famiglia, che inquadra lo sviluppo attraverso fasi evolutive prevedibili.

In termini di ciclo di vita possiamo trovarci di fronte a 5 tipi di situazioni o fasi (Bruni F., Defilippi P., 2007):

- a) la situazione della famiglia durante l'adolescenza;
- b) la situazione dello svincolo;
- c) la situazione del giovane adulto in fase di organizzazione;
- d) la situazione propria della famiglia con un piccolo bambino;
- e) la situazione della terza età.

Ogni situazione richiede precisi compiti evolutivi, e il modello del ciclo di vita si rivela particolarmente utile soprattutto per osservare come vengono affrontati il cambiamento e la riorganizzazione da una situazione ad un'altra, perché è proprio in quelle fasi di transizione che si verificano profonde trasformazioni psicologiche e strutturali.

Nella famiglia che andremo ad analizzare vorrei soffermarmi sulla fase di transizione che, attraverso lo svincolo, permette ai figli di lasciare il nido per investire in un proprio progetto di vita. Attilio e Valeria appaiono non del tutto svincolati dalla famiglia d'origine, e anche i genitori vedono questi figli non autonomi e poco capaci di costruirsi una propria famiglia. Durante una seduta dei genitori, la madre ha affermato che pensa che i propri figli possano costruire una famiglia solo a patto di trovare partner che li sopportino. Attualmente, entrambi i figli hanno delle relazioni sentimentali: Attilio è legato ad una donna più grande di lui, molto accudente, che sembra sostituire un po' la figura materna, mentre Valeria ha un compagno con cui vive a Milano da anni, conducendo, secondo i genitori, una vita spensierata senza figli. Quando abbiamo chiesto ai genitori come immaginassero i figli tra 5 anni, ci hanno restituito un quadro in cui i figli sembravano incapaci di qualsiasi evoluzione in una direzione diversa da quella attuale.

All'interno di una famiglia, i passaggi evolutivi a cui ci si trova di fronte sono sempre già stati affrontati dalle generazioni precedenti, attraverso modelli ricorrenti di rapporti multigenerazionali che si tramandano di generazione

in generazione.

Anche per i Bandini, le aspettative della coppia genitoriale sembrano riproporsi in un modello che appare già strutturato dai loro genitori, un modello in cui i figli sono investiti da grosse responsabilità nel raggiungimento di una posizione sociale. In questo ha un ruolo significativo il denaro.

I figli sono ancora vincolati ai genitori, che li sostengono economicamente, pagando i debiti di gioco di Attilio e, a suo tempo, la costosa scuola di Valeria. Anche quando non sono i genitori a intervenire, ci pensa la zia Ornella, che è da sempre invischiata negli affari di famiglia. È lei, infatti, che ha pagato i debiti del cognato, ed è sempre lei che interviene nei momenti di necessità, anticipando le richieste, come nel caso dell'acquisto della casa per Attilio. Marcello, inoltre, da sempre maneggia denaro, fino all'attuale impiego con le slot-machine.

Attilio sembra dunque investito da un mandato generazionale, quello di mantenere uno status sociale attraverso l'acquisizione di denaro. In questo modo, si realizza un processo di delega che, di generazione in generazione, perpetua la richiesta di soddisfacimento di bisogni rimasti inappagati e mina la possibilità di differenziazione dalla famiglia di origine.

Il tentativo di Attilio di portare avanti il compito attraverso il gioco d'azzardo, però, è destinato a fallire, intrappolandolo in un nido che immaginato vuoto, senza figli, probabilmente spaventa. Già da bambino, proprio mentre i genitori si stavano separando, una nefrite del piccolo ha convinto il padre a fare ritorno al nido familiare e la coppia a ricostituirsi.

Il terapeuta ha quindi il compito di facilitare lo svincolo, guardando ai tre piani generazionali (le famiglie di origine, la coppia, i figli) e accompagnando i genitori a lasciar andare i propri figli.

Particolarmente significativa per questa famiglia è la metafora del cormorano (Canevaro, 2009): "I cormorani sono uccelli marini che prima di abbandonare il nido regrediscono a comportamenti appresi nelle prime ore di vita: pigolano, dondolano fino a spiccare poi il volo. Un passo indietro per farne due in avanti, in una sorta di regressione finalizzata al progresso. Il cormorano, come l'uomo, aspira a diventare un essere indipendente, autonomo, e questo riesce a farlo solo dopo cinque salti/passi all'indietro. Dopo ogni salto, l'uccello marino regredisce a modi di agire più "infantili", meno "organizzati", per poi continuare fino a diventare "adulto". Non sono salti facili: gli zoologi spiegano come durante questo "percorso", il cormorano si trovi ad essere senza territorio e senza cielo, come un vagabondo, senza la possibilità di appoggi sicuri. Questo lo porta a ritornare a cercare cibo dai suoi genitori, una regressione che dura per alcuni giorni, fino a scomparire" (p. 33).

Non sono salti facili, come dice Canevaro, e per affrontarli Attilio avrà bisogno che quelle aspettative troppo ingombranti lascino spazio alle risorse familiari che i genitori gli possono donare per permettergli di attrezzare lo zaino con cui affrontare il viaggio.

3.3 L'uso delle sette porte in terapia

Il punto di vista della scuola fondata da Mara Selvini Palazzoli prende in considerazione la necessità di mettere a fuoco il paziente, la famiglia e il sistema terapeutico attraverso l'uso di "sette porte d'ingresso" o "mappe", che permettano di ricostruire la storia evolutiva del paziente, le difficoltà esistenziali patite da tutti i membri del nucleo familiare e gli inevitabili intrecci che gli eventi e le scelte di ogni componente hanno comportato per gli altri (Cirillo S., Sorrentino A.M., Selvini M., 2016). Tale procedura ha la finalità di consentire al terapeuta e alla famiglia di raggiungere un'ipotesi condivisa su ciò che è stato della loro esistenza, sia per quanto riguarda i limiti e le mancanze avute, sia per sottolineare gli aspetti di risorsa del sistema. Per ragioni di spazio e di reperibilità di tutte le informazioni, ho deciso di soffermarmi maggiormente sulla porta della diagnosi sistemica. Il materiale di seguito riportato, fa riferimento ai verbali e ai resoconti delle colleghe, essendo subentrata come osservatrice a terapia già cominciata.

La prima porta è relativa al contesto della domanda, che può essere di tipo familiare per un paziente non richiedente, relazionale, coatto o individuale: in questa prospettiva, il contesto diventa il contenitore in cui prendono forma sia le relazioni che le comunicazioni (verbali e non verbali) che vengono scambiate. Nel caso della famiglia Bandini, il contesto della domanda è del primo tipo: è la madre di Attilio a fare domanda per il figlio all'Equipe G.A.P., non supportata pienamente dal marito, sottolineando un sistema di riferimento genitoriale intriso di profonde divisioni circa la necessità di chiedere aiuto. Attilio non riconosce di avere un problema e partecipa alla terapia solo per un incontro. Tale situazione solleciterà pertanto le terapeute a riprogettare l'intervento con i soli coniugi, al fine di creare alleanza e collaborazione con gli unici membri che prenderanno parte al progetto terapeutico.

La seconda porta fa riferimento alla diagnosi sistemica, cioè alla connessione tra il funzionamento della famiglia e la sofferenza di uno dei suoi membri, individuando le difficoltà della posizione del paziente, sia nel qui e ora, sia nella sua storia. I genitori di Attilio e Valeria si sono sposati nel 1985: se Antonella è stata ben accolta dalla famiglia d'origine del marito, per Marcello non è stato altrettanto poiché considerato non un "buon partito" dai

genitori di Antonella. Quest'ultima, per non dover ammettere di aver fatto una scelta errata, sembra aver mascherato i fallimenti lavorativi del marito, ponendovi economicamente rimedio e mettendo in secondo piano la sua carriera professionale. Marcello è stato spesso lontano dalla famiglia per viaggi di lavoro, risultando un modello di riferimento poco presente e costringendo Antonella a reggere da sola il fardello della relazione con i figli. L'uomo, negli anni, non sembra aver compreso i nuclei sofferenti della moglie, divenendo incapace di sostenerla nei momenti più critici ("Lei è una donna, si sofferma su cose che potrebbe tralasciare", "Questo è un momento tranquillo, se lei avesse le forze di stare psicologicamente bene, potremmo goderci il momento"). Con l'arrivo dei figli, le attenzioni fisiche ed emotive di Antonella nei confronti del marito sembrano essere venute meno, facendo emergere le difficoltà di Marcello nel sostenere questa situazione e spingendolo a ricercare attenzioni altrove (con il tradimento). Con la nascita della secondogenita, per la signora i compiti genitoriali sembrano essere diventati sempre più pesanti ("Sono andata a fare una visita perché mi sentivo esaurita", "I bambini avevano sempre dei problemi e su di lui non potevo contare"); inappagata nella propria vita affettiva, familiare e coniugale, Antonella è portatrice di un importante nucleo depressivo ("Durante la crisi, mi era venuta la parodontite: mio marito mi portava a Torino e io ero felice di patire dolore fisico, tanto ero depressa"), non riuscendo ad essere una solida figura di riferimento per i figli, sia dal punto di vista fisico che emotivo. Se Marcello sembra mostrare una difficoltà nell'entrare in contatto con il proprio mondo emotivo (speculare alla difficoltà del figlio a riconoscere la sua sofferenza), Antonella sembra mostrare una preoccupazione per Attilio più orientata alla drammatizzazione: in modo molto sofferente, esplicita la sua volontà di "liberarsi" di lui, quasi come se con lui potesse allontanare il senso di tradimento, di rifiuto e di sfiducia provati ("Speravo di essermi liberata di lui", "Mi ha tradita troppe volte"), rendendo di fatto poco accessibile una dimensione di empatia e calore nei confronti del figlio. Sembra dunque che questo percorso di crescita accidentato di Attilio sia stato costituito da una parte dalla scarsa capacità dei genitori di esprimere correttamente le proprie emozioni, con una predominanza di espressioni di critica e di richieste prestazionali e, dall'altra, da misure contraddittoriamente iperprotettive (Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza R., 2017). Sia Antonella che la sorella, infatti, hanno spesso anticipato i desideri e i bisogni di emancipazione di Attilio, sostituendosi in molte occasioni.

La terza porta è quella della sintomatologia: in questo passaggio si rende necessario spiegare alla famiglia il senso della sofferenza del paziente, favorendo l'inizio di un

percorso di cura che miri ad attivare le risorse riflessive e relazionali del sistema. Il gioco di Attilio potrebbe essere letto come sintomo di un disturbo dell'attaccamento dovuto a un'infanzia di accudimento poco efficace e ambivalente: non avendo potuto sperimentare una sana dipendenza che gli permettesse di soddisfare i suoi bisogni di calore ("Io non lo abbraccio mai"), di sostegno ("Io non lo sto a sentire, tanto per lui tutto è paranoia"), di amore e nutrimento affettivo al fine di poter esplorare il mondo in autonomia, sembra che tale situazione abbia fatto emergere la necessità di ricercare surrogati di esperienze di dipendenza, come il gioco patologico. Inoltre, il dilatarsi del periodo di dipendenza dalle figure genitoriali, potrebbe aver facilitato l'invischiamento di Attilio nelle vicende familiari, ritardandone lo svincolo e l'auto responsabilizzazione (Scabini, Donati, 1988; Berrini, Cambiaso, 1995). Di conseguenza, il suo sintomo sembra essere stato un mezzo per denunciare l'impossibilità di parlare della sua sofferenza che, non potendo essere comunicata, viene agita. Già in passato, durante la crisi coniugale di Marcello e Antonella taciuta ai parenti per paura che "diventasse reale", Attilio aveva avuto l'ingrato compito di tenere unita la famiglia attraverso l'insorgere di una nefrite che lo aveva costretto a un ricovero d'urgenza in ospedale, orientando tutte le attenzioni e le preoccupazioni familiari sul suo stato di salute precario.

La quarta porta riguarda la diagnosi di attaccamento, la quale mette in luce il sistema di accudimento dei genitori. Mentre la modalità distanziante del padre suggerisce un attaccamento di tipo evitante, la madre ne suggerisce uno di tipo ansioso/ambivalente. Attilio si mostra fin da subito distante, chiuso, irraggiungibile e poco empatico, suggerendo un attaccamento di tipo evitante; della sorella Valeria, purtroppo non ci sono informazioni sufficienti per poter ipotizzarne il tipo di attaccamento.

La quinta porta fa riferimento alla diagnosi di personalità, che rappresenta un'organizzazione difensiva rispetto ai vissuti soggettivi di sofferenza, agli stress relazionali ed esistenziali e alle sfide evolutive incontrati. A causa del precoce abbandono della terapia da parte di Attilio, non è possibile approfondire questa dimensione. Si può tuttavia ipotizzare, coerentemente con la diagnosi preliminare redatta dalla psicologa che lo ha incontrato, la presenza di tratti di tipo narcisistico-antisociale: Attilio sembra privilegiare relazioni di tipo strumentale a scapito di affetti e sentimenti. Non avendo mai potuto sperimentare una dipendenza sana o una vicinanza emotiva da parte delle figure significative, sembra aver sviluppato una difesa di grandiosità e di arroganza ("A me questa roba non serve").

La sesta porta si occupa della diagnosi trigenerazionale, focalizzandosi sulla storia e sui processi di trasmissione di

tratti e comportamenti attraverso le generazioni a partire dalla riflessione su quale bambino/figlio è stato il genitore e quali modelli avrà interiorizzato. Di questa parte non ci sono sufficienti informazioni che permettano di effettuare un'indagine trigerazionale completa e soddisfacente.

L'ultima è la porta delle emozioni del terapeuta, che prende in considerazione le sensazioni che il paziente gli suscita (controtransfert) e la risonanza, intesa come emozione che si attiva a partire da una somiglianza o identificazione del terapeuta con alcuni aspetti di vita del paziente o degli altri membri della famiglia. Non essendo stata la terapeuta all'interno della stanza e non avendo seguito la terapia fin dal primo incontro, non ho dati sufficienti per approfondire tale dimensione: tuttavia, come osservatrice, ho percepito spesso sentimenti contrastanti nei confronti delle figure genitoriali. Se il signor Bandini mi è parso più distanziante e meno coinvolto nel progetto terapeutico, rimandandomi sentimenti di sfiducia per il lavoro terapeutico fatto fino a quel momento, ho percepito la signora Bandini più motivata al percorso ma sofferente, suscitandomi sentimenti di tristezza e solitudine durante gli incontri.

3.4 Uno sguardo sistemico-relazionale integrato con la teoria dell'attaccamento

La scuola di psicoterapia IRIS di Milano utilizza un modello sistemico-relazionale integrato con la teoria dell'attaccamento, con l'obiettivo di spiegare la complessità della sofferenza umana, muovendosi dal particolare (l'individuo) al generale (il sistema) e viceversa. I concetti di ipotesi relazionale e gioco disfunzionale (Palazzoli et al., 1988), quindi, risultano prioritari così come l'attenzione verso gli esiti dell'impatto del gioco relazionale sull'individuo e i contributi individuali al proseguimento del gioco stesso (Agnetti, Barbato, Rangone & Vadilonga, 2014).

Secondo la teoria dell'attaccamento, attraverso l'interazione con il caregiver il bambino sviluppa dei Modelli Operativi Interni, ossia delle aspettative e rappresentazioni inconse su di sé e sull'altro che guidano le relazioni sociali e che diventeranno la base sulla quale costruire le relazioni anche in età adulta (Bowlby, 1973; Bowlby, 1979). A seconda delle risposte del caregiver ai segnali di attaccamento del bambino, infatti, questo potrà sviluppare uno stile di attaccamento sicuro, che costituisce un fattore protettivo per il benessere psicologico dell'individuo, oppure uno stile di attaccamento insicuro evitante, insicuro ansioso-ambivalente o disorganizzato, che al contrario possono costituire dei fattori di rischio (Main & Solomon, 1986; Ainsworth et al., 1978; Attili, 2009).

La ricerca ha dimostrato che sia i giocatori a rischio che

i giocatori patologici riportano livelli maggiori di attaccamento insicuro rispetto ai giocatori non problematici (Pace et al., 2013), e che scarsi livelli di attaccamento costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo della dipendenza da gioco d'azzardo oltre che da Internet e dai videogame (Estévez et. al, 2017; Monacis et al., 2017).

La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1973), quindi, può aiutare a comprendere lo sviluppo della dipendenza, e le dipendenze stesse possono essere viste come patologie dell'attaccamento (Estévez et. al, 2017; Schimmenti & Bifulco, 2015). Anche nel caso della famiglia Bandini, quindi, l'integrazione della teoria dell'attaccamento con l'approccio sistemico può essere utile per comprendere le dinamiche relazionali presenti nel sistema, nella diade e nell'individuo, e per definire obiettivi clinici specifici. Sebbene non siano stati somministrati test per la valutazione degli stili di attaccamento presenti all'interno della famiglia, quindi, possiamo fare alcune ipotesi sulla base delle sedute di psicoterapia svolte fino ad ora.

