

Rivista fondata da Gianni Cambiaso e Roberto Mazza



Frattali

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

04

Anno III

Maggio 2022

Direttore

Gianni Cambiaso

Coordinamento Scientifico

Roberto Mazza

Redazione

Carmela Vaccaro (coordinamento)

Fabiana Faustini (coordinamento)

Patrizia Borella

Valeria Botticini

Zelda Carta

Antonella Della Medaglia

Alessandra Gritti

Valeria Pinoni

Bianca Poggi

Liliana Redaelli

Ludovica Rosano

Laura Testa

SOMMARIO

EDITORIALE		4
<i>Gianni Cambiaso, Roberto Mazza</i>	Temperamento e condizioni sociali. I due anelli mancanti per il paradigma della complessità.	4
ARTICOLI		9
<i>Chiara Rossi</i>	Essere o non Essere. Questo è il problema	9
<i>Paola Covini, Gloria Teresa Invernizzi, Beatrice Alagna, Erika Michielon, Francesca Ghilardi</i>	Terapia di coppia e tradimento	17
<i>Alessandra Casile, Mara Castiello, Lucia Fina, Chiara Rochira</i>	Dall'antico legame fraterno alla coppia terapeutica	28
<i>Francesca Ghilardi, Alessandra Foroni</i>	Prospettive sistemiche di presa in carico psicologica dell'infertilità e della sterilità nella società contemporanea	45
<i>Patrizia Zanotti, Anna Frallicciardi, Luisa Tripodi</i>	Non da soli nell'esperienza del lutto	68
RECENSIONI		77
<i>Liliana Redaelli</i>	Marco Vannotti e Michèle Gennart, <i>Orizzonti etici in psicoterapia</i> , Giovanni Fioriti Editori, 2022	77
<i>Matteo Selvini</i>	Mary Jo Barrett e Linda Stone Fish, <i>Treating complex trauma: a relational blueprint for collaboration and change</i> , Taylor & Francis Ltd, 2014	81
<i>Laura Testa</i>	Davide Dèttore e Emiliano Lambiase, <i>La fluidità sessuale</i> , Alpes Italia, 2011	85
<i>La Redazione di Frattali</i>	Congresso internazionale. <i>La bufera e altro. La cura delle famiglie nell'onda lunga post-covid</i> , 2022	87
<i>Alberto Vito</i>	Goliarda Sapienza, <i>Il filo di mezzogiorno</i> , regia di Mario Martone	90

EDITORIALE

TEMPERAMENTO E CONDIZIONI SOCIALI. I DUE ANELLI MANCANTI PER IL PARADIGMA DELLA COMPLESSITA'

Gianni Cambiaso e Roberto Mazza

La teoria della complessità è una grande cornice interpretativa (un paradigma) che orienta i modelli teorici di primo e secondo livello ad essa isomorfi: intendiamo con i primi i modelli interpretativi dei disturbi (non solo psichici). Si tratta di modelli teorici meno astratti e maggiormente rappresentativi della realtà; di costruzioni teoriche più leggere che servono per pensare, ma sono più vicine alle “cose del mondo” e possono essere tradotte nella pratica (e applicate agli organismi viventi). Si pensi al modello *bio-psico-sociale* (Engel, 1977) in medicina, o a quello *neuro-psico-endocrino* cui si fa spesso riferimento per spiegare patologie un tempo di esclusiva rilevanza settoriale, o al modello *ecologico dello sviluppo* di Bronfenbrenner (1986) in psicologia, nel lavoro con le famiglie e in psicoterapia, al concetto di eco-endo-eso-causalità di Morin.

Questa influenza della “cornice teorica” sulla pratica clinica avviene soprattutto attraverso due caratteristiche imprescindibili dei paradigmi della complessità, il primo è il *pensiero non lineare*: la maggior parte delle relazioni tra due fenomeni non è lineare, gli eventi si originano e intrecciano secondo causalità che non sono mai unidirezionali, ma circolari e imprevedibili (la sculacciata che occasionalmente un genitore dà ad un figlio non si pone in un continuum lineare che porta al maltrattamento e neppure è prevedibile l'effetto che avrà nello sviluppo adulto del bambino); il secondo è la *regola del contesto*: le azioni, le emozioni, le affermazioni non hanno senso né identità se non conosciamo la cornice in cui si determinano. Anche la cultura d'appartenenza è un contesto. Così il disagio sociale e la povertà.