Il signore e la signora Bandini sembrano utilizzare strategie molto diverse per affrontare i momenti di difficoltà, per regolare ed esprimere le proprie emozioni e per interpretare gli stati emotivi dell'altro e rispondervi; infatti, mostrano spesso di avere opinioni diverse sulle situazioni e sul modo di affrontarle.

Marcello sembra avere un attaccamento insicuro evitante: tende a sottovalutare i problemi, come dimostrato dalla sua reazione di fronte all'anoressia della figlia e al gioco d'azzardo di Attilio ("secondo me Attilio ha giocato perché aveva troppi soldi in tasca"), e non sembra sintonizzarsi facilmente con le emozioni dell'altro (per esempio, non riconosce la sofferenza vissuta dalla moglie mentre lui si trovava in Africa); inoltre mostra una tendenza a nascondere i propri stati emotivi e a risolvere le sue difficoltà autonomamente (afferma di essersi abituato fin da ragazzino a non chiedere aiuto e sostiene di essersi "fatto la terapia da solo" per risolvere il problema dell'ipocondria), mostrando un eccessivo ottimismo. Allo stesso tempo tende ad evitare i problemi ("se non si dice non esiste") e a delegare la gestione dei problemi agli altri (per esempio sono state la moglie e la cognata ad approfondire le motivazioni del licenziamento del figlio, mentre lui sembra essersene disinteressato). Tutte queste caratteristiche sembrano coerenti con l'atteggiamento di sfiducia che mostra nei confronti del percorso terapeutico, infatti afferma: "Io ho un problema: rispetto il vostro lavoro, ma non fa per me. Vengo qui perché vuole venire lei, ma io sono abituato fin da ragazzino a risolvere i problemi da solo".

Al contrario, Antonella sembra vivere i momenti di difficoltà e le emozioni negative in modo molto intenso, tanto da non riuscire a valutare le situazioni senza essere

influenzata dai propri vissuti emotivi: per esempio racconta di essersi sentita "tradita" da Attilio quando all'esame di terza media ha ottenuto un voto inferiore a quello che si sarebbe aspettata ("io sono pessimista, mi ha tradita troppe volte"), mostrando una scarsa empatia nei confronti del figlio e dando una tale importanza alla prestazione, da lasciare che questa potesse influenzare il loro rapporto; inoltre, sembra che la signora tenda ad esprimere ciò che prova in modo amplificato, come a voler convincere l'altro della propria sofferenza, un altro che sente spesso poco disponibile nei suoi confronti (per esempio si lamenta spesso dell'essersi sentita sola e poco sostenuta dal marito nella gestione dei figli e di sentirsi poco ascoltata). Possiamo ipotizzare che queste caratteristiche, tipiche dell'attaccamento insicuro ambivalente, siano state ulteriormente enfatizzate da eventi di vita che sono stati fonte di stress e sofferenza: la nascita prematura di Attilio (nato a sette mesi), il suo ricovero per ittero e sottopeso per tre settimane e i primi mesi in cui la signora racconta di averlo dovuto allattare ogni due ore, svegliandosi spesso durante la notte e senza poi riuscire a riaddormentarsi; la nascita della secondogenita a venti mesi di distanza dalla nascita di Attilio, e ancora la relazione extraconiugale del marito, il rischio di separazione, il tumore del padre, il suo suicidio e la nefrite di Attilio: si tratta di eventi stressanti e dolorosi che, oltre ad aver portato una grande sofferenza, possono anche avere influenzato la signora nel suo ruolo di madre (già in difficoltà).

Per motivi diversi, sembra che entrambi i genitori abbiano fatto fatica a sintonizzarsi emotivamente con entrambi i figli, i quali infatti sembrano aver cercato di trovare delle "soluzioni" esterne alla loro sofferenza (l'anoressia di Valeria e il gambling di Attilio) non riuscendo a trovarne all'interno della relazione con i genitori.

Se per quanto riguarda Valeria è difficile fare delle ipotesi sullo stile di attaccamento, dal momento che ha partecipato ad una sola seduta e che non essendo il paziente designato è stata meno al centro dei discorsi affrontati con i genitori, per quanto riguarda Attilio possiamo ipotizzare che abbia sviluppato un attaccamento insicuro evitante.

Attilio, infatti, si mostra molto sicuro di sé e sembra voler mantenere una certa distanza emotiva in (quasi) tutte le relazioni: con le fidanzate, con le quali non sembra riuscire ad instaurare un legame profondo e duraturo (a questo proposito la madre racconta che Attilio "forse vuole mostrare di essere indipendente con questo atteggiamento di sufficienza, di non avere bisogno di lei. Quando andava a scuola aveva una ragazza, ma si fa lasciare perché non le calcola abbastanza"), con la sorella, che frequenta molto poco, e con il padre, che sicuramente con le sue modalità evitanti contribuisce a mantenere questa distanza.

Allo stesso tempo, però, sembra che tra Attilio e la madre

ci sia un rapporto molto stretto, seppur conflittuale, che viene riconosciuto sia dalla zia Ornella che dalla sorella Valeria, che racconta che "le discussioni sono tra Attilio e la mamma perché hanno un legame forte e separarsi non è semplice". Sembra quindi che Attilio cerchi di ostentare una sicurezza che, in realtà, nasconde un forte bisogno affettivo che lo porta frequentemente al conflitto con la madre, la quale difficilmente riesce ad empatizzare con le sue emozioni e a rispondere adeguatamente ai suoi bisogni inespressi: come il padre, infatti, anche la madre sembra pretendere da Attilio una grande autonomia nella gestione delle sue emozioni e dei problemi (per esempio ricordiamo le parole di Antonella in riferimento al problema del gioco: "pensavo fosse abbastanza intelligente da tirarsene fuori da solo"). Attilio, quindi, potrebbe essersi avvicinato al gioco d'azzardo per sperimentare emozioni di successo che potessero compensare l'immagine nucleare di sé negativa (riflesso anche della delusione dei genitori circa le loro aspettative sui risultati scolastici e lavorativi di Attilio). Inoltre, sembra che Attilio tenda a minimizzare i problemi e ad evitarli ("lui non affronta mai le cose di petto, ma di profilo"), aspetto che emerge nella tendenza a sottovalutare la sua dipendenza dal gioco, ma anche l'importanza del percorso di terapia familiare proposto dal Ser.D, scegliendo infatti di abbandonare il percorso ("non è venendo qui che si sistemano le cose").

3.5 Il Milan Approach: l'attenzione alle premesse epistemologiche, tra idee perfette e idee utili

Sono entrata in seduta con la famiglia Bandini come coterapeuta al termine della fase di consulenza, quando era ormai chiaro che Attilio non avesse intenzione di organizzarsi per partecipare e si era quindi deciso di lavorare con i genitori.

Prima di avventurarmi in qualche breve riflessione sul lavoro fatto insieme alla famiglia Bandini, tengo a precisare alcune delle premesse da cui parto, in particolare l'idea di dipendenza e quella di terapia.

Come allieva del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, ho come significativo riferimento il pensiero di Gregory Bateson, che nel suo metalogo sulla dipendenza (Bateson, 1987) invita a superare la tendenza a parlare della dipendenza come caratteristica intrinseca al singolo individuo, per rivolgere l'attenzione al contesto di interazione che è possibile ipotizzare possa essersi fatto terreno di apprendimento per il comportamento che si configura come dipendente. In quest'ottica, tale comportamento, come qualsiasi sintomo, appare quindi come un tentativo di trovare una soluzione, e in un certo senso sembra quasi avere ragione la persona quando, ed è il caso del nostro Attilio, non riconosce di

avere un problema, perché per certi versi quello che succede è solo uno dei modi in cui la famiglia cerca di avere a che fare con questioni relazionali che non trovano altri spazi. Tutta la famiglia, così, viene considerata parte del problema, uscendo da una logica di colpevolizzazione della persona in carico al servizio, ritenuta incapace di controllare il proprio impulso a giocare d'azzardo o a bere, o dal vissuto di fallimento dei familiari che si sentono impotenti di fronte al comportamento del proprio caro.

La matrice batesoniana è evidente anche nell'idea di terapia, intesa come un'esplorazione dell'evoluzione dei significati attribuiti agli eventi della vita e come una co-costruzione di nuove possibilità di riconnettersi all'esistenza. Il terapeuta sistemico, riconosciuta l'illusorietà della finalità cosciente (Bateson, 1972), non è un esperto nel definire una patologia e le strade per curarla, dal momento che non è possibile controllare qualcosa di cui egli stesso fa parte. La sua competenza è quella di stare dentro al processo e creare le condizioni per il cambiamento, inteso come possibilità di uscire dalla rigidità delle proprie narrazioni e rimettere in moto il fluire dell'esistenza, in linea con l'imperativo etico di Heinz Von Foerster (1982): "Agirò sempre in modo da accrescere il numero totale delle possibilità di scelta" (p. 202).

Partendo da queste premesse, porterò il mio sguardo sulle narrazioni prevalenti di questa famiglia, provando a fare ipotesi su quelle che Cecchin e Apolloni (2003) chiamano idee perfette e sui contesti di interazione in cui si sono costruite. Le idee perfette, ci dicono Cecchin e Apolloni nel loro "disordinato manuale di idee utili alla psicoterapia" (p. 18), emergono nell'interazione tra esseri umani come teorie utili a orientare il comportamento, ma diventano tali, perfette, quando perdurano nel tempo e strutturano meccanismi prevalenti di comportamento che lasciano poco spazio alla possibilità di esplorare altro, facendo perdere la flessibilità nel proprio repertorio di scelte. Un po' come può succedere alle ipotesi del terapeuta, e infatti uno dei principali insegnamenti della scuola di Milano è proprio quello di non innamorarsi delle proprie ipotesi, perché così si rischierebbe di perdere il contatto con il processo e di bloccarne l'evoluzione.

Nell'ascolto del racconto della famiglia, una delle cose che mi ha colpito è che spesso i suoi membri si sono rivolti all'esterno per trovare soluzioni a situazioni complicate. Penso, ad esempio, all'impresa di Marcello in Africa per sanare i debiti dell'azienda, agli interventi economici da parte della zia Ornella, all'uscita dal nucleo abitativo vista come salvezza, all'influenza attribuita alle fidanzate e ai fidanzati per "mettere in quadro" o "far maturare". Se penso al gioco d'azzardo da questa posizione, poi, lo vedo come un modo per andare fuori, per dimenticare la realtà inseguendo

il colpo di fortuna. Ecco che qualcosa che si è rivelato utile (Vado fuori a cercare soluzioni) sembra essere perdurato nel tempo, passando attraverso una teorizzazione (Andare fuori aiuta a trovare soluzioni) che ha portato all'irrigidimento in un sistema di idee perfette in cui le possibilità di evoluzione sembrano essersi bloccate (Solo andando fuori posso trovare soluzioni).

Nel momento in cui li incontro in seduta, i genitori stanno ristrutturando la casa di famiglia di Antonella per andarci a vivere insieme alla zia Ornella, ammessa dunque nel nucleo abitativo, il padre viene in terapia, chiamandosi dentro nonostante il suo scetticismo, la sorella di Attilio sta cercando con il compagno una nuova abitazione che permetta loro di uscire da una dimensione provvisoria da studenti. Tutti sembrano fare tentativi, esplorazioni. Anche Attilio: spariscono 50 euro della madre, ma ricompaiono dopo qualche settimana dietro il divano. Forse ha solo bisogno di tempo e di fiducia, come sembra suggerire il padre.

Poi, come ci insegna Von Foerster, gli esseri umani sono molto più creativi di quello che i logici pensano, sono imprevedibili e indeterminabili, ed ecco che, dopo qualche incontro, arrivano Antonella e Ornella, a sorpresa, a comunicarci in maniera accorata che Attilio è stato licenziato e probabilmente continua a giocare. Attilio, insomma, si è catapultato fuori. Apprendiamo, nel corso della seduta, che avevano appena firmato per l'acquisto di una casa per Attilio, senza coinvolgerlo nella decisione. Marcello, dopo un timido tentativo, inascoltato, di esprimere il suo dissenso nei confronti di questa modalità, si ritira. È Ornella, quindi, a correre in soccorso della sorella. Prima comprando la casa ("È lei che ha i soldi", ci dice Antonella), e poi partecipando alla seduta e chiedendoci una strategia per convincere Attilio a farsi curare.

Il tema dei soldi appare particolarmente significativo in questo sistema: solo se hai i soldi puoi prendere una decisione come quella di comprare la casa, puoi liberarti del problema (Attilio), come ci ha detto la mamma, puoi dire la tua, cosa che non può fare il signor Bandini. E sono ancora i soldi quelli che stanno inseguendo nel loro progetto di ritornare nella casa di famiglia: pur di non perdere soldi, lasciano l'amato ma costoso attico in centro, in cui vivono attualmente, più appetibile da mettere sul mercato per la vendita. Nelle dolorose esperienze di fallimento e perdita che hanno vissuto, sembrano aver imparato che i soldi possono aiutare a risolvere i problemi e, quindi, bisogna averne da parte.

E mi sembra proprio quello che fa Attilio: cercare di vincere, o almeno non perdere, denaro. Il gioco diventerebbe per lui uno strumento di autodeterminazione e, al contempo, un modo per corrispondere alle aspettative dei genitori.

Questa famiglia sembra essere arrivata al sacrificio di

tutto in funzione dei soldi partendo dal bisogno di trovare i soldi per risolvere i propri problemi, passando attraverso la teoria che avere i soldi aiuta a risolvere i problemi, fino all'irrigidimento intorno all'idea perfetta che solo se hai i soldi puoi risolvere le cose. Più volte, durante la terapia con loro, ci siamo chiesti dove stesse il desiderio.

È come se, con il gioco, Attilio ingaggiasse una sfida con il denaro e dicesse: io posso farne a meno, io sono capace di non stare in questo sistema. Così come il bevitore di Bateson (1972) non riesce a smettere di smettere di bere, anche Attilio non sembra riuscire a smettere di smettere di cercare denaro, di affermare la sua capacità di rinunciare alla ricerca di denaro, denunciando così il sistema di cui fa parte senza però riuscire ad uscirne.

Ora, io non so quale possa essere la soluzione per loro, e qualunque cosa mi venisse in mente sarebbe destinata essa stessa a diventare un'idea perfetta. Quello che penso è che smettere di giocare non dipenda dalla volontà di Attilio, ma dal riuscire a capire che quell'idea che tiene in scacco appartiene al mondo vitale di cui si fa parte. E capire che non è una regola generale, ma una possibilità, e che quindi ce ne possono essere molte altre.

Compito del terapeuta è quello di accompagnare la famiglia al disvelamento della complessità del sistema in cui quel sintomo ha preso forma, perché solo vedendolo, in una dimensione di sospensione del giudizio e di accettazione della sofferenza, è possibile lasciarlo andare e pervenire ad una ridefinizione del problema. Come dice Bianciardi (1993), infatti, "nell'adattamento tra soggetto e contesto di relazioni vitali, ciò che manca è, per così dire, sempre una parola" (p.39). E quella parola, se non pronunciata, diventa sintomo.

Quale parola manca ai Bandini? Riscatto? Parola che, quando l'abbiamo proposta in seduta, ha mandato in allarme Marcello, che l'ha intesa come un rinnegare il passato, mentre lui non rinnega nulla. Quel riscatto che ha pagato la famiglia di Antonella per riaverla indietro attraverso gli interventi economici di Ornella, che a sua volta ha recuperato così una posizione all'interno della famiglia, dopo essere stata criticata per la scelta di separarsi? Quello che pagano Marcello e Attilio per essere all'altezza dell'immagine che di loro hanno le rispettive famiglie di origine? E i soldi, per quello, non bastano mai.

4. CONCLUSIONI

Il percorso di esplorazione a ritroso, alla ricerca della storia di questa famiglia, si è quindi mosso fra svariate ipotesi e altrettante domande. Ed è stata proprio la consapevolezza della natura di artefatti culturali delle nostre ipotesi (Hoffman, ibidem), e l'esplicitazione delle

nostre lenti, a permetterci di amplificare quella narrazione nelle diverse letture che ognuna di noi ha dato.

L'ultimo intervento del nostro team sulla coppia, di fronte ad una Antonella sempre più sofferente e un Marcello più empatico del solito verso la moglie, è stato quello di proporre loro dei momenti di tempo libero, dedicati a loro due, almeno una volta la settimana. Tempo insieme senza parlare dei problemi con Attilio o degli assilli economici, spazio per spostarsi dalla preoccupazione costante verso l'esterno ad un re-incontro di una coppia con figli ormai adulti, luogo sicuro sul quale i figli possano fare affidamento.

Per meglio descrivere il modo in cui ci siamo mosse tra ipotesi, viene ad offrirci un punto di vista trasversale un saggio di critica letteraria, "Passato presente futuro" di Massimo Fusillo (2015). Questo testo, ricordando le parole del poeta T. S. Elliot durante un'intervista nel 1924 del critico I. A. Richards, ci restituisce un'interessante riflessione su quanto rileggere testi remoti nel tempo e nello spazio (in quel caso si parlava di testi in sanscrito) sia come "stare da entrambe le parti di uno specchio" (specchi multipli).

Nell'immaginario collettivo, nella psicologia, nel cinema, lo specchio è una potente metafora per intendere la possibilità di vedersi altro da sé, un doppio asimmetrico, e far crescere la propria identità proprio a partire dal confronto.

Usare una rete di teorie, raffrontare diverse letture, diversi saperi, implica il fatto di essere aperti all'incontro con la diversità in tutte le sue forme, senza seguire gerarchie prestabilite; a tal proposito, nel testo citato si fa riferimento ad un'altra metafora particolarmente efficace, quella del rizoma, termine botanico che indica il tipico sistema radicale delle erbacce a radice multipla, con estensione in orizzontale.

L'approccio "a rizoma" è stato proposto da Deleuze e Guattari (2006) come modello di conoscenza che rifiuta di seguire gerarchie prestabilite ed è in grado di creare connessioni in tutte le direzioni possibili, favorendo la molteplicità e contrapponendosi alle rigide dicotomie del pensiero lineare.

Il concetto di radice multipla è un'idea che incontra bene il pensiero dei miei maestri Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin, per i quali, come ci ricorda Giuliani (2019), il terapeuta ha "bisogno di usare una rete di teorie"; il rizoma, appunto, è una possibilità in più, una via di fuga, ed è anche qualcosa che ha a che fare con il desiderio: "Quando un rizoma è tappato, arborificato, è finita, non passa più nulla del desiderio; perché è sempre per rizoma che il desiderio si muove e produce" (Deleuze, Guattari, *ibidem*, p. 48).

Un luogo dove si pratica clinica sistemica ha pertanto

bisogno sempre di "specchi multipli", di un sapere aperto che non diventi rigido nei riferimenti, nell'identificarsi in una teoria o nelle "idee perfette", e che sia sempre consapevole della temporaneità e della transitorietà di ogni valutazione; solo così potrà farsi dimensione in cui il motto del capofamiglia, "se non si dice non esiste", possa essere pronunciato ad alta voce, ascoltato ed esplorato, e dove si possa dare spazio al desiderio inespresso della moglie Antonella e alla mancanza di fiducia nel proprio mondo relazionale di Attilio e di Valeria, divenuti portatori dei sintomi della sofferenza familiare.

Mi piace pensare che, durante il tirocinio di specializzazione, la pratica e le teorie possano continuare a fluire tra noi tutte, consapevoli, per dirla alla Castaneda (1983), che "il mondo che pensiamo è solo un'immagine, una discussione del mondo. Gli stregoni chiamano questa operazione 'interruzione del dialogo interno', e sono convinti che sia la tecnica più importante che un apprendista possa imparare" (p. 238).

BIBLIOGRAFIA

- Agnetti G., Barbato A., Rangone G. and Vadilonga F. (2014). Verso un modello di terapia sistemica integrato con la teoria dell'attaccamento. *Terapia Familiare*, 106: 41-71.
- Ainsworth M.D., Blehar M., Waters E. and Wall S. (1978). *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Attili G. (2009). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente: Normalità, patologia, terapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bateson G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco: Chandler (trad. it.: *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976).
- Bateson G., Bateson M.C. (1987). *Angels Fears. Towards an Epistemology of the Sacred*. New York: McMillan (trad. it.: *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*. Milano: Adelphi, 1989).
- Berrini R., Cambiaso G. (1995). *Figli per sempre*. Milano: Franco Angeli.
- Bianciardi M. (1993). *La dipendenza secondo Bateson*. *Connessioni*, 4: 31-40.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. In *Attachment and Loss: Volume II:*

- Separation, Anxiety and Anger. *The International Psycho-Analytical Library*, 95: 1-429.
- Bowlby J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications. (trad. it.: *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1982).
- Bruni F., Defilippi P.G. (2007). *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Canevaro A. (2009). *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Roma: Edizioni Borla.
- Castaneda C. (1974). *Tales of Power*. New York: Simon & Schuster. (trad. it.: *L'isola del Tonal*. Milano: Rizzoli, 1983).
- Cecchin G., Apolloni T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Milano: Franco Angeli.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G. e Mazza R. (2017). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cirillo S., Sorrentino A.M., Selvini M. (2016). *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Coletti M. (2017). *Aggiornamenti e prospettive dei trattamenti psicosociali e psicoterapeutici nel campo dei consumi di sostanze. Focus sull'approccio sistemico. La Notte stellata*, 1: 52-64.
- Deleuze G., Guattari F. (1980). *Mille Plateaux. Capitalisme et schizophrénie*, Paris: Les éditions de minuit. (trad. it.: *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*. Roma: Castelvecchi, 2006).
- Estévez A., Jáuregui P., Sánchez-Marcos I., López-González H. and Griffiths M.D. (2017). *Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. Journal of behavioral addictions*, 6(4): 534-544.
- Foerster H. von (1982). *Observing Systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications (trad. it.: *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio, 1987).
- Fusillo M. (2014). *Passato Presente Futuro*. In: De Cristofaro F., a cura di, *Letterature comparate*, Roma: Carocci editore.
- Giuliani M. (2019). *La formazione alla sistemica è imparare a non essere mai soli. Connessioni*, 6.
- Hoffman L. (1990). *Constructing Realities: An Art of Lenses. Family Process*, 29: 1-12. (trad. it.: *Costruire realtà. Un'arte di lenti. Connessioni*, 37/2016: 83-99).
- Keeney B.P. (1984). *Aesthetics of Change*. New York: Guilford Press. (trad. it.: *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio, 1985).
- Main M., Solomon J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In: Brazelton

- T.B., Yogman M.W., a cura di, *Affective Development in Infancy*. Norwood: Ablex.
- Monacis L., de Palo V., Griffiths M.D. and Sinatra M. (2017). Exploring individual differences in online addictions: The role of identity and attachment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4): 853-868.
- Pace U., Schimmenti A., Zappulla C. and Di Maggio R. (2013). Psychological variables characterizing different types of adolescent gamblers: A discriminant function analysis. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(6): 253-260.
- Palazzoli-Selvini M., Cirillo S., Selvini M. and Sorrentino A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Scabini E., Donati P. (1998). *La famiglia lunga del giovane adulto*. Milano: Vita e Pensiero.
- Schimmenti A. and Bifulco A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: The role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1): 41-48.

IL SOGNO COME PONTE TRA STORIE VISSUTE E STORIE NARRATE

Paolo De Fabritiis⁷

RIASSUNTO. Il sogno è tradizionalmente considerato un tema poco affine alla sensibilità sistemica. Il riferimento teorico è quello proposto da Resicato et. all (2016): gli autori avvalendosi di alcuni esempi presi dalla clinica, si propongono di utilizzare una tecnica che immagina il sogno come un film del quale il paziente sia regista e sceneggiatore, mentre il terapeuta assumerà un ruolo da co-sceneggiatore per aiutare il cliente a riscrivere la storia narrata nel sogno. L'assunto è che le storie sognate siano attinenti alle tematiche dominanti della narrativa del paziente anche quelle più faticose. Le modifiche apportate alle storie narrate nei sogni contribuiscano a modificare le narrative dominanti della vita da sveglia del paziente.

SUMMARY. The dream is traditionally considered a theme not closely related to the systemic model. The theoretical reference is the one proposed by Resicato et. all (2016): the authors making use of some examples taken from the clinic, they propose to use a technique that imagines the dream as a movie where the patient is director and the therapist will be co-writer to help the customer rewrite the story told in the dream. The assumption is that the dreamed stories, concern the domination themes of the patient's history, even the hardest ones. Making a change to dream stories is expected to ease the transformation of waking life dominant stories of the client.

PAROLE CHIAVE: Sogno, narrazione, collaborazione, trasformazione, terapia individuale sistemica.

*"Il racconto del sogno
potrebbe essere inteso come
un ponte tra storie vissute
e storie narrate"
Ugazio, 1998*

1. INTRODUZIONE: IL SOGNO NELLA "TERAPIA SISTEMICA".

Il sogno, e soprattutto "l'interpretazione dei sogni", è sempre stato un tema di riflessione e di studio estraneo all'ambito sistemico, visto per lo più con scetticismo, una sorta di vecchio arnese psicoanalitico, retaggio di un'immagine della psicologia un po' stereotipata, cara più ai

⁷ Psicologo, psicoterapeuta

vecchi film di Woody Allen che alla moderna psicoterapia. Vissuto talvolta come qualcosa di fuorviante rispetto alla "concretezza" delle storie dei pazienti trattati con la terapia familiare, che raccontavano storie difficili, spesso traumatiche, di pazienti con patologie gravi e famiglie molto sofferenti. Oggi che la terapia sistemica non si limita al trattamento della famiglia, ma alla presa in carico familiare-individuale, e in molti casi anche alla sola psicoterapia individuale, il sogno sembra riacquistare "senso" in molti articoli e ricerche sistemiche, come uno tra i tanti strumenti da non rifiutare all'interno del dialogo clinico, guardato con meno sospetto e pensato in alcuni casi come una tra le tante risorse, capace di offrire aperture a scenari insoliti e informazioni utili più che un ostacolo. Uno tra tanti temi in grado di arricchire e creare nuove aperture a storie possibili che costituiscono la narrazione del paziente (Colangelo 2011).

L'uso del sogno in terapia sistemica ha naturalmente presupposti diversi da quelli che utilizzavano gli psicoanalisti pensando al sogno, citando Freud, come "l'appagamento camuffato di un desiderio rimosso".

Nel suo recente studio, Laura Colangelo (2011) vede il sogno come una grande metafora riorganizzatrice che ci offre spunti per possibili nuove direzioni di lavoro in funzione:

- *Comunicativa*: usato cioè dal terapeuta per una ristrutturazione più plausibile e più pregnante a livello emotivo;
- *Di feedback*: i sogni possono essere indicatori dell'andamento della relazione terapeutica;
- *Proattiva*: il terapeuta può trarre dal sogno indicazioni su nuove direzioni di lavoro;
- *Di periodizzazione*: i sogni, in una dimensione di condivisione, possono servire per scandire i tempi del percorso terapeutico;
- *Prospettica*: i sogni possono essere usati per reificare nel presente possibilità che paiono irrealizzabili nella vita reale, in un processo che ricorda le "profezie che si auto-avverano";
- *Maieutica*: che fa del sogno un veicolo di cambiamento, assimilandolo per esempio a un'esperienza falsificante (Cfr. Ugazio-Ferrario, 1991).

Un recente contributo sul tema dei sogni in ambito sistemico lo dobbiamo a Giovanni Madonna (Madonna, G. 2017), il pensiero

di Madonna segue il solco delle intuizioni di Gregory Bateson, in sintesi vede il sogno come una storia dalle potenzialità autoriparative, che cerca di connettere tra loro desideri ed istanze magari lontane, *"i sogni svolgono la funzione di rinarrazione autoriparativa integrando istanze psichiche fra loro contrastanti e le storie in cui esse si incarnano"* (G. Madonna, 2017, p.64).

Il sogno ha così una funzione curativa, il tentativo di risolvere una sorta di dissonanza cognitiva.

Nel loro lavoro sulla terapia individuale sistemica, Cambiaso e Mazza (2018) considerano il sogno come un'esperienza che può consentire il recupero di memorie affettive e memorie storiche cui la coppia terapeutica (non solo il terapeuta) *"riattribuisce senso"*, attraverso un lavoro costruttivo e ricostruttivo di significati e di integrazione fra esperienze passate e presenti.

Il sogno può aiutare ad aprire cassetti altrimenti faticosi da raggiungere (rabbia, invidia e ostilità) che appartengono alla storia emotiva del paziente ma difficilmente narrabili, per via le resistenze del paziente. Il sogno invece può rappresentare una zona franca, dove tutto può essere detto con meno controllo, senza che emergano elementi di giudizio.

Nella visione sistemica il sogno ci dà modo di recuperare esperienze e tematiche poco usate, aprire strade non battute, ma sempre in un clima dialogico tra soggetto e terapeuta che co-costruiscono insieme nuove ipotesi e significati in cui il sogno può avere una sua parte, anche se piccola, nella narrazione del paziente.

Annamaria Sorrentino in un articolo nel quale commenta una riflessione di Mara Selvini sul sogno, definisce l'interpretazione di un sogno come il suggerire un'ipotesi su cui lavorare insieme non come una verità rivelata, un dogma interpretativo (Sorrentino 2009), in questa visione il paziente ha un ruolo attivo, in un percorso di lavoro comune tra paziente e terapeuta.

Un percorso che in qualche maniera si avvicina alle idee ed alle tematiche che costituiscono il cuore di ciò che volevamo trattare.

La modalità di lavoro sul sogno di cui mi sono avvalso è quella illustrata da Resicato, Marra, Lo Castro e Melara (op. cit., 2016). L'idea degli autori consiste nel considerare il sogno come una storia tra le altre storie di vita portate dal paziente, una storia che come tale possa essere ampliata, riscritta ma anche rimaneggiata, e comunque foriera di nuove

informazioni. Lo scopo non è tanto svelare il significato del sogno al cliente in una prospettiva unidirezionale nella quale c'è un esperto che spiega al paziente cosa quelle immagini celino, al contrario, in questa prospettiva il sogno risulta un materiale vivo e informativo che in una prospettiva di condivisione paziente e professionista rielaboreranno insieme. Nel sogno possiamo ritrovare:

- temi rilevanti e poco esplorati.
- spunti per modificare ed ampliare la storia del cliente.
- temi inesplorati e nuovi.

2. LA NARRAZIONE DEL SOGNO IN TERAPIA (TRE CASI)

Per raccontare questo modello mi avvarrò di alcune esperienze terapeutiche che illustrino, come già anticipato, la modalità di utilizzo proposta da Resicato et. all., op. cit.).

Una piccola precisazione è in merito ai differenti passaggi che vengono descritti, non tutte le domande sono stati utilizzate perché il modello si deve adattare al sogno e non viceversa; il materiale che emerge dal sogno darà l'indicazione occorre immaginare questa tecnica come uno stimolo per la conversazione terapeutica e non come un rigido questionario a domande aperte.

Gli autori suggeriscono un incipit preciso per il paziente che racconterà per la prima volta un sogno in terapia:

Le propongo di considerare questo sogno ed i sogni che potrebbe raccontare in seguito come un film nel quale lei è il regista e lo sceneggiatore. Io come terapeuta sarò il co-sceneggiatore. Pertanto dovremmo lavorare sul sogno come alla sceneggiatura di un film approfondendo certe parti e modificandone altre o ampliare la stessa sceneggiatura che lei propone nel sogno.

Lo scopo di questo incipit è semplice, la metafora filmica è di immediata comprensione parlare del paziente come regista enfatizza il suo essere partecipe del lavoro terapeutico come un soggetto che collabora attivamente con il terapeuta co-sceneggiatore. L'intento è costruire attorno al sogno questa cornice creativa, quasi ludica, che renda più agevole per il paziente parlare anche di contenuti difficili in una cornice meno ansiogena. Questo intervento sul sogno ha vari obiettivi, in primo luogo favorire la collaborazione tra terapeuta e paziente favorendo anche l'alleanza terapeutica grazie al clima di collaborazione che si crea. Attraverso la

soggettività del cliente ed il lavoro su questi contenuti è possibile portare alla luce temi centrali per il soggetto e lavorare su essi in un clima reso meno *pesante* dalla cornice onirica.

2.1 Il caso di M.

M. ha 31 anni chiede una terapia individuale perché "fa fatica a vivere le emozioni". Il paziente è portatore di un'articolata sintomatologia ossessivo-compulsiva. Ha un complicato rituale da cui è dipendente e che è di grosso ostacolo alla sua vita. M. ha la necessità di essere assolutamente sicuro di non dover defecare altrimenti non riesce ad intraprendere alcuna attività e soprattutto ad uscire di casa. Per fare ciò si avvale di un macchinoso rituale esplorativo che lo costringe a svegliarsi molto prima di ogni impegno perché necessita di molto tempo, tutto questo è ovviamente un grosso ostacolo alla sua vita e alle sue relazioni. Ci porta questo sogno in quella che sembrava una fase di impasse della terapia.

Il sogno

M: Ero al lavoro (lavora in un centro di accoglienza per migranti) c'era il solito caos quando vediamo all'ingresso una persona che voleva entrare, era blu per il freddo, io o il mio collega (non ricorda) abbiamo detto "facciamolo entrare sta morendo di freddo!" ma l'uomo appena entrato è tornato ad un colore della pelle normale e ha fatto un ghigno malefico.

Interventi di approfondimento

Gli interventi effettuati sul sogno si possono dividere in due categorie generali: Interventi di approfondimento e interventi costruttivi. Gli interventi di approfondimento hanno lo scopo di esaminare le tematiche che emergono dal sogno ed approfondirne la cornice emotiva.

Domande sugli affetti

Sanders (1994) ha sottolineato l'importanza di esplorare la dimensione affettiva del sogno.

La prima domanda che si è soliti fare è in merito all'affetto principale provato nel sogno, comprendendo che tipo di emozione permei il sogno del paziente, possiamo anche fare delle connessioni con i vissuti emotivi della vita per così dire diurna.