Assieme al *paradigma* – che costituisce una mappa più ampia che descrive “verosimilmente” la realtà naturale – noi abbiamo bisogno quindi di *modelli teorici*¹ rappresentativi della realtà clinica e psicosociale che osserviamo, in grado di orientare la ricerca e l'intervento, e possono riguardare il funzionamento della mente, dei gruppi, della famiglia, delle relazioni sociali. Non possiamo farne a meno.

Questi modelli di second'ordine acquisiscono una loro maggior specificità poiché si collocano nell'area oggetto di studio (la psicoterapia individuale

¹ Parliamo qui di *modelli* e non di *teorie*. La teoria riguarda un insieme di proposizioni con pretesa di validità generale. Un modello può includere proposizioni su eventi singolari o descritti qualitativamente, ma non ha l'ambizione di generalizzare una determinata osservazione.

sistemica) delineando diverse aree che si intersecano: la dimensione *intergenerazionale*, con tutte le ripercussioni che le storie passate (individuali e familiari) hanno avuto e hanno sul presente; quella *transgenerazionale* e *intrapsichica*, che implica un mondo interno inconscio (nostro e trasmesso dalle famiglie d'origine); quella delle *relazioni* in atto, dei giochi relazionali e familiari, dei *contesti sociali* in cui si sviluppano; e naturalmente quella *biologica* (in cui confluisce temperamento e genetica).

Bateson diceva che certamente facciamo una violenza al sistema se si pensa alle sue parti separatamente, ma se vogliamo pensare dobbiamo fare così, perché pensare a tutto contemporaneamente è troppo difficile (Bateson, 1976).

In quest'ottica di complessità la premessa interpretativa delle origini del malessere o di un disturbo deve necessariamente connettere fattori *di rischio* (*esogeni*) e *vulnerabilità* (*soggettiva*). Elementi genetici ed esperienze prenatali (e postnatali) possono rendere una persona più fragile e influenzarne lo sviluppo psicologico, agevolando condizioni di solitudine o di malattia; ma lo sviluppo dei "sintomi", i comportamenti devianti, o i gravi conflitti personali e interpersonali si manifestano quando il soggetto deve sopportare carichi aggiuntivi. Essi possono essere determinati da particolari turbolenze interne (emozioni, credenze, condizionamenti, aspettative, temperamento, stati biologici, modi di interpretare l'esperienza) o esterne (esposizione a traumi, processi intergenerazionali, classe sociale, povertà cronica, situazioni ambientali, cultura, stili educativi troppo permissivi o troppo severi, responsabilità eccessive) e sono influenzati dai contesti (le epoche, i valori di una determinata generazione, l'etnia, il genere). Gli esempi ovviamente non mancano: *gli abusi fisici ai minori, pur avendo concause complesse, sono più frequenti in famiglie meno scolarizzate; le classi sociali di provenienza possono influenzare lo sviluppo delle capacità cognitive di un bambino (non solo il rendimento scolastico) tanto quanto le predisposizioni innate; un bambino pur con un potenziale genetico eccezionale e una predisposizione formidabile per una disciplina potrebbe non riuscire ad ottenere i risultati dovuti se il contesto familiare o scolastico non mette a disposizione le opportunità per realizzarli; alcuni tratti di personalità (come l'introversione o l'apertura ad esperienze nuove) possono essere influenzate dalle culture dei luoghi d'origine o dal carattere del gruppo etnico; le stesse misurazioni degli stili d'attaccamento variano in paesi diversi (l'Italia o la Germania, per esempio) a seconda dei modelli educativi prevalenti, determinando effetti differenti negli adattamenti adulti.* (Kagan, 2013)

Nessuno oggi può più separare genetica, esperienza e ambiente dalla riflessione sulle cause del disagio e tale visione "complessa" non può non applicarsi alla lettura dei processi di "cura".