T: quale è l'affetto dominante che ha provato nel sogno?

M: Quando ha cambiato faccia ho provato inquietudine, è stato un sogno abbastanza spaventoso, credo mi abbia svegliato.

Domande di Soggettivazione

Nei sogni più articolati o in quei sogni che constano di più parti si è soliti chiedere quale è la parte del sogno che l'ha colpita di più.

Il senso di queste domande è più articolato di quanto appaia infatti, oltre a ribadire il ruolo creativo del paziente nel lavoro che si sta facendo, si conferma la collaborazione con il terapeuta ed inoltre si mette un punto su quella parte del sogno sulla quale sarà bene iniziare a lavorare perché centrale per il paziente. Questa è una netta differenziazione rispetto alla concezione psicoanalitica che è solita mettere a fuoco quei dettagli che si ritiene il paziente voglia camuffare piuttosto che le parti ritenute dal paziente più importanti.

T: Quale è secondo lei M. la parte più importante del sogno?

M: la parte in cui cambia faccia, quando fa il ghigno malefico.

Altro tema è sapere chi è il protagonista del sogno, secondo il paziente, come si mette il paziente in queste narrazioni? Si ritaglia un ruolo da protagonista o è solo un comprimario? Si sente attore delle storie che racconta? Anche questo può essere ricollegato alla vita di veglia e quanto il nostro paziente avverta di avere un ruolo attivo nella sua vita e quanto si senta travolto dagli eventi.

T: chi è il protagonista del sogno?

M: Penso io.

Domande triadiche/circolari

Questo tipo di intervento è di grande interesse quando nel sogno compaiono persone che fanno parte della vita di veglia del paziente (familiari, amici e così via) permettendoci una riflessione che ci aiuta a comprendere la posizione del soggetto nei confronti delle figure di riferimento rendendo più esplicito il suo ruolo e quello altrui in alcune dinamiche relazionali. Proseguendo sulla metafora filmica può capitare di guardare questioni altrimenti molto spinose paradossalmente con minori resistenze.

Interventi costruttivi

Ci sono poi degli interventi costruttivi, in questa fase il terapeuta diventa più centrale suggerendo al paziente possibili cambiamenti: di scenario, di tempo di ruolo o basati

sull'evidenziare singole parti del sogno o la creazione anche di altri finali.

Stressare queste storie oniriche equivale a stressare una metafora con lo scopo di suggerire punti di vista diversi e connessioni nuove, il paziente potrebbe in questo modo fare riflessioni su temi anche centrali della sua esistenza emersi dalla narrazione e magari cominciare ad immaginare, in una situazione più tranquilla, strade nuove da percorrere.

Cambiare lo scenario del sogno

Tale intervento risulterà importante quando i sogni hanno una sorta di scenario ricorrente, modificare lo scenario potrebbe portare ad un cambiamento nella struttura del sogno. Quest'intervento ci potrebbe permettere di intuire come lo scenario influenzi il senso del sogno e se cambiandolo si ottenga anche una sostanziale mutazione del tema del sogno.

Cambiare la cornice temporale

L'utilità di questo intervento può servirci per stabilire nessi temporali nelle vicende esistenziali del soggetto, nessi che sfuggono di solito al soggetto stesso un modo alternativo per far "parlare il calendario".

Inversione di ruolo

Quando nel sogno ci sono attribuzioni di ruolo più stabili o rigide l'obiettivo può essere quello di fare in modo che il cliente si decentri dal proprio ruolo, si guardi anche da fuori e possa riflettere su differenti scenari che si aprono davanti a lui sfruttando un differente punto di vista.

T: Riesce a vedersi in un altro ruolo nel sogno, ad esempio nel ruolo del ragazzo disperato con la faccia blu?

M: No, non ci riuscirei a cambiare di ruolo con lui, perché sono una persona...che ci mancherebbe che mi faccia vedere dalle persone disperato.

Evidenziare singole parti del sogno

La parte in commedia del terapeuta in questa fase finale della riflessione sul sogno diventa più centrale; il terapeuta può evidenziare con il paziente le parti che lo hanno personalmente colpito del sogno e costruire su di esse delle piccole ipotesi da sottoporre al paziente, ipotesi che, forse in questo contesto di narrazione onirica, possono essere vissute come meno minacciose per il paziente.

Ipotizzare esiti alternativi

La costruzione di esiti alternativi può essere vista come l'intervento cardine del nostro lavoro sul sogno; il solo fatto di pensare, ipotizzare, costruire esiti alternativi del

sogno o, anche laddove il sogno si sia interrotto, il solo immaginare dei possibili finali può portare il paziente a narrare una storia diversa magari dall'esito più adattivo.

Proseguendo con il nostro parallelismo tra la vita di veglia e la vita onirica possiamo immaginare di poter modificare dalle modalità di funzionamento magari rigide gettando il seme di un possibile cambiamento.

T: Se immaginassimo un finale alternativo al suo sogno?

M: Lo potrei lasciare fuori sì, sarebbe meglio...

T: Lo trova più consolante?

M: Sì, (sbuffa), super metafora del mio non lasciare entrare la persone nella mia vita,...Dio come sono banale...oppure potrei uscire io ...sì mi sembra meglio sì la cosa migliore (sembra sollevato).

Non possiamo attribuire alla riflessione del paziente un peso eccessivo, non è stata l'epifania definitiva ma ha tuttavia aperto scenari diversi in merito alla narrazione della storia di M.

Si potrebbe intendere il sogno come la metafora di come viva i rapporti M. come qualcosa che sarebbe bene escludere pena il far entrare il *perturbante* (uomo dal viso blu) nella vita. Alla fine della co-costruzione immagina/ipotizza di uscire, fa un movimento o un ipotesi di movimento alternativo, forse carsicamente il pensiero di affacciarsi al mondo in una maniera diversa viene quantomeno promosso da questo lavoro sul sogno.

Attraverso il sogno c'è stato modo di bypassare almeno in parte le ricorrenti cerebralizzazioni del paziente che sembrano avere lo scopo di allontanare da lui i contenuti emotivamente più coinvolgenti, questa tecnica ha avuto la capacità di portarlo a fare una riflessione in una situazione forse meno carica di ansia rispetto alla narrazione della realtà.

2.2 Il caso di J.

J. è un ragazzo di 20 anni, si presenta in consultorio portando una tematica di ansia legata ad una difficile fase della vita, ha faticosamente terminato le scuola superiori rallentato da alcune crisi d'ansia; ora il ragazzo si sente bloccato dal punto di vista esistenziale da un episodio che ha vissuto come un attacco di panico:

Era ad colloquio per un corso, ha cominciato a sentire l'impellente necessità di urinare che lo ha spinto ad

interrompere il colloquio cosa che lo ha fatto sentire *strano* e *debole*; ora teme di impegnarsi in altre attività sia di lavoro che di studio perché ha paura di trovarsi ancora nella medesima difficoltà.

Un altro tema fondamentale che è emerso dalla narrazione di J. è quello di un possibile disturbo alimentare. J. ha uno strano rapporto con il suo corpo e con il cibo, pesa 83 kg per 179 cm, non può dirsi grasso ma si vive assolutamente impresentabile, non va né al mare né in piscina da anni per non mostrarsi, in una percezione di sé che può dirsi dismorfofobica.

J. ha delle ricorrenti crisi bulimiche, il cibo è usato sia per mitigare i momenti di tensione che per alzare il tono dell'umore nei momenti negativi, a complicare lo scenario anche l'immagine che ha per J. il cibo che è visto come una cosa *sporca* tanto che mangiare in pubblico è considerato da J. quasi osceno.

Il sogno di J.

Tornavo a casa, ero a piedi e mi sono trovato in mezzo a persone che portavano a spasso i cani, (lui di norma ha paura dei cani) mi sono agitato ma ho tenuto duro, dopo aver superato i cani sono entrato in un minimarket per prendere il cibo per fare un'abbuffata notturna. Ero contento perché c'era poca gente così pochi potevano vedermi ma quando sono arrivato alla cassa mi sono accorto di non potermi più nascondere allora ho messo i prodotti sul nastro mentre la commessa mi guardava ho sentito che mi stava giudicando.

Anche in questo caso utilizziamo il medesimo incipit: *le propongo di considerare questo sogno ed i sogni che potrebbe raccontare in seguito come un film nel quale lei è il regista e lo sceneggiatore.*

Io come terapeuta sarò il co-sceneggiatore.

Pertanto dovremo lavorare sul sogno come alla sceneggiatura di un film approfondendo certe parti, modificandone altre o ampliando la stessa sceneggiatura che lei propone nel sogno.

Domande sugli affetti

T: *quale è stata la principale emozione che hai provato nel sogno?*

J: *All'inizio era il timore per i cani, nel Market, poi, la compulsione di comprare cibo...soprattutto la vergogna.*

Domande di soggettivizzazione: La parte più importante del sogno

T: *quale è la parte più importante del sogno?*

J: la ricerca del cibo, affannosamente dovevo realizzare il bottino pieno.

La parte che ti ha più colpito?

T: Cosa ti ha colpito di più?

J: Il fatto di essere rimasto come ultimo cliente, cosa che mi ha agitato, tanto che mi sono svegliato.

Il protagonista del sogno

T: chi è il protagonista del sogno?

J: Il cibo io e il mio rapporto con il cibo.

Interventi costruttivi

T: cosa succederebbe se cambiassimo la cornice temporale?

J: se il sogno si svolgesse prima avrei molta più ansia per la presenza di molte più persone.

Inversione di ruolo

T: riesci ad immaginarti in un altro ruolo nel sogno?

T: Se ad esempio avessi un altro ruolo nel sogno, chi potresti essere?

J: Se ad esempio fossi la commessa del Market penserei, questo o ha un disturbo alimentare o è un tossico con la fame chimica.

Evidenziare singole parti del sogno

T: mi ha molto colpito la parte del sogno nella quale incontri i cani, tu che ne pensi?

J: sì, per me i cani sono cose che non controllo, sono irrazionali e pericolosi, ero nervoso per questo non sapevo che reazioni avrebbero potuto avere.

T: mi ha molto colpito anche la figura della commessa...

J: Per me la commessa ha uno sguardo giudicante.

Ipotizzare finali diversi

T: Mi chiedevo cosa sarebbe successo se ad esempio ci fosse stato un diverso finale magari se non avessi fatto la spesa o l'avessi fatta diversamente?

J: Non è possibile nessun altro finale, non può essere diversamente, passo alla cassa sotto gli occhi della commessa che mi giudica.

La narrazione onirica di J. si muove sui suoi temi ricorrenti: il controllo ed il timore di perderlo, il giudizio che pende su di lui ed il tema del cibo come ansiolitico e antidepressivo a seconda dei momenti. Se lo scopo del lavoro sul sogno era dare modo al soggetto di riflettere su altre versioni della sua narrativa personale l'obbiettivo sembra in parte fallito, J. non riesce a pensare di sottrarsi alla sua logica di colpa e vergogna.

Ma la riflessione sulla rigidità della sua logica sembra aver comunque portato dei frutti. La modalità del lavoro di ristrutturazione finisce per dare la stura a più di una riflessione, la logica che domina l'agire di J. sembra sia stata maggiormente messa a nudo, i suoi temi sono emersi piuttosto forti ed è come è emersa la rigidità dei suoi presupposti. L'ipotesi di una differente dinamica può essersi affacciata anche grazie al lavoro ricostruttivo della tecnica che mira a riorganizzare la narrazione del sogno che è comunque parte della più ampia storia del soggetto.

2.3 Il caso di E.

E. è una bambina adottata proviene da un paese dell'est la sua storia come spesso capita è una storia di abbandoni plurimi sia nelle prime fasi di vita che in seguito di traumatizzazioni ripetute.

Nata con una patologia alle vertebre che le impedisce di muovere il collo, viene (probabilmente) abbandonata in ospedale appena nata, vive tra ricoveri ospedalieri e istituti continuamente maltrattata in balia di altri ragazzi più grandi e dalle Tate che lei racconta come molto manesche, E. ha imparato a rendersi *invisibile* e accondiscendere per sopravvivere a quella vita, fino a quando all'età di sette anni viene adottata e arriva in Italia.

Viene in studio privato per una problematica alimentare, mangia di nascosto, soprattutto dolci, racconta di una sensazione di pieno che le dà un momentaneo giovamento, che poi è però immediatamente seguita dal senso di colpa per aver ingannato i genitori, in un'occasione ha rischiato di soffocare per aver trangugiato troppe ciliegie, inoltre per la sua difficoltà fisica prendere peso per lei può risultare molto negativo proprio per il pesante sovraccarico che soffrirebbero le sue vertebre.

Il sogno che racconta appartiene ad una fase avanzata della terapia, la problematica alimentare appare abbastanza mitigata, ma la terapia sembra aver aperto una serie di porte sulla storia di E., sulle quali con il consenso dei genitori e soprattutto della ragazza che appare molto lucida e motivata, riteniamo giusto lavorare.

Il sogno di E. (Il Vulcano)

E: Dunque per prima cosa io ho un po' di paura dei vulcani, ero su un'isola con la mia famiglia (con entrambe le mani indica i genitori ai suoi lati).

Ero sulle giostre e loro a guardarmi, arriva una specie di terremoto perché il vulcano stava per eruttare.

La famiglia si mette al riparo, mamma e papà scappano verso l'Hotel, noi bambini ci siamo messi sopra i giochi, ma noi sapevamo che la lava avrebbe squagliato tutto e che saremmo stati uccisi ...questo sogno mi fa tanta paura.

T: capisco che dici proviamo a fare una cosa, allora immaginiamo questo sogno come un film tu lo hai scritto noi ti diamo una piccola mano ad rifinirlo aggiustarlo ...Quindi quello che provavi nel sogno era tanta paura, ...chi è il protagonista del sogno?

E: (sembra un po' in difficoltà) la famiglia?

T: ma la famiglia si divide? Loro (indicando i genitori) sono scappati? Secondo te cosa hanno pensato Mamma e Papà?

E: Che dovevo scappare con loro, ma che sono salita sulle giostre perché sono la solita testona.

T: allora continuando a fare questo gioco sul sogno possiamo pensare ad un altro finale?

E: (E. ci pensa un po' poi dice) La lava poteva andare nel mare e la famiglia restare viva.

La prima riflessione che ispira questo sogno è legato all'uso meno rigoroso delle domande sul sogno, ma in quel frangente seguire pedissequamente la lista mi è apparso non utile e confusivo, le domande che ho fatto mi sono sembrate le più idonee in quel momento per riflettere con la bambina e con la famiglia su quello che ci stava dicendo quella narrazione.

Se nella parte iniziale del sogno gli occhi dei genitori sono su E., al sopraggiungere del pericolo la famiglia si spacca, la ragazza da sola si nasconde e sostanzialmente si immobilizza come ha imparato a fare nella vita, i genitori vanno via.

E. incarnando in maniera perfetta la riorganizzazione di personalità post-traumatica sottomessa, di fronte al messaggio contenuto nel sogno: il timore di un nuovo abbandono reagisce attribuendosi la colpa di non essere fuggita (Sono una testona), trova più sicuro addossarsi responsabilità non sue piuttosto che attribuire una qualche volontà non cristallina a quei caregiver, che se da una parte non sente ancora come solide basi dall'altra sono tutto ciò che ha, questo ottundimento questa modalità di mettersi del tutto a disposizione della figura d'attaccamento è qualcosa che nella sua vita costellata di violenze e abbandoni è stata utile e funzionale, una modalità che adesso, che la sua esistenza sembra diventata più serena stenta ancora a lasciarsi alle spalle.

Il non riuscire ad abbandonare modalità che per tutta la vita hanno funzionato è una delle principali criticità del contesto adottivo, il tentativo dei genitori adottivi di avvicinarsi affettivamente a E. attiva quella sorta di allarme nel suo sistema di attaccamento, E. ha imparato come per rendere meno minacciosa e più prevedibile la figura di attaccamento mettersi a sua completa disposizione, congelarsi, bloccarsi possa risultare in definitiva più sicuro, questo è l'insegnamento che le troppe tempeste della vita hanno lasciato a E.

Un'altra lettura possibile che non è in disaccordo con la precedente, che forse completa il quadro, è legata alla logica ferrea e disperata di tanti bambini adottati che sembrano dirsi "se tutti mi hanno abbandonato è evidente che la colpa sarà mia", questa lettura va a sottolineare la totale assenza di autostima che è un altro dei lasciti dell'esperienza di vita dei ragazzi adottati.

Quando proponendo alla ragazza la possibilità anche solo di immaginare un diverso finale del sogno, neanche allora E. riesce ad immaginare di essere salvata dai genitori, "la lava finisce in mare e la famiglia si salva", non riesce proprio

ad avere, ancora fiducia nei suoi nuovi genitori, la salvezza viene dal caso da un elemento di natura, dall'imponderabile.

3. CONCLUSIONI

Il tema di questo "metodo" è semplicemente che il sogno rappresenti una delle possibili storie di cui continuamente ci parlano i nostri pazienti.