Siamo quindi assai lontani dall'attribuire la responsabilità esclusiva degli accadimenti a "quei particolari" genitori. Sappiamo che anche un determinato temperamento del bambino può influenzare il rapporto con la madre e la genitorialità e, come scrisse già molti anni fa Mary Ainsworth (1965), è pressoché impossibile distinguere le influenze genetiche, prenatali e perinatali dalle influenze ambientali. Esistono molti studi sul perché alcune persone particolarmente svantaggiate sviluppino invece risorse emotive e cognitive insperate, rilevando come infanzie difficili producono

temperamenti resilienti “grazie a quelle esperienze” (Walsh, 2008) e conseguenti riscatti sociali imprevedibili.

Per ovviare a molti di questi problemi insoluti parleremo più opportunamente di genitorialità fragili, di modelli relazionali disfunzionali, di eredità psichica, di trasmissione affettiva, di competenze genitoriali, di sofferenze acquisite, ma anche di vulnerabilità, di distorsioni nei modelli di allevamento, di corresponsabilità, ma mai di colpe. Scriveva Bowlby: “Lungi dal voler fare dei genitori dei capri espiatori, desideriamo aiutarli. Lungi dal rifiutarci di vedere che i genitori assumono talvolta comportamenti spaventosi, cerchiamo dei modi per curare le ferite, vecchie e nuove, psicologiche e fisiche” (Bowlby, 1984; tr. it. 1986, p. 22).

Nello specifico, per esempio una psicopatologia borderline in un genitore implica un’infanzia segnata da esperienze traumatiche, un temperamento vulnerabile, uno o più fattori scatenanti, in un quadro eziologico in cui modelli biogenetici si incrociano con quelli sociali e relazionali. Ma significa anche vedere quanto il disturbo di personalità possa influenzare le funzioni genitoriali. (Knauer, Palacio Espasa, 2010; tr. it. 2012, pp. 77-78).

Il fatto che molta gente comune abbia alle spalle storie, fatti e comportamenti insoliti o aberranti, simili in tutto a taluni nostri pazienti gravi (ma non siano psicotici o tossicodipendenti, bensì artisti, scienziati, operai o atleti, psichicamente sufficientemente sani), valida in qualche modo un modello teorico eco-causale. È stato spiegato ed evidenziato da più parti come, parallelamente a fatti incresciosi e devastanti, ciascuno sia dotato di un sofisticato apparato difensivo, di un determinato temperamento, e di un insieme di risorse interne ed esterne in grado di far fronte a eventi traumatici trasformandoli, con buona probabilità, in risorse uniche, proprio in quanto frutto di processi di maturazione e crescita del tutto imprevedibili e non convenzionali.

Nessuno quindi esclude più l’influenza del passato sulle condizioni attuali di vita di ciascuno, ma certamente tutti ormai applicano ad esso il vecchio e solido principio di *equifinalità* (per cui in un sistema circolare i “risultati” finali non sono determinati tanto dalle condizioni di partenza quanto dalla natura del processo), le cui variabili potranno avere a che fare col temperamento o l’esperienza, le acquisizioni cognitive o le risorse ambientali, la rielaborazione affettiva dell’esperienza piuttosto che la genetica. L’osservazione dimostra come spesso condizioni certamente sfavorevoli possano esitare in situazioni positive, di adulti ben integrati o anche particolarmente dotati.

Tutto ciò non esclude - come tutta la letteratura internazionale ci conferma con un vasto consenso - la portata degli effetti nefasti dei traumi, delle esperienze di maltrattamento e incuria, di abuso sessuale e violenza assistita, di separazioni repentine e istituzionalizzazioni prolungate, condizioni sociali ed economiche incerte (cfr. Di Blasio, 2005). Essi costituiscono sempre forti fattori di rischio di funzionamento anomalo e sappiamo che non sempre lo svantaggio prodotto da queste esperienze può essere recuperato, anche sperimentando ottime terapie o esperienze relazionali solide e correttive.