Gli autori di questa tecnica (Resicato, Marra, Lo Castro, Melara, 2016) partono da un'ipotesi, secondo me, assolutamente condivisibile in base alla quale il sogno può essere in qualche modo incardinato nella narrativa dominante della vita del soggetto anche da sveglio.

Riflettere con il cliente sui suoi temi dominanti risponde in primo luogo ad un'idea di lavoro fatto in collaborazione tra terapeuta e cliente in una logica che può favorire in primo luogo l'alleanza terapeutica. Si può creare una sorta di lessico, condiviso tra terapeuta e paziente, speciale ed unico per ogni percorso terapeutico, lavorare sul sogno può consentire al paziente di riflettere sui suoi temi nel contesto meno ansiogeno della narrazione onirica.

Un ultimo concetto può essere legato al fatto che apprendere una modalità di pensiero reversibile non unidirezionale può avere una ricaduta in qualche modo sulla maniera di accostarsi ai contenuti della sua vita del cliente, portandolo magari a ipotizzare l'utilizzo modalità di agire e pensare meno rigide.

BIBLIOGRAFIA

- Cambiaso, G., Mazza, R. (2018), *Tra intrapsichico e transgenerazionale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Colangelo, L. (2006), *"Ma i pazienti dei terapeuti sistemici sognano? Uso dei sogni nella psicoterapia individuale sistemica"*. in AAVV *Famiglie, gruppi, individui*. Franco Angeli, Milano.
- Freud, S., (1899), *L'interpretazione dei sogni*. *Bollati Boringhieri 2019*
- Madonna, G. (2017), *"Sogno guarigione e cura. Una teoria sistemico-relazionale del sogno in chiave di ecologia della mente"*. Franco Angeli, Milano 2017
- Resicato, G., Marra, Mr., Lo Castro, I., Melara, L., (2016) *"Il Sogno in terapia: Uno strumento per costruire storie"*

alternative". Terapia Familiare, numero 110 novembre 2016,
Franco Angeli 2016.

CHI AIUTA LE FAMIGLIE IN LUTTO?

Alberto Vito¹

ESPERIENZE NEI SERVIZI

1. PREMESSA

Una paziente qualche giorno fa mi ha confidato: "È da quando ero bambina che so di dover morire. La morte è sempre stata la mia prima certezza. Su questa ho costruito la mia vita."

Certamente non è da tutti possedere tale saggezza ma l'espulsione del tema della morte nella società occidentale è un dato di fatto. Le cause sono complesse e si possono riconoscere ragioni di origine religiosa, filosofica, economica, sociale, psicologica. Un'indagine su tali motivazioni è possibile ma ovviamente richiederebbe ben altro spazio. Quello che è sicuro è che questo tema, ovvero riconoscere la morte come tappa naturale della vita, ha una sua centralità assoluta, con importanti conseguenze in tanti momenti della nostra vita.

Secondo I. Yalom (2019), l'angoscia legata alla morte, propria e dei propri cari, è uno dei temi fondamentali nella vita di ciascuno di noi che gli stessi psicologi, a partire da Freud, hanno sottovalutato o rimosso.

Tra gli autori sistemici, uno dei primi ad occuparsi di lutto è stato Bowen (1979) che rimarca come di fronte a un lutto si possa creare una sorta di **onda di shock emozionale** che si diffonde intergenerazionalmente provocando disturbi psicopatologici nei suoi membri, che spesso ne ignorano la etiologia. Anche Canevaro (2009) ha scritto sul tema, descrivendo un caso clinico in cui svolge una consulenza ad una famiglia argentina che ha perso il figlio di 20 anni in seguito ad un incidente durante un rally automobilistico. Sebbene stia recentemente aumentando l'interesse verso questa tematica, sono tuttora pochi gli studi sugli effetti del lutto sul sistema familiare e prevalgono le ricerche empiriche aventi come oggetto il lutto individuale.

Tornando all'attualità, una conseguenza di tale omissione culturale per quello che riguarda le istituzioni sanitarie è l'impreparazione e il ritardo nel prendersi cura di coloro che vivono un lutto. Un esempio che riguarda la mia regione, la Campania: era stata richiesta la collaborazione di una collega psicologa presso il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, proprio allo scopo di accompagnare i pazienti terminali e le loro famiglie. Ebbene, più volte è avvenuto che i familiari chiedessero il proseguimento dell'intervento

¹ Responsabile UOSD Psicologia Clinica A.O. dei Colli (NA). Didatta Scuola Romana di Psicoterapia Familiare.

psicologico dopo la morte del paziente. Mi risulta che la risposta burocratica sia stata che non essendovi più un "paziente", tale intervento domiciliare non poteva essere né praticato né rendicontato.

Un'altra conferma indiretta di quanto tale lavoro tanto difficile sia parzialmente negato mi viene suggerita da una riflessione legata all'osservazione di quanto avviene in ambito oncologico. In esso sempre più spesso operatori sanitari e volontari promuovono iniziative validissime che offrono corsi di trucco, visagista, di teatro e ballo. Sono senz'altro proposte meritorie, finalizzate a migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici, ed è utile che continuino a svilupparsi. Tuttavia, credo anche che sia essenziale il grado di consapevolezza di coloro che propongono tali progetti. Nel tempo ho sviluppato la convinzione che talvolta essi, in modo del tutto inconsapevole, siano prevalentemente guidati dal tentativo di esorcizzare la morte, opponendogli la vitalità in tutte le sue forme. Spesso, però, un certo numero di persone ha bisogno soprattutto di raccoglimento, di vicinanza silenziosa, di ascolto rispettoso.

L'assistenza psicologica nelle fasi di lutto è quindi un lavoro complesso richiedente solida preparazione ma soprattutto un impegno emotivo non da poco. Si tratta di un'attività che dovrebbe essere riconosciuta e valorizzata, per la funzione importante che svolge.

2. L'assistenza psicologica ai familiari delle vittime

Tali considerazioni sono scaturite dall'attualità, evidentemente occupata per tutti, con ruoli e vissuti diversi, dall'emergenza legata al covid-19, che ormai affligge il nostro paese da oltre un anno. Il mio punto d'osservazione è assai specifico: sono il responsabile dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'Azienda Ospedaliera che include l'ospedale D. Cotugno di Napoli (uno dei 3 ospedali a esclusiva vocazione infettivologica in Italia, insieme al Sacco di Milano e allo Spallanzani a Roma), divenuto Covid Center, con circa 200 posti letto.

La pandemia ha suscitato, come è evidente, numerose conseguenze e sta avendo diversi effetti sia sul sistema sanitario che sulla collettività. Per quello che riguarda la nostra professione, è probabilmente la prima volta in Italia che viene riconosciuta, sia dall'opinione pubblica che dagli scienziati, la centralità della salute psicologica. Sta finalmente emergendo la necessità dell'unitarietà olistica dei percorsi di cura, che non devono essere più centrati esclusivamente sulla malattia, ma sulla persona, con i suoi bisogni soggettivi, il suo vissuto emotivo, le sue relazioni.

Alcune delle drammatiche specificità imposte dal covid ci riguardano: quasi sempre si ammalano più persone della stessa

famiglia; inoltre, le esigenze infettivologiche impongono rigide separazioni tra i congiunti, proprio nel momento in cui è più importante essere vicini. Molto spesso i pazienti ricoverati ci hanno raccontato che, più che l'isolamento in sé, separati anche dagli operatori sanitari, quello che a loro causava tormento era l'isolamento dai familiari, sapendo che alcuni di essi erano a loro volta ammalati. L'impossibilità di essere d'aiuto, l'essere soli con il pensiero che sono soli anche i tuoi cari. Perfino il rito del funerale, soprattutto nei primi mesi dello scorso anno in molti casi, fu vietato o fortemente limitato.

In queste poche pagine, mi limito a descrivere l'assistenza ai familiari delle vittime da covid, tralasciando altri aspetti assai rilevanti, incluso il sostegno psicologico agli operatori sanitari.

L'U.O.S.D. di Psicologia Clinica dell'A.O. dei Colli, grazie alla collaborazione di infettivologi, pneumologi e psicologi, riesce ad intercettare alcune delle richieste di aiuto dei familiari che hanno perduto un congiunto. Riusciamo a prendere in carico alcune persone. Si tratta di storie molto intense, piene di dolore e di rabbia. Ne descrivo brevemente alcune, tra quelle che mi hanno particolarmente colpito. Si tratta quasi sempre di consulenze avvenute telefonicamente.

Il primo caso riguarda un paziente P., anni 61, che ha vissuto l'esperienza di lutto mentre era egli stesso ricoverato. Egli, mentre miglioravano le sue condizioni cliniche chiedeva con insistenza, sia ai suoi familiari che ai medici del reparto, notizie del padre, che sapeva ricoverato anche egli. Il genitore, di quasi 90 anni, ma lucido e molto attivo, era deceduto presso il Pronto Soccorso dopo poche ore di degenza. Ho avuto lunghe conversazioni telefoniche con il sig. P. Concordammo con la moglie che fosse lei a comunicare la notizia del decesso e subito dopo fu contattato da me e, in una lunga conversazione, mi parlò degli importanti insegnamenti ricevuti dal genitore. Sono stati momenti molto toccanti. Successivamente, facemmo in modo che egli potesse parlare anche con la collega che aveva assistito il padre nelle ore precedenti il suo decesso. Anche questo fu importante per il paziente, rassicurato sulla qualità dell'assistenza al padre. Dopo le dimissioni, ho avuto ancora qualche telefonata con P., a cui detti disponibilità per ulteriori colloqui.

Un altro caso riguarda A., di anni 37, per il quale mi è stata richiesta consulenza psicologica dal reparto in cui era ricoverato, per "deflessione dell'umore". Egli aveva contratto l'infezione presumibilmente sul luogo di lavoro e successivamente si erano contagiati gli anziani genitori. Il paziente sapeva che il padre era ricoverato presso altra struttura ospedaliera in gravi condizioni. Il tema centrale

era il suo vissuto di colpa, sapendo di essere stato il primo della sua famiglia a contagiarsi, e, dopo aver contattato la moglie e il fratello, ebbi ulteriori informazioni sulla sua storia personale. Durante il suo ricovero, il padre morì. Ho avuto colloqui quotidiani con il paziente, sia prima che dopo tale evento, ho continuato a sentirlo alcune volte dopo le dimissioni con l'impegno di incontrarci quando sarà sottoposto alle visite di controllo.

Infine, la paziente F., di anni 44, segnalata dall'Unità Operativa che la segue in DH, per esiti da covid. Il marito, di anni 50, fu ricoverato al Cotugno nel periodo della prima ondata e morì dopo 8 giorni di ricovero. La signora era isolata nel proprio domicilio, in quanto anche lei positiva, separata per circa un mese anche dalla figlia di 12 anni, in attesa che i servizi territoriali potessero sottoporre a tampone la ragazza. Nelle visite in DH della signora è emerso il suo forte disagio, legato alla morte del marito e alle vicende sopradescritte, e fu suggerita consulenza neurologica, con successiva prescrizione farmacologica, e consulenza psicologica. Negli scorsi mesi ho incontrato più volte la signora in presenza presso l'ospedale. L'intervento psicologico è tuttora in corso, con videocchiate di 50 minuti circa a cadenza settimanale. Il tema centrale, oltre all'elaborazione del lutto, sono il vissuto e i comportamenti della figlia adolescente. A distanza di un anno dalla scomparsa del marito, il dolore è ancora fortissimo. Nello spazio della seduta, la signora lascia spazio alle sue emozioni, che tende a reprimere in presenza della figlia. Ma continua a chiedersi come fare per andare avanti...

A partire da quest'attività già iniziata, abbiamo proposto ed ottenuto l'approvazione della Direzione Aziendale per l'attivazione di un ambulatorio dedicato specificamente a chi vive una condizione di lutto.

In sintesi, la nostra attività di supporto psicologico ai familiari di pazienti deceduti, per covid o altra patologia, si rivolge con particolare riguardo a:

vedovo/a con figli piccoli e adolescenti; vedovo/a con figli adulti; vedovo/a senza figli; partner; genitori con figli deceduti; figli adulti; fratelli e sorelle adolescenti.

Secondo l'importante modello di Kubler Ross (2016), che costituisce un punto di riferimento obbligato, l'elaborazione del lutto comporta il passaggio di 5 fasi (negazione/rifuto; rabbia; negoziazione o patteggiamento; depressione; accettazione). Spesso ma non sempre le fasi si presentano in quest'ordine e talvolta alcune di esse non vengono mai sperimentate. Con la fase dell'accettazione dovrebbe avvenire la riorganizzazione della propria esistenza, con nuovi obiettivi e progettualità che tengano conto dell'interiorizzazione della perdita.

L'obiettivo del nostro intervento è quindi supportare i familiari nella gestione e nell'elaborazione dell'evento critico e delle sue implicazioni, che si ripercuotono anche a lungo termine su tutto il sistema familiare.

L'intento è:

- Accogliere e contenere la sofferenza, le angosce e i timori, tenendo conto dei cambiamenti che la morte di un membro significativo determina nel contesto familiare;
- Individuare i meccanismi difensivi messi in atto anche per attenuare i sensi di colpa impropri;
- Prendere in considerazione gli aspetti emotivi e relazionali, aiutando il sistema familiare a parlare più apertamente degli aspetti connessi alla malattia e all'elaborazione del lutto, alle dinamiche familiari, ai figli e a tutte le difficoltà riscontrate;
- Favorire l'attivazione delle risorse personali in vista di una riprogettazione esistenziale che tenga conto della perdita.

Abbiamo previsto che l'intervento possa svolgersi con colloqui sia individuali che familiari, sia in presenza che online, per un periodo massimo di sei mesi.

3. CONCLUSIONI

In Italia sono morte oltre 100.000 persone per/con covid. Certamente vi sono altre patologie, a partire da quelle oncologiche e cardiologiche, che purtroppo provocano tante vittime. Il dolore non è certamente diverso e non importa ora la dimensione epidemiologica di ogni patologia.

Ma resta il dato drammatico: ci sono nel nostro paese circa 100.000 mogli/mariti in lutto, molti più di 100.000 figli, fratelli in lutto. Chi si occupa di queste persone? Quali servizi vengono offerti loro? Chi se ne occuperà in futuro? Come potranno elaborare il loro dolore?

In tutt'Italia sono nate iniziative importanti, a volte attivate dai stessi familiari e i social media hanno favorito la realizzazione di gruppi di auto-aiuto e di sostegno psicologico. Ovviamente va preso atto che non tutti coloro che subiscono un lutto fanno richiesta di assistenza psicologica.

Tuttavia, si tratta di un tema molto importante, a cui tutti dovrebbero dedicare maggior attenzione. Esso non riguarda la sola psicologia, né si risolve con la richiesta pur legittima di più posti di lavoro per questa o quella categoria professionale.

La questione è innanzitutto etica e culturale. Etica perché è un dovere della collettività essere vicino a queste persone, così come alle famiglie con bambini oncologici o con deficit psichici. Se nemmeno le tragedie sociali sono capaci di risvegliarci, non ci sarà alcun progresso umano. Se le

tragedie esaltano soltanto i nostri egoismi, i nostri difetti, il nostro bisogno di accaparramento, inevitabilmente ci attendono tempi tristi. Ci sarà progresso collettivo solo se i tanti dolori personali a cui assistiamo ci aiuteranno a sviluppare solidarietà e rispetto. Il secondo aspetto è culturale: bisogna smettere di eliminare finanche il pensiero della morte dalla nostra società. Occorre dare risalto a questo tema, per quanto doloroso e difficile. Ciò potrà servire anche a formare operatori capaci di aiutare chi affronta questa tappa, ma soprattutto contribuire a sviluppare una consapevolezza collettiva. La morte non si sconfigge cercando di ignorarne l'esistenza. Non è infrequente, nella nostra attività di psicoterapeuta, ascoltare pazienti che, a loro avviso, fanno risalire l'origine delle proprie difficoltà, talvolta ad anni lontani, alla morte di un familiare importante. A distanza di anni, in psicoterapia tentano di trovare un senso a ciò che è accaduto. La memoria a volte si confonde e spesso mancano informazioni essenziali.

Gli psicologi, ovviamente, non hanno il potere di evitare la sofferenza alle persone. Questo, pure se fosse possibile, sarebbe un compito inaccettabile e sbagliato. Quello che invece possono provare a fare è contribuire a dare un senso alla sofferenza.

Concludo con un'ultima osservazione.

Da tempo, mi occupo di come aiutare i pazienti e i loro familiari a convivere con la malattia. La riflessione nasce da un'osservazione comune a chiunque lavori in ambito sanitario: le reazioni individuali alla malattia sono profondamente diverse da persona a persona. E se le reazioni più frequenti sono di tristezza, depressione, rabbia, ansia o isolamento, è innegabile che un certo numero di persone, che costituiscono certamente una minoranza, ma non tanto rara come si potrebbe credere, riescano, dopo una fase di accettazione, ad "utilizzare" l'esperienza della malattia per una positiva ricollocazione delle loro priorità esistenziali. Ciò dipende innanzitutto dalle loro risorse personale e familiari. A me interessa occuparmi di come gli operatori sanitari, piuttosto che semplicemente assistere a questo fenomeno, possano sviluppare capacità osservative e competenze per aiutare i pazienti e i loro familiari a convivere al meglio possibile, per quelle che sono le loro esigenze, con la malattia.