Spesso i ricercatori hanno descritto la resilienza in termini individuali e avulsi dai contesti relazionali, come ad esempio tratti di personalità e stili di coping personale o caratteristiche innate (una sorta di tempra biologica, o

mito di invulnerabilità) che consentono alle persone di superare o vincere le difficoltà. Oggi sempre più spesso il concetto di resilienza è connesso a contesti relazionali, *facilitatori* delle caratteristiche individuali. Avere avuto nella vita una relazione significativa con una persona che li ha accolti e amati incondizionatamente a prescindere dalle caratteristiche individuali (intelligenza, temperamento...). Ma anche contesto familiare caratterizzato da sostegno emotivo, confini chiari, struttura coerente, sistemi di credenze intergenerazionali condivise. Legami di attaccamento sicuri con figure esterne alla famiglia (caregiver sostitutivi come insegnanti, allenatori, amici, partner, genitori affidatari...). Non più quindi o non soltanto super bambini invulnerabili che riescono a sopravvivere a condizioni di vita distruttive, descritti come refrattari allo stress grazie alla loro forza o corazza caratteriale (idea che faceva correre il pericolo di equiparare l'invulnerabilità alla forza e la vulnerabilità alla debolezza). Il cambiamento di prospettiva riguarda una concezione di resilienza come caratteristica propria dei contesti che le persone respirano e co-costruiscono. Si è passati da una concezione individualistica (psicobiologica) ad una relazionale sostanzialmente diadica (di un adulto significativo con un bambino ad alto rischio) e all'inserimento del costrutto di resilienza dentro un sistema di interazioni complesso, riferendosi a sistemi familiari e sociali di appartenenza, ma anche naturalmente a famiglie sostitutive. La resilienza in quest'ottica si colloca in una prospettiva diacronica, può emergere in qualsiasi momento della vita e il suo sviluppo diviene una qualità di natura relazionale (e non individuale).

È stato più volte rilevato come anche il temperamento del bambino può influire in modo non trascurabile sulla vulnerabilità del genitore: poiché a questo stadio il genitore può rivelarsi inadeguato ai suoi compiti e cercare di mantenere la sua funzione parentale con atteggiamenti e interventi attivi di controllo che rispettano sempre meno la necessaria autonomia e la costruzione di uno spazio psichico indipendente del figlio. La schizofrenia della madre ad esempio può mettere in pericolo in molti casi la vita del minore: in un contesto delirante il bambino può essere vissuto come una minaccia per l'integrità psichica della madre e può stimolare l'emergenza di affetti così violenti da sopraffare le capacità di contenimento della madre (Knauer, Palacio Espasa, 2012).

Jerome Kagan (uno tra i più celebri pionieri della psicologia dello sviluppo) propone alcune riflessioni documentatissime a proposito dell'influenza che hanno le subculture e l'appartenenza a classi sociali svantaggiate nello sviluppo di problemi psicosociali, e il miglior predittore di un disturbo della famiglia (Kagan, 2013; tr. it. 2014, p. 293). Lo stesso Van Der Kolk ne discute nel suo *Il corpo batte un colpo*, ipotizzando (con il premio nobel James Heckman²) che un intervento massiccio e precoce sulle condizioni di disagio sociale nelle famiglie con bambini svantaggiati sarebbe anche il miglior rimedio per ridurre i disturbi in età adulta.

² J. J. Heckman (2006), "Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children", in *science*, 312, pp. (5782), 1900-1902.