L'accompagnamento nell'ultima fase della vita e l'assistenza ai familiari che hanno subito un lutto sono quindi strettamente connessi a questo modo di intendere l'assistenza psicologica e sanitaria in genere.

In definitiva, la morte può aiutarci a ricordare che lo scopo della vita non è solo evitare la sofferenza e non è neppure la ricerca della felicità, ma è innanzitutto ricerca di senso e consapevolezza. Sono discorsi difficili da affrontare, ma occorre farli...

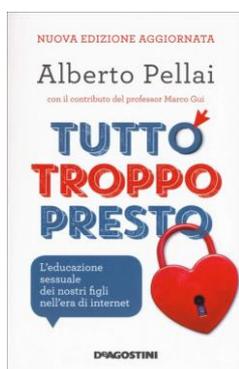
BIBLIOGRAFIA

- Bowen M. (1979), *La reazione della famiglia alla morte*, in *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma, 139-154, trad. it.;
- Cambiaso G., Mazza R. (2020), *Le ipotesi nella psicoterapia e nella vita*, Armando, Roma;
- Canevaro A. (2009), *Lutto e sistema familiare. Un approccio trigenerazionale*, in *Psicobiettivo*, 3/2009, F. Angeli, Milano, 38-67;
- Cesari S. (2017), *Con molta cura*, Rizzoli, Milano;
- Di Caro S. (2017), *La psicoterapia del distacco*, Alpes, Roma;
- Ferrari N. (2013), *Corrispondenze. La comunicazione epistolare come modalità di sostegno alle persone in lutto*, Narcissus Editore, Milano;
- Kubler Ross E. (2016), *La morte è di vitale importanza*, Armenia, Milano, tr. it.;
- Rolland J.S. (2004), *Helping famiglie with anticipatory loss and terminal illness*, in Walsh F., Goldrick M. (eds.), *Living beyond loss: Death in the family* (2nd ed.), Norton, New York;
- Roustant F. (2004), *Che fare delle proprie sofferenze?*, in *Terapia Familiare*, Franco Angeli, Milano, n. 74, pp. 5-19;
- Testoni I. (2015), *L'ultima nascita. Psicologia del morire e Death Education*, Bollati Boringhieri, Torino;
- Vannotti M. (1991) *Elaborazione del lutto attraverso le generazioni*, *Terapia Familiare*, 36, ITF, Roma;
- Vito A. (2014), *Psicologi in ospedale. Percorsi operativi per la cura globale di persone*, Franco Angeli, Milano;
- Yalom I.D. (2019), *Psicoterapia esistenziale*, Neri Pozza, Milano, tr. it.

RECENSIONI VARIE

Attuali e inattuali

"Essenziale è comprare molti libri che non si leggono subito. Poi a distanza di un anno, o di due anni, o di cinque, dieci, venti, trenta, quaranta, potrà venire il momento in cui si penserà di aver bisogno esattamente di quel libro - e magari lo si troverà in uno scaffale poco frequentato della propria biblioteca" (R. Calasso, Come ordinare una biblioteca. Adelphi. Milano 2020).



Alberto Pellai
TUTTO TROPPO PRESTO. L'EDUCAZIONE
SESSUALE DEI NOSTRI FIGLI NELL'ERA
DI INTERNET-
De Agostini, 2021
332 pagg.

Laura Testa²

Il tema dell'educazione sessuale viene sempre riconosciuto come una delle tematiche fondamentali da affrontare in età evolutiva e da sempre...viene ignorato. Nelle famiglie si tende ancora a ritenere che sia un argomento da trattare in preadolescenza o addirittura in adolescenza e, spesso, lo si delega all'"esperto" che svolge a scuola un progetto di qualche incontro. La sessualità continua quindi a rimanere ai margini del perimetro familiare ma entra in maniera sempre più prepotente nella vita dei minori senza alcun accompagnamento da parte degli adulti.

Nel periodo del *lockdown*, i minori sono stati autorizzati a disporre dei *devices* per ore senza alcuna supervisione adulta per poter svolgere la DAD. Di fatto, questa è divenuta

² Psicoterapeuta Sistemico-relazionale, Supervisore Centro Mara Selvini, Terapeuta Supervisore EMDR

l'occasione per aumentare vertiginosamente la navigazione in rete e autorizzare l'utilizzo di piattaforme che presentano sempre la possibilità di essere utilizzate anche come social. Questa overdose ha già prodotto degli effetti.

In particolare, i preadolescenti sono risultati essere soggetti a cambiamenti comportamentali, maggiore difficoltà a concentrarsi, disturbi del sonno (come risvegli notturni, incubi, difficoltà ad addormentarsi), cambiamenti d'umore, esacerbazioni di malattie croniche o sensazioni corporee inspiegate nonché una aumentata compulsione all'utilizzo di smartphone, tablet e consolle di gioco.

Il libro di Alberto Pellai risulta quindi molto interessante perché fornisce informazioni e propone riflessioni utili per potersi orientare sulle caratteristiche e gli effetti sulle relazioni e la sessualità di questi elementi.

Il libro è organizzato in sette capitoli. I primi quattro si occupano del tema della sessualità nei preadolescenti nell'era di internet e affrontano gli aspetti della precocità delle ragazze, della diffusione della pornografia online, del *sexting* e dell'adescamento online. Il quinto capitolo offre dei suggerimenti a genitori ed educatori. Il sesto capitolo si occupa del *videogaming* ed infine il libro si chiude con un *vademecum* per genitori di nativi digitali.

Il libro parte dall'enunciazione del principio pedagogico di fase-specificità ossia dalla necessità di selezionare per ogni fase dello sviluppo stimoli ed esperienze che siano adeguate alle competenze psicologiche ed emotive con l'idea che alcune competenze possano essere potenziate ma altre no. In particolare ci si riferisce a quelle abilità legate ad aree cerebrali con una maturazione fisiologica lenta che, se forzata, produce condizioni disadattive come, appunto, la sessualità.

Per questo motivo si parla poi di *hurried child syndrome*, per descrivere la condizione di bambini accelerati, o di *corporate paedophilia*, per descrivere la pratica di vendere prodotti ai bambini prima che siano in grado di comprenderne il significato (es. magliette per bambine con scritte tipo "I'm cool" o "Im sexy").

L'autore accompagna il lettore in questo viaggio alla scoperta della concretezza del mondo della rete che l'adulto tende a percepire come meno minaccioso di una serata in discoteca perché lo vive come immateriale e quindi puramente astratto. Concetti come quello del *sexting* acquistano quindi forma e dimensione e, come in uno stereogramma, improvvisamente compaiono con tutta la loro imponenza.

La conoscenza della struttura delle proposte del web (e non tanto della singola piattaforma o app) è l'elemento che consente poi di declinare pensieri ed azioni in maniera opportuna da un punto di vista psicologico ed educativo più

che la rincorsa all'aggiornamento sull'ultimo videogioco sul social network.

Il linguaggio semplice e lineare non deve ingannare rispetto alla complessità dei temi esposti e le sezioni che propongo delle strategie di intervento educative per i genitori rappresentano un utile spunto di riflessione (e azione) anche per tutti quei professionisti che operano con i minori e le loro famiglie...e non hanno più 12 anni.



Roberta Milanese
L'INGANNEVOLE PAURA DI NON ESSERE
ALL'ALTEZZA

Edizione Ponte alle Grazie, 2020
157 pagg.

Marta Castoldi¹

Negli ultimi anni chi come me esercita il mestiere di psicoterapeuta sta assistendo ad una vera e propria "epidemia di insicurezza". Ho scelto di leggere questo libro incuriosita dal titolo e perché ritengo i colleghi strategici in fondo un po' i nostri cugini...Se poi dovessi trovare un filo rosso sottostante a tutte le persone che ho in carico -con sintomi svariati e per i più diversi motivi-, sarebbe proprio quello di non sentirsi all'altezza, il sentire di non essere in grado di fare qualcosa, provare paura, o in una parola l'insicurezza (come molti pazienti riassumono frequentemente i loro problemi).

Il numero di persone che convivono con la sensazione di non essere all'altezza, di non essere del tutto adeguate, se non addirittura "fallate", con la sensazione di avere un difetto ineliminabile che impedisce di sentirsi adeguati in tutto ciò che si fa, è oggi in costante aumento, lo ascolto ogni giorno nella stanza di terapia, e immagino che molti colleghi concorderanno con me.

¹ Psicologa e Psicoterapeuta Sistemico-relazionale
(Pole Dancer per passione ;-))

In molti casi le persone temono di non essere all'altezza delle aspettative degli altri e degli standard sempre più elevati che la società impone. Un sentirsi costantemente 'in vetrina', oggi enormemente incrementato anche dalla diffusione dei *social network*, che amplifica a dismisura il bisogno di apparire e il timore di essere giudicati dagli altri. Una paziente addirittura mi racconta che non riesce più a pubblicare post su Instagram perché teme il giudizio degli altri, perché ha paura di non piacere, di non essere all'altezza di ciò che gli altri vogliono o si aspettano, perdendo il carattere anche ludico e sociale dell'app citata. Altre volte il giudice più severo si rivela quello interno, quella voce che continua a ricordarci che comunque facciamo non è mai abbastanza, che dovremmo fare di più e meglio, che tutto sommato il nostro successo è frutto di tanta fortuna e poco merito, che non siamo così attraenti e capaci come gli altri ci dicono, e si potrebbe continuare all'infinito.

"Ho deciso di venire da lei perché mi sento sempre insicura, incapace, insomma: non ho autostima!", questo è uno dei più frequenti ritornelli di chi viene in terapia, con il racconto di una vita vissuta alla ricerca di questa pietra filosofale chiamata chiamata 'autostima', di una sicurezza personale agognata ma mai conquistata.

La maggior parte delle persone che soffrono di scarsa autostima arriva a chiedere aiuto avendo già maturato una certa consapevolezza rispetto alla propria situazione. In molti casi hanno già intrapreso lunghi percorsi terapeutici orientati all'analisi del passato e alla ricerca delle spiegazioni che, se spesso hanno portato a una maggior comprensione dei perché, più raramente hanno prodotto un reale cambiamento. Conoscere le presunte cause dei nostri problemi non è di per sé garanzia di poterli risolvere. Non possiamo tornare indietro e correggere il passato, possiamo solo intervenire su ciò che quel passato ha prodotto nel presente e sulle relazioni attuali.

Nella paura di non essere all'altezza, le **psicotrappole** -cioè specifici copioni percettivi-reattivi a livello del pensiero che influenzano l'agire- più frequenti sono: l'evitamento, il chiedere sempre aiuto, l'eccesso di controllo, il difendersi preventivamente e il rinunciare.

Per valutare se saremo o meno all'altezza di qualcosa è necessario stabilire un giudice di gara che ci dica se siamo all'altezza adeguata oppure no. Ma adeguata in base a cosa e per chi? Possiamo distinguere due grandi categorie: coloro che delegano la decisione ad un giudice interno e coloro che invece proiettano il loro giudice all'esterno, in persone specifiche o nel mondo in generale.

Saper individuare se il giudice è interno o esterno è fondamentale per distinguere le differenti tipologie di paura di non essere all'altezza.

Quando il giudice è esterno si possono individuare le seguenti paure: 1. la paura di esporsi, 2. la paura dell'impopolarità, 3. la paura del conflitto, 4. la paura del rifiuto.

1. La **paura di esporsi** si esprime con una sintomatologia ansiosa e con somatizzazioni di vario tipo, e talvolta arriva a veri e propri attacchi di panico. Le tentate soluzioni di chi teme di esporsi sono orientate a cercare di rendersi il meno visibili possibile: evitare le esposizioni, prendere precauzioni, pianificare ossessivamente. Quanto più una persona si protegge dal giudizio, tanto più si danneggia e la sua paura del giudizio, piuttosto che diminuire, aumenta sempre di più. Una delle prescrizioni strategiche per vincere questa paura è quella di impegnarsi, ogni giorno fino al prossimo appuntamento, a mostrare una piccola debolezza a qualcuno e poi verificare se arriva il temuto giudizio, per innescare quella che viene chiamata un'esperienza emozionale correttiva (che modifichi radicalmente la percezione che la persona ha di un certo aspetto della realtà e permetta così di aggirare la resistenza al cambiamento). Un altro stratagemma utilizzato è quello della *peggiore fantasia*: ogni qualvolta abbiamo paura di qualcosa è come se ci comparisse davanti un fantasma bruttissimo, ci spaventiamo e iniziamo a scappare cercando di non guardarlo, ma più scappiamo più lui dietro ci insegue e ci terrorizza. Con il compito della peggiore fantasia si fa la cosa opposta: in un determinato tempo della giornata (mezz'ora al giorno) non solo si evocano tutti i fantasmi delle proprie paure, ma si va anche incontro a loro fino a toccarli. E siccome sono fantasmi, se si toccano svaniscono. Già gli antichi dicevano che la paura guardata in faccia non è più paura, anzi dopo un po' diventa coraggio. La prescrizione si basa sulla logica del paradosso "Sii spontaneo", meccanismo per cui tanto più cerchiamo di produrre volontariamente qualcosa di spontaneo tanto più lo blocchiamo.

2. La **paura dell'impopolarità** è la paura di fare o dire qualcosa che faccia perdere l'approvazione o l'affetto delle persone a cui si tiene. La persona è sempre attenta alle esigenze degli altri e finisce letteralmente per "prostituirsi" alle esigenze altrui pur di mantenere il consenso, incapace di dire no a qualsiasi tipo di richiesta, fino ad arrivare a perdere di vista se stessa e le proprie esigenze. Le tentate soluzioni tipiche di

chi teme l'impopolarità sono: assecondare e compiacere gli altri, fare quello che si ritiene che gli altri vogliano, evitare di esporsi nel fare o dire cose che temono che gli altri non approvino.

Un caso clinico esemplificativo di questa paura è quello della bugiarda patologica, che arriva a mentire su tutto per paura che gli altri siano delusi da lei. La terapeuta ripercorre insieme a lei la sua vita da bugiarda patologica per capire a cosa serve o da cosa la protegge il mentire: *"Sai, in natura, se qualcosa persiste da tempo senza cambiare, anche se provoca sofferenza, deve avere per forza qualche utilità, altrimenti si sarebbe estinto. Proviamo a capire quale potrebbe essere la tua".*

3. La **paura del conflitto** è data dal non saper gestire emotivamente il conflitto di per sé, di essere travolti dall'aggressività o di perdere il controllo delle proprie reazioni ed eccedere. Se si analizza la storia di chi soffre di questa paura troviamo spesso due situazioni opposte: persone cresciute in contesti familiari o sociali molto conflittuali, con frequenti litigi in famiglia o uno dei genitori molto aggressivo, per cui il conflitto è talmente velenoso che tendono ad evitarlo, o all'opposto persone cresciute in contesti talmente armonici in cui il conflitto era considerato inadeguato e quindi bandito, che non hanno mai imparato a gestirlo. L'assenza di contatto con la tossicità del conflitto ha impedito di sviluppare gli anticorpi necessari ad affrontarlo. Le tentate soluzioni di chi soffre di questa paura sono: evitare qualunque rischio di conflitto e il contraddittorio in generale; chiedere ma sempre in maniera morbida, creare relazioni prioritarie. Le tecniche strategiche suggeriscono di intervenire nell'allergia al conflitto come si curano le allergie: con un vaccino che contenga un po' della sostanza a cui si è allergici (cioè ogni giorno vaccinarsi esponendosi a un piccolissimo rischio di conflitto).
4. La **paura del rifiuto** oggi è diffusissima, può riguardare il timore di essere rifiutati se ci si espone sul piano sentimentale, ma anche esclusi dai colleghi nelle pause caffè, rifiutati perché poco attraenti sul piano fisico o perché poco interessanti su quello intellettuale. Le tentate soluzioni adottate da chi soffre di questa paura sono tre: evitare le esposizioni, sforzarsi (il che finisce paradossalmente per inibire ancora di più le abilità relazionali di chi si sforza), difendersi preventivamente (il che innesca una profezia che si autorealizza, facendo avverare effettivamente lo scenario temuto, nei casi più estremi questa tentata

soluzione assume la forma del rifiutare per non essere rifiutati).

In un caso clinico la terapeuta racconta la **storia del millepiedi**: c'era una volta un millepiedi che camminava tutto tranquillo per la sua strada, fino a quando incontra una formichina che lo ferma e gli chiede: 'Sono giorni che ti vedo camminare tranquillo e mi chiedo ma come fai a coordinare tutti i tuoi mille piedi? Io ne ho solo sei e ogni tanto inciampo lo stesso'. Il millepiedi che non si era mai posto questa domanda prima di allora iniziò a rifletterci: 'effettivamente ha ragione la formica, non è poi così facile coordinare tutti e mille i piedi'. Da quel momento il millepiedi si bloccò e non riuscì più a camminare. La storiella rimanda in maniera evocativa la natura paradossale della tentata soluzione di sforzarsi. Invece il calabrone, da un punto di vista fisico, a causa del suo peso e della ristretta ampiezza alare non potrebbe volare. Eppure il calabrone vola: cosa hanno dedotto gli scienziati? Che il calabrone non potrebbe volare ma lui non lo sa e quindi vola lo stesso. Il compito strategico suggerisce di farsi ogni mattina la domanda: se io volessi impegnarmi, volontariamente e deliberatamente, non per migliorare ma per far peggiorare ulteriormente la situazione, cosa dovrei fare o non fare? Cosa dovrei pensare o non pensare se per assurdo volessi fare andare tutto peggio? L'effetto di questa tecnica è quello di bloccare le tentate soluzioni disfunzionali che mantengono e peggiorano il problema.

Un altro modo per affrontare la paura del rifiuto è agire sul meccanismo della **profezia che si autorealizza**, per evitare la trappola di ritornare a guardare un passato che ormai non si può più cambiare mentre si ha un futuro nuovo da costruire. Quindi ogni giorno la persona viene invitata a farsi la domanda: 'cosa farei oggi di diverso da quello che faccio di solito, *come se* mi sentissi una persona che piace molto gli altri?' E scegliere la cosa *come se* più piccola e metterla in pratica concretamente.

Quando il giudice è interno invece le paure predominanti sono 5. la paura dell'inadeguatezza e 6. quella del fallimento.

5. Nella **paura dell'inadeguatezza** è la relazione tra sé e sé quella più critica: la persona convive con un giudice interiore severo, spesso impietoso, che può trasformarsi in un vero e proprio inquisitore o persecutore interno. Comunque facciano, queste persone non si sentono mai del tutto adeguate, se non francamente inadeguate; sono bravissime a enfatizzare ogni piccolo errore o mancanza a riprova della loro inadeguatezza. Il presupposto, sbagliato, è che per essere adeguati sia necessario essere perfetti: la più piccola imperfezione viene

quindi vissuta come un'incolmabile inadeguatezza. E' come se la persona dovesse ogni giorno combattere con un vero e proprio persecutore o inquisitore che si manifesta sotto forma di pensieri ricorrenti o di voce interna che mina continuamente la fiducia nelle proprie risorse e capacità personali.

Le tentate soluzioni di chi teme di essere inadeguato sono: ipercontrollo; delega, richiesta di aiuto o di rassicurazioni; autorassicurazione (ma più cerca di rassicurarsi più rinforza l'inquisitore che finisce per massacrarla ancora di più); rinuncia (quando la persona vive la certezza di essere inadeguata può arrivare a rinunciare definitivamente a combattere).

Nel caso clinico del manager con la sindrome dell'impostore, la terapia strategica propone la **domanda del miracolo**: *"Cosa farebbe di diverso se, come per miracolo, fosse all'improvviso sicuro di sé e non pensasse più di essere un bluff? Si immagina che va a dormire e durante la notte avviene un miracolo. La mattina dopo si sveglia e si sente finalmente sicuro di sé, non è più un bluff ma una persona consapevole delle proprie capacità. Cosa farei di diverso domani se per miracolo mi sentissi completamente sicuro di me?"*.

Un'altra tecnica strategica nel caso della paura dell'inadeguatezza è quella di **dare il pulpito all'inquisitore**: tutte le mattine la persona dovrà convocare il suo inquisitore e chiedergli di dire tutto ciò che c'è di sbagliato in lei, quanto è inadeguata, poco interessante e capace, e dovrà prendere appunti su tutto quello che le dice. Quando avrà finito, dovrà ringraziare l'inquisitore per aver fatto il suo lavoro e proseguire la sua giornata. Se lui dovesse ritornare durante il giorno dovrà rimandare il suo spazio alla mattina dopo. Il percorso terapeutico prevede quindi da un lato la 'cura dimagrante all'inquisitore', dall'altro l'esporsi gradualmente a tutto quello che la persona aveva evitato fino ad allora, non sentendosi mai sufficientemente adeguata.

6. Nella **paura del fallimento**, il giudice è interno e impatta sul rapporto che ognuno ha con se stesso, il timore principale è quello di deludere le proprie aspettative su sé stessi. Le persone con paura del fallimento spesso riferiscono di essere cresciute sentendosi sopravvalutate dagli altri, di cui percepivano le grandi aspettative, senza mai sentirsene all'altezza.

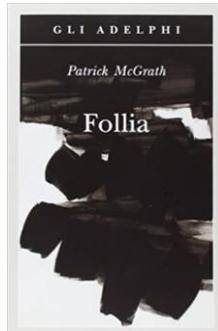
Quando il timore di fallire è elevato, la persona arriva spesso a rinunciare di mettersi alla prova praticamente in qualunque tipo di attività; è come se vivessero una sorta di condanna al fallimento. Le tentate soluzioni tipiche di

chi teme il fallimento sono: evitare le prove, delegare e chiedere aiuto, rinunciare.

Per scrollarsi di dosso le 'macerie del passato', la terapia strategica propone di contemplare ogni giorno per iscritto lo splendore dei disastri passati e portarli alla seduta successiva. La cronaca dei disastri realizzati permette di elaborare i fallimenti passati e di prenderne un distanziamento emotivo, sbloccando le risorse della persona nel presente. Ogni mattina il soggetto dovrebbe osservare la giornata che lo aspettava e chiedersi: "cosa dovrei fare oggi, nella giornata concreta che mi aspetta se, per assurdo, volessi far peggiorare ancora di più la mia situazione?".

La persona con la paura del fallimento si rende conto che ha affrontato la vita con l'idea "se non vinco, non gioco", ma nel percorso terapeutico si rende conto che non si può vincere se non si gioca mai! **L'autostima** non è qualcosa che ci viene fornito come dotazione alla nascita, **non si eredita, ma ognuno di noi se la costruisce** accettando di affrontare prove e scoprendo di essere in grado di superarle. Senza dimostrare a noi stessi "su campo" che valiamo, la fiducia in noi stessi è solo illusoria e si infrangerà di fronte alla prima difficoltà reale.

Ho trovato interessante la riflessione sulle diverse sfumature che sottostanno alla comune paura di non essere all'altezza e la panoramica sulle varie tecniche strategiche. Personalmente gli interventi strategici suggeriscono quell'alone magico-risolutivo che raramente posso osservare nei percorsi terapeutici, come se bastasse la giusta tecnica per sbloccare situazioni incastrate da anni e per innescare prontamente modalità relazionali più funzionali. Tuttavia, all'interno di una relazione terapeutica ben consolidata, con una buona alleanza paziente-terapeuta nata da costruzione di ipotesi, metafore, allargamenti, e tutto ciò che il nostro approccio sistemico contempla, le tecniche strategiche possono diventare un valido e utile ausilio. Ho sperimentato alcune delle tecniche e delle idee citate nel libro in alcuni casi che sto seguendo e devo ammettere che si sono rivelate altamente fruttuose, hanno mobilitato risorse nei pazienti e aperto nuovi scenari di riflessione e aree di lavoro. E questo credo sia il valore più grande che la condivisione di esperienze e competenze possa portare al nostro lavoro, secondo il principio -citato dall'autrice nel decalogo per una sana autostima- che bisogna continuare sempre a coltivare l'arte di migliorare noi stessi.



Patrick McGrath
FOLLIA -
Adelphi, 1996,
pp. 296

Valeria Pinoni¹

Lettura fortemente *sconsigliata* a psicologi, psicoterapeuti, psichiatri e persone desiderose di intraprendere una psicoterapia. La trama potrebbe infatti scatenare difficili risonanze nei terapeuti e far scappare a gambe levate chiunque desideri un consulto con il cosiddetto "*strizza*". Prendo in prestito quest'ultimo termine da una cara paziente che lo utilizza teneramente come nostro appellativo durante le sedute familiari e che, ogni volta, mi fa sorridere. "*Follia*" è un libro di Patrick Mc Grath pubblicato nel 1996 e, da allora, non ha mai smesso di riscuotere molto successo.

Siamo nell'Inghilterra di fine anni '50 nello spaventoso ma edulcorato contesto di un manicomio criminale che ospita pazienti gravissimi e tutta la schiera di medici e mogli annoiate a carico. Queste ultime hanno, più o meno consenzientemente, deciso di dedicare la propria vita alla scalata al successo del marito e trascorrono le giornate ad organizzare cene formali e club di merletto. La bellissima ed elegante Stella Raphael è la moglie del nuovo vicedirettore e *decide* di innamorarsi perdutamente dell'artista uxoricida Edgard Stark, che la conduce nei meandri di una sessualità travolgente e per lei inesplorata. Inoltre Stella, "*come se non bastasse, era una romantica*". È infatti necessaria un'altissima dose di romanticismo per abbandonarsi ad una passione sconvolgente e fuggire con l'uomo che, per gelosia, ha sgozzato e decapitato la propria moglie; e per lui, lasciare una vita agiata e un figlio in cerca di briciole

¹ Psicologa psicoterapeuta

d'amore per rifugiarsi in una squallida mansarda londinese e fare del gin l'unica fonte di dissetamento. I nostri protagonisti sono ricercati dalla polizia e da tutta l'équipe manicomiale che sembra però maggiormente interessata ad insabbiare la rocambolesca *mockery* ed a ripristinare l'ordine costituito. L'importante è riportare a casa il cattivone e la bambina capricciosa, "dopotutto, lei era la donna invisibile". Nessuno sembra infatti chiedersi quali desideri e quali paure, direbbe Lorna Benjamin, abbiano spinto la raffinatissima Stella a sporcarsi le mani con questo esempio di principe azzurro che, prevedibilmente, diventerà sempre più paranoico e violento. Il susseguirsi della narrazione porta alla conoscenza di altri personaggi interessanti che contribuiscono a rendere il genogramma della nostra eroina molto povero di risorse: una menzione particolare va alla descrizione dei comportamenti passivo aggressivi del marito, che ça va sans dire, avranno un ritorno decisamente karmico. L'autore sceglie invece di rimanere criptico riguardo ad Edgard, del quale si hanno informazioni solo dopo la sua reclusione nella struttura di massima sicurezza. Ma è il terzo protagonista chiave della storia, l'io narrante Peter, psichiatra dalla lunga esperienza e acuto osservatore, che ha avuto a mio avviso l'impatto più sconvolgente, non solo sui personaggi, ma anche sulla mia lettura. Sir Peter, Emerito Dottore, si definisce "profondamente interessato" (ossessionato forse?) dalle "storie d'amore catastrofiche" tanto da non realizzare di essersi inserito in un perfetto triangolo, nel quale, chiaramente si considera nel ruolo del salvatore. Un salvatore che somiglia però ad una grossa lucertola, un gigantesco Drago di Komodo dalla lingua biforcuta che saetta dalla bocca e che, lentamente, studia le sue prede restando in agguato, camuffandosi, per poi avvelenarle con una lenta morte.

Non so se si evince ma non nutro particolare simpatia per Peter. Questo perché l'autore si è decisamente superato nella sua descrizione, tanto da riuscire a rendermelo detestabile. Stella ed Edgard siete proprio imperdonabili, ma vi chiedo scusa al posto suo. Certo, proseguendo nella lettura anche la povera Stella diventa insopportabile, inizialmente la si sostiene per la sofferenza scaturita da quel matrimonio così sterile ma poi... Poi accade l'irreparabile, il tragico indefinibile susseguirsi di quella devastante spirale di "Follia"

che, fino a quel momento, era stata troppo sottovalutata e dimenticata nella copertina del libro, lasciando il lettore sempre più attonito. Nell'edizione in lingua madre il titolo è "Asylum", manicomio, e generalmente non amo queste licenze dall'originale ma, in questo caso, complimenti al traduttore per l'azzeccato adattamento.

Tornando ad Edgard, resta coerente con se stesso e continua ad annaspere nei suoi fragili pensieri facendo il matto fino all'ultima pagina.

Non mi addentrerò in ulteriori dettagli per lasciare libertà ai personaggi di palesare sempre più velocemente i loro intenti al lettore.

Ma Peter, perché mi lasci così turbata? Perché vorrei bruciare tutte le tue lauree? Le tue parole sono possessive ed inquietanti, ma l'hai fatta una psicoterapia tu, prima di cominciare ad analizzare "gli altri"? McGrath è spietato quando gli permette di parlare: *"Edgard era uno dei miei. Io sono sempre stato affascinato dalla personalità artistica, credo dipenda dal ruolo vitale che l'impulso creativo svolge in psichiatria o, quantomeno, nel mio lavoro clinico"*. Non contento Peter desidera addentrarsi anche nella psiche della disperata amante lasciandosi andare a considerazioni autocritiche che, purtroppo per lui, restano solo in superficie: *"A dispetto, o forse in virtù del fatto che io per Stella non ero certo la figura neutra generalmente adatta a condurre questo tipo di terapia dinamica, ad ogni incontro mi convincevo un po' di più che la sua traslazione stesse imboccando la direzione che volevo e la sua dipendenza si stesse spostando su di me. Questo pensiero mi dava una complessa, particolarissima soddisfazione che purtroppo mancai di analizzare al momento giusto"*.

La frase conclusiva del libro conquista il podio per le quattro parole più significative di sempre nel rendere un'idea.

Un breve cenno a Patrick Mc Grath ed al valore del suo lavoro. A volte, ingenuamente, scivola in alcuni cliché tecnici che possiamo però perdonargli visto l'impegno nello spronare un'attenzione sulla salute mentale, rendendo intrigante e mai noioso l'intreccio narrativo. Il padre è un noto psichiatra di un manicomio criminale dove l'autore ha trascorso tutta l'infanzia che gli ha permesso di sviluppare una sensibilità critica verso la psicopatologia, tanto da scrivere numerosi best sellers

come "Trauma" e "Il morbo di Haggard". In un'intervista disse: "Il mio detto preferito è ogni medaglia ha il suo rovescio, la realtà non è una sola ma dipende dai punti di vista, e spesso ti accorgi che nelle persone possono coesistere anime del tutto diverse, anche nello stesso momento." Ha scelto di fare lo scrittore e non seguire la sua strada già impostata.

Ringrazio Patrick Mc Grath per essere stato fonte di grande ispirazione ed avermi fornito tantissimi spunti di riflessione.

Non guardate il film, non rende sufficientemente giustizia ad un libro sagace e perfido.

Sento la necessità di concludere cambiando la direzione iniziale: lettura fortemente *consigliata* a psicologi, psicoterapeuti, psichiatri e persone desiderose di intraprendere una psicoterapia.



**Recensione al seminario di
M. Gonzo, A. Mosconi, M. Tirelli
PSICOTERAPIA SISTEMICA DI GRUPPO
organizzato dalla Scuola di
Psicoterapia
Mara Selvini Palazzoli, 2 dicembre
2020**

Giada Gatti¹, Alice Coffani²

Verso la terapia sistemica di gruppo

Nella giornata seminariale sulla terapia sistemica di gruppo, condotta dagli autori dell'interessante *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo* (Franco Angeli Editore, 2016), era inevitabile (e assai utile) per gli allievi presenti storicizzare e contestualizzare il tema. Riprendiamo quindi dalla loro introduzione i passaggi più salienti.

La terapia sistemica si occupa di relazioni e si è sviluppata a partire dai lavori con i nuclei familiari; è una meta-teoria applicabile a diversi contesti (coppie, famiglie, contesti allargati). Si parte dal concetto della prima cibernetica, in cui si attribuiva importanza alle relazioni interne al sistema, per poi passare alla seconda cibernetica ovvero alla relazione tra il terapeuta e il sistema che si osserva. Si è spostato dunque l'accento sulle narrazioni, il linguaggio e la comunicazione più simbolica. Da qui parte l'idea di poter lavorare anche con i gruppi, superando la rigidità di lavorare solo con la famiglia.

Il gruppo è un sistema complesso nel quale si condividono e coordinano narrazioni e descrizioni da parte dei membri dello stesso. Stimolando l'auto osservazione e l'apprendimento si spingono gli utenti a cercare nuove narrazioni di sé. Il gruppo è individuato come un contesto utile al cambiamento nel contesto della terapia:

"Il gruppo diventa come un'arena dove i pazienti agiscono liberamente gli uni con gli altri..." Yalom (Psicoterapia esistenziale, 1980).

Universalità, informazione, altruismo, ricapitolazione correttiva, sviluppo di tecniche di socializzazione,

¹ Psicologa, psicoterapeuta in formazione

² Psicologa, psicoterapeuta in formazione

comportamento imitativo, apprendimento interpersonale, catarsi, coesione e fattori esistenziali sono tutti fattori che per Yalom sono fondamentali al cambiamento e che definiscono il lavoro di psicoterapia di gruppo.

Di Bernardino individua nel gruppo i fattori terapeutici, tra i quali: - Condivisione emozionale - Apprendimento sociale - Rispecchiamento³

- Autoconsapevolezza.