Una vasta rassegna della letteratura indica che lo scioglimento di questi nuclei familiari in subculture marginali influisce notevolmente sui loro comportamenti a rischio di multiproblematicità.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. (1965), Ulteriori ricerche sugli effetti negativi della deprivazione delle cure materne. In Bowlby, J. (1965), Assistenza all'infanzia e sviluppo affettivo. Armando, Roma 1973.
- Alcock, P., Siza, R. (2003), "La povertà oscillante". Numero monografico di Sociologia e politiche sociali, 2.
- Bateson, G. (1972), Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano 1976.
- Bowlby, J. (1984), "La violenza nella famiglia". In Terapia familiare, 20, 1986, pp. 19-38.
- Bronfenbrenner, U. (1981), Ecologia dello sviluppo umano. Il Mulino, Bologna 2002.
- Di Blasio, P. (2005), Tra rischio e protezione, la valutazione delle competenze parentali. Unicopli, Milano.
- Heckman J. J. (2006), "Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children", in Science, 312, pp. (5782), 1900-1902.
- Engel, G. L. (1977) "The clinical application of the biosyco-social model". The American Journal of Psychiatry.
- Kagan, J. (2013), Lo sviluppo umano. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Knauer, D., Palacio Espasa, F. (2010), Difficoltà evolutive e crescita psicologica, Raffaello Cortina, Milano 2012.
- Van Der Kolk B. (2015), Il corpo accusa il colpo. Raffaello Cortina Milano 2015.

ARTICOLI

ESSERE O NON ESSERE. QUESTO È IL PROBLEMA

Chiara Rossi¹

RIASSUNTO. Partendo dalla definizione di coming out, dalla descrizione delle sue caratteristiche e dall'analisi di tale fenomeno come processo comunicativo che non si arresta mai nella vita di un individuo concentrerò la mia attenzione su quello che come psicoterapeuti dobbiamo fare nella stanza di terapia con pazienti che ci portano questa tematica o che potrebbero farlo. È importante riflettere su pregiudizi e stereotipi nei confronti delle omosessualità che permeano un contesto sociale che possiamo definire eteronormativo, ma anche quelli che ci portiamo con noi quando incontriamo un paziente. Siamo abbastanza formati e preparati per questo livello di consapevolezza?

SUMMARY. Starting from the definition of coming out, from the description of its characteristics and from the analysis of this phenomenon as a communicative process that never stops in one's life, I will put my attention on what we must do as psychotherapists in our office with patients who bring or could bring with them this theme. It's important to reflect on prejudices and stereotypes towards omosexualities that permeate a social context that can be defined heteronormative but also those we bring with us when we meet a patient. Are we enough trained and prepared to this level of awareness?

PAROLE CHIAVE. Coming out, identità di genere, identità sessuale, eteronormatività, autodeterminazione, comunicazione, modello dimensionale, consapevolezza.

INTRODUZIONE

Il tempo che stiamo vivendo, con il contributo potentissimo dei social network, è caratterizzato da un largo uso di termini ed espressioni che fanno riferimento ai concetti di autodeterminazione e autoaffermazione di sé.

Con questo ci si riferisce alla possibilità per un individuo di scegliere in maniera autonoma rispetto agli aspetti più intimi e personali della propria

¹ Psicologa e psicoterapeuta di formazione sistemica, Desenzano (Bs), chiara.rossi1986@gmail.com

vita, dalle scelte in materia di salute a quelle più specificatamente oggetto di attenzione di noi terapeuti legate alle relazioni interpersonali.

Secondo questi principi una persona può, giustamente, liberamente scegliere la persona con cui instaurare una relazione e dichiararlo al mondo.

Ma è davvero così? Siamo davvero liberi nelle nostre scelte e nella condivisione agli altri delle stesse? O siamo condizionati da paure e timori legati ai pregiudizi dei contesti in cui ci troviamo?

E noi, terapeuti formati e preparati, siamo davvero pronti ad affrontare queste tematiche con i nostri pazienti? Siamo consapevoli dei nostri pregiudizi in materia di identità di genere e orientamento sessuale?

Mi riferisco a quei pregiudizi difficilmente riconoscibili, se non con un'accurata autoriflessione, che ci portano a interpretare la realtà con le nostre lenti e che ci fanno dimenticare che le cose non stanno per forza così. Come quando diamo per scontato che il ragazzo di 30 anni che arriva per un primo colloquio sia eterosessuale.