La terapia di gruppo è nata in ambito medico a partire dal dott. Prat (1905) che ha sperimentato gruppi di confronto di pazienti con tbc. Lazell (1919) nel contesto psichiatrico faceva una terapia della parola con pazienti psicotici. Adler (1920) iniziò ad utilizzare il gruppo in psicoterapia, mentre Moreno iniziava a lavorare sull'espressione delle emozioni a partire da un coinvolgimento attivo, realizzando lo psicodramma. Bion invece iniziò a proporre lavori di gruppo con soldati traumatizzati.

L'interesse dei terapeuti sistemici al lavoro in gruppo nasce dal cambiamento sociale dei contesti sanitari (legato a tagli economici ed invecchiamento demografico). Si è inoltre verificato un cambiamento dei sistemi familiari, perché le famiglie sono sempre più disperse, monoparentali o con modelli familiari più frammentati. Le prime esperienze con gruppi multifamiliari e di psicoeducazione sono partite verso la fine degli anni '90 e solo intorno agli anni 2000 si è iniziato a definire "sistemico" il lavoro con i gruppi.

La psicoeducazione si sviluppò in Inghilterra negli anni '50-'60 a seguito della de-istituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici e del ritorno dei pazienti in famiglia.

J. Leff con alcune ricerche dimostrò che si potevano ridurre ricadute lavorando sull'espressione delle emozioni in famiglia. In questo caso veniva effettuato un percorso informativo dei sintomi schizofrenici, cause e decorso, per rassicurare i familiari. I terapeuti familiari si posero di fronte alla psicoeducazione in termini positivi, ciò permetteva di includere la famiglia nel trattamento dei pazienti, favorendo un clima di collaborazione.

Che cos'è il gruppo e come avviene il cambiamento nella psicoterapia sistemica di gruppo?

³ La nostra capacità di immedesimarci nella mente dell'altro ha base neurobiologica: i neuroni specchio, scoperti dal Dott. Rizzolatti, localizzati nella corteccia premotoria. Secondo la teoria, alla base dell'empatia c'è un processo di "simulazione incarnata", secondo cui per il nostro cervello è come se compissimo noi l'azione che vediamo, pertanto è possibile comprendere e interpretare le emozioni di sé e dell'altro.

Come primo assunto si sottolinea il fatto che il terapeuta di un gruppo accetta storie ed idee dei partecipanti in modo non giudicante e permette a ciascuno di esprimersi. Il gruppo risulta come un amplificatore di più idee su un singolo problema. Ci si focalizza sullo scambio nel qui ed ora e si ritualizzano le dinamiche relazionali apprese.

Il gruppo si percepisce come una famiglia simbolica, di cui i terapeuti sono i genitori e i pazienti, i figli. Il gruppo è da intendersi come base sicura che ci permette di ripensare ai propri atteggiamenti, oltre a sperimentare nuove appartenenze e socializzazioni differenti da quelle famigliari. Gruppo da intendersi come contesto di apprendimento e deuterio-apprendimento, con una partecipazione esperienziale in cui il terapeuta assume una posizione "meta", oscillando tra la storia del singolo e del gruppo.

Il dott. Cirillo riporta come sempre più il lavoro in gruppi viene proposto anche nell'ambito della tutela e nel lavoro con le famiglie adottive. Il modello di lavoro in gruppo è sempre più utilizzato nei servizi, si può credere anche per ragioni economiche.

Gruppo autocentrato (Dott. Mosconi)

Il gruppo diviene un luogo in cui rappresentarsi socialmente, oltre alla possibilità di essere visti in un modo diverso dai componenti del gruppo, senza l'etichetta diagnostica, è un'esperienza diversa di sé. Si va ad individuare dove è stato imparato un certo copione di comportamento (decostruzione del comportamento, ricostruzione e rispecchiamento a partire dalle storie delle diverse esperienze). Il tema del potere è differente in quanto fa in modo che i pari rispecchino: il terapeuta è un attivatore di rispecchiamenti.

Nel gruppo si utilizzano le risorse relazionali interne per migliorare il benessere dei partecipanti, lavorando sul bisogno di appartenenza e riconoscimento degli stessi. Si identificano le gerarchie, le alleanze, le funzioni reciproche e le regole del gruppo. Il sistema in questo caso è un intermezzo tra il sistema familiare (sistema come posto sicuro in cui condividere le proprie storie) e individuale (narrazioni di sé e storie trigenerazionali), perché ognuno porta le proprie storie e il confronto e rispecchiamento attivano la decostruzione e ristrutturazione di queste. Il gruppo assume una pregnanza simbolica con caratteristiche proprie. Nella terapia familiare tutti i componenti della famiglia elaborano l'intervento a partire dalla mente collettiva; nella terapia individuale il paziente negozia i cambiamenti con il proprio sistema; nel contesto di gruppo invece l'individuo fa un lavoro su di sé, il gruppo attiva il

rispecchiamento e poi ogni individuo negozia il cambiamento con il sistema originario. Lo stesso gruppo diventerà un sistema con storia e con specifiche ridondanze. Le regole di relazione saranno rinegoziate via via dagli stili relazionali dei vari componenti del gruppo. Le gerarchie saranno quindi flessibili e ridefinite dal terapeuta che è il regista dei rispecchiamenti reciproci, così come le alleanze che però avverranno per breve tempo, perché le ridondanze vengono fatte oggetto di metacomunicazione per diventare un aspetto di riflessione. Gruppo autocentrato come contesto in cui ognuno porta sé e ridefinisce con l'altro la sua storia. Il gruppo terapeutico continua ad oscillare tra l'aspetto storico, individuale e gruppale.

Il lavoro nella terapia di gruppo è un continuo oscillare tra il decostruire e costruire i processi dei giochi familiari, integrando tutti i livelli sottostanti.

Nella psicoterapia di gruppo, soggetti alla pari non delegano a un terapeuta singolo il compito di attivare la capacità riflessiva ma la investono l'una nell'altro. Questo diminuisce la paura individuale, le resistenze e reticenze a mostrarsi, ma nei rispecchiamenti reciproci aumenta l'imprevedibilità e un processo di differenziazione. All'inizio ognuno pone sé nelle sue modalità abituali, ma con i rispecchiamenti prismatici aumentano le differenze e le innumerevoli descrizioni della realtà che si generano tra terapeuta-gruppo-paziente. Anderson e Goolishian pongono in tale ottica l'attenzione al linguaggio nel lavoro di gruppo. Il terapeuta si pone come "architetto del dialogo", costruttore di conversazioni estetiche.

L'atmosfera del gruppo è non giudicante, con una punta di ironia e irriverenza (Cecchin), per favorire un clima di leggerezza che facilita la condivisione. Leggendo i diversi eventi si elimina la colpa e si legge la circolarità, si cerca di capire le varie ipotesi di ciò che ha portato alla situazione attuale per poi trovare una soluzione. Si usano i fondamentali di ipotizzazione (diverse ipotesi e il confronto più in termini costruttivisti), neutralità (curiosità e di come tutte le storie vanno prese in considerazione) e circolarità (cosa pensi di quello che ha detto x e cosa pensi che dica X? Si effettua un confronto tra punti di vista).

Tecniche:

- Confronto diretto a partire dall'*hic et nunc*.
- Rilevare somiglianze e differenze attivate dal terapeuta tra i diversi spezzoni della narrazione.
- Depatologizzare (si inserisce senso nella storia e come i sintomi hanno origine dalla sofferenza, usare etichette)
- Confronto tra punti di vista (domandare agli altri i diversi punti di vista).

- Allocazione dei turni conversazionali (al fine del rispecchiamento si sviluppa la capacità di alternare i turni e cogliere la differenza per attivare la decostruzione delle storie. Il terapeuta interviene morbidamente per attivare il confronto e favorire l'attivazione di decostruzione e ricostruzione delle storie. L'accoglienza del gruppo si manifesta nella condivisione delle risonanze che attivano e favoriscono la condivisione reciproca).

- Riassunti ristrutturanti (chiusure delle strategie di conversazione e tecnica di reframe, consiste nel riprendere i punti di vista espressi dai componenti del gruppo per evidenziare analogie e differenze. Mette insieme le diverse versioni e chiudere con una domanda riflessiva che attiva il confronto o le differenze tra le diverse narrazioni. Ciò aumenta l'elasticità del pensiero.)

- Connotazione positiva (ognuno ha fatto il meglio che poteva nella sua storia).

- Domande triadiche e riflessive: triadicità doppia, si chiede a un esterno al sistema di osservare la relazione tra un componente del gruppo e la sua storia. Doppio livello di attivazione: non solo rispetto alla narrazione raccontata ma anche rispetto al confronto con la storia dei componenti del gruppo e le proprie storie; ha una funzione interna al gruppo come attivatore di processi riflessivi prismatici).

- Role play come messa in atto di giochi relazionali che permettono di attivare confronti, simile a uno psicodramma Moreniano, imparando a dare voce alle proprie emozioni e mettendo in atto le proprie relazioni attraverso i componenti del gruppo. Chi farà parte di questa ricostruzione/scultura è anche chi vuole comprendere la propria storia, dunque il processo riflessivo avrà un riverberarsi nel gruppo.

- Concretizzare: esposizione di esempi di comportamento, favorendo le connessioni. L'utilizzo dell'esperienza di uno favorisce l'attivazione del cambiamento degli altri. Attivazione delle risorse attivate in alcune situazioni.

-Spesso si utilizzano oggetti fluttuanti, disegni, tavole che rappresentano diverse modalità relazionali (sedie vuote, sculture familiari, disegni, foto...).

È importante avere una competenza specifica per la conduzione dei gruppi e avere gli spazi adatti (uno o più conduttori).

Per quanto riguarda il nome che si dà al gruppo è bene evitare etichette diagnostiche per evitare che il paziente si cristallizzi e si identifichi. Il nome del gruppo sarà il simbolo del gruppo stesso.

Il terapeuta non rispecchia ma fa in modo che i pari rispecchino; terapeuta come attivatore di rispecchiamenti.

Il gruppo si dà un tema, un titolo, un'identità.

Per progettare un gruppo si parte sempre da un'analisi delle risorse (siamo inseriti in un contesto la cui cultura comprende l'utilità di lavorare in gruppo? Ci sono operatori competenti disponibili? Ci sono spazi adatti?)

- o *Canale comunicativo*: scelto in base alle competenze dei conduttori, alle caratteristiche degli utenti del gruppo, alle risorse disponibili. Conduttori: 1 o 2, a volte la co-terapia aiuta come reflecting team per l'elevato livello di complessità. Se vi sono due conduttori è importante che i due siano in una relazione con uguali compiti, poteri e responsabilità, capacità di cooperare. Libertà di esprimere il disaccordo fuori dal setting ed empatia reciproca, non competitività e similarità nello stile di conduzione e nella tecnica.
- o *Caratteristiche del conduttore*: come una coppia genitoriale bisogna essere flessibili, definire regole chiare, costruire dei confini, riconoscere il diverso livello di responsabilità, mantenere la consapevolezza dei propri miti senza portarli in terapia, non creare miti vincolanti, considerare le differenze come valore e connotare positivamente i pazienti.
- o *Componenti del gruppo*: 7 +o- 2
- o *Orario, ritmicità e durata*: 1h e mezza o massimo 2, frequenza sulla base della stabilità, maturità emotiva ed età dei componenti del gruppo (es. con pazienti adolescenti o pazienti in fase acuta meglio pensare una cadenza settimanale, mentre con pazienti con buone competenze di mentalizzazione e non gravi si tiene una cadenza quindicinale. La durata complessiva di un gruppo va dai 3 ai 6 mesi, alcuni potranno terminare prima mentre altri potranno effettuare un nuovo percorso gruppale. Il cambiamento avviene a livello strutturale, nelle prime fasi del gruppo. Proporre dunque dei cicli di percorso terapeutico può essere funzionale. Luogo: posizione a cerchio di tutti i componenti, il terapeuta dentro il cerchio e con una propria sedia che è simbolo della sua differenza (se sono due si siedono l'uno accanto all'altro o l'uno di fronte all'altro. Se ci sono assenti, lasciare le sedie vuote per presentificare l'assente e ricordare la sua presenza nel gruppo.
- o *Gruppo aperto*: possono essere inseriti pazienti in tempi diversi. È importante che il gruppo riveda la propria identità così da includere il nuovo membro. È comunque sempre difficile per chi entra sentirsi incluso a tutti gli effetti.
- o *Gruppo chiuso*: stessi pazienti per l'intera durata del gruppo.
- o *Composizione del gruppo*: per lo più si predilige una certa omogeneità per patologia, classe, acuzie, genere;

ciò facilita l'identificazione e la gestione della coesione.

- o *Modalità di invio*: il gruppo è adatto ai pazienti per cui è possibile pensare alla costruzione di un cambiamento. Spesso può essere utile un lavoro di gruppo dopo la terapia individuale, come a proporre un laboratorio esperienziale in un contesto protetto.
- o *Ritardi e assenze*: far entrare i ritardatari in modo silenzioso, non fermare il processo del gruppo e solo in un secondo tempo inserire la persona nella conversazione. Se ci sono degli assenti, dentro le istituzioni gli infermieri chiedono spiegazioni, in contesti privati invece sarebbe meglio aspettare la volta successiva, non sollecitare né informarsi. Assenza come argomento di discussione, che significato ha l'assenza? Tollerare max 2/3 assenze.
- o *Chiusura*: In fase finale sottolineare che siamo stati parte di un'entità più grande che ci rappresenta. Chiudere chiedendo a tutti che cosa si portano a casa da ciascun componente del gruppo. Un po' come la tecnica dello zaino del dott. Canevaro ("io nel mio zaino metto una cosa di ciascuno e lascio qualcosa di mio per lo zaino degli altri"). È importante fare un percorso terapeutico alla volta, non sovrapporre percorsi individuali e di gruppo.
- o *Strumenti possibili da utilizzare in gruppo*:
 - Stemma araldico della famiglia di origine: si indagano miti fondanti o pregiudizi della famiglia d'origine da cui si proviene. Si riflette sugli stemmi, anche attraverso delle riflessioni trigenerazionali. Si attiva poi la condivisione da parte di altri, sulla base delle risonanze. Ciò favorisce il potenziamento delle visioni sistemiche, tutti fanno parte di una storia di sistemi.
 - Il futuro: le statue familiari. Come sarò fra un anno? Quale sarà la distanza emotiva con la mia famiglia d'origine? Si concretizza quanto vissuto attraverso la statua per riflettere su come ci si potrà sentire tra un anno con la propria famiglia costituita. Si utilizzano poi le foto della famiglia d'origine per rappresentare la distanza relazionale tra la statua e la famiglia stessa. Si chiede al gruppo di fare delle domande sul senso della statua e di riflettere sulla distanza relazionale con la famiglia d'origine.
 - Autoritratto fotografico: A inizio del percorso si crea una busta dove ognuno mette il proprio materiale, simbolicamente lo spazio di un contenitore. Ognuno porta una fotografia personale e inserisce nella busta un foglietto con scritto il proprio problema. Ogni componente poi scrive una proiezione (aggettivo) sull'autoritratto del compagno e poi si avvia il momento

di condivisione. Si chiede infine ad ognuno di scegliere la proiezione espressa dai compagni che è meno adeguata e meno descrittiva di sé stesso. Si effettuano poi delle connessioni tra il proprio problema e il commento meno adeguato (ciò che non vediamo è ciò che è più problematico). Si parte dall'idea che i nostri sintomi e problemi nascono dalla parte meno visibile, più dissociata. Il gioco relazionale facilita la messa a fuoco della parte più dissociata.

COMMENTO

Riteniamo che il seminario sia stato molto interessante, se pur carico di troppe informazioni. L'applicazione del modello sistemico all'interno del contesto gruppale costituisce un'innovazione stimolante ed alternativa ai gruppi terapeutici di orientamento psicodinamico e cognitivo. La possibilità inoltre di trovare nel gruppo un luogo di rispecchiamento e identificazione consente di attivare un cambiamento che non avviene solo in riferimento alla propria storia ma anche in base alla condivisione e alla storia dei singoli membri. Se il gruppo diviene dunque un contesto terapeutico con tecniche e aspetti specifici, anche il terapeuta diviene regista che modula e attiva le riflessioni. Riteniamo dunque utile questa giornata formativa perché ci consente non solo di ampliare la prospettiva sistemica ad un contesto di intervento alternativo al sistema familiare ma anche di riflettere sulla forza del gruppo. Tale aspetto è stato sperimentato da noi allieve, se pur in modo diverso, all'interno dello stesso gruppo di genogramma che diviene luogo di condivisione, di autoconsapevolezza e di rispecchiamenti reciproci. Più complessa da seguire la parte iniziale del seminario, il lungo excursus storico della nascita della terapia sistemica di gruppo, sarebbe stato preferibile dedicare una parte maggiore della giornata alla narrazione (o ancor meglio alla visione) di esperienze pratiche di gruppo.

Riferimenti bibliografici presentati nel corso del seminario: "L'intervista nei servizi socio-sanitari" (Mauro Gonzo, Andrea Mosconi, Manuela Tirelli) "Manuale di terapia sistemica di gruppo" (M. Tirelli, A. Mosconi, M. Gonzo) "Terapia sistemica di gruppo" (C. Giordano, M. G. Curino.)