Questo articolo, frutto di riflessioni nate frequentando un Master in consulenza e clinica delle identità sessuali, si concentra in particolare sul processo del coming out e su quello che come terapeuti dobbiamo e non dobbiamo fare quando un paziente porta in seduta tematiche che siano riconducibili a queste aree.

1. IL COMING OUT

Il termine coming out è l'abbreviazione dell'espressione "coming out of the closet" che tradotta letteralmente vuol dire "uscire dal ripostiglio" e, in senso più ampio, rivelare agli altri il proprio orientamento omosessuale. Il termine indica quindi un processo che rende visibile ciò che è nascosto (Ferrari, 2010).

Nel momento in cui una persona inizia a capire che l'oggetto del proprio desiderio non appartiene "all'altro sesso", ha avviato il processo del coming out. Quello a sé stessi è quindi il primo passo. Non può esserci coming out nei confronti degli altri se prima non è avvenuto un processo di consapevolezza dei propri desideri, emozioni, sentimenti.

Non è detto poi che il processo del coming out venga completato; non è raro infatti che non si condivida questa sfera intima e delicata con nessuno.

Secondo le teorie stadiali dello sviluppo dell'identità omosessuale (di Cass e Troiden), il passo successivo al coming out a sé stessi è quello con altre persone omosessuali, che sembra essere propedeutico alla strutturazione di un'identità sociale LGB (lesbica-gay-bisessuale). Una sorta di "debutto in società" (Ferrari, 2010).

È il coming out con il mondo eterosessuale però il gesto più specificatamente liberatorio che si caratterizza come uno svelamento della propria identità e allo stesso tempo come richiesta di riconoscimento della propria differenza che fa la differenza (Bateson, 1980). È il momento in cui ci si toglie la maschera imposta dall'esterno che viene vissuta come intollerabile. Togliere la maschera risponde ad un bisogno profondo di coerenza (Ferrari, 2010).

Per chi è ancora “nel closet” i sentimenti legati al desiderio omosessuale possono essere inaccettabili, inaccessibili alla consapevolezza o non integrati nell’immagine che vogliono comunicare all’esterno, ed è possibile rimanere in questa condizione tutta la vita (Lingiardi, Nardelli, 2014). Una persona potrebbe per esempio dirsi che quelli che ha non sono sentimenti omosessuali veri e propri o attribuire invece loro altri significati, come per esempio che si tratta di “una fase transitoria”.

Il termine outing invece indica la rivelazione in pubblico dell’orientamento sessuale di una persona contro la sua volontà ed il suo consenso. La differenza tra i due concetti è sostanziale: il coming out indica un processo attivo, l’outing qualcosa che viene subito.

Quello del coming out è un processo sempre in corso che mette di continuo di fronte alla scelta di rivelarsi o meno agli altri. È un processo inoltre che implica un costo psicologico perché mette la persona di fronte ad un bivio. Talvolta la decisione se svelarsi o meno deve essere presa in breve tempo e spesso all’interno di comunicazioni eteronormative che già in partenza attuano una disconferma (Lingiardi, Nardelli, 2014). La paura di deludere o dispiacere qualcuno è inoltre molto forte. Si tratta quindi di un atto comunicativo importante che potrebbe favorire l’autenticità della relazione o al contrario avere come conseguenza una reazione ostile. Quanto più intima sarà la relazione con una persona, tanto più minacciosa sarà l’idea di una sua condanna e un suo disprezzo (Ferrari, 2010).

L’orientamento sessuale è una dimensione nucleare dell’individuo che può essere oggetto di stigma sociale. Lo svelamento quindi comporta conseguenze che la persona può non aver voglia di affrontare o non saper gestire. E noi di questo dobbiamo tenerne conto.

1.1 Coming out come atto comunicativo verbale o contestuale

Un’informazione può essere condivisa in moltissimi modi ma quelli principali fanno riferimento al canale verbale e a quello non verbale, che possiamo definire contestuale.

Facendo riferimento all’assioma della pragmatica della comunicazione umana secondo il quale non si può non comunicare, il problema sarà quello di cosa, come e a chi comunicare (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971).

Per capire quale influenza possa avere l’uso o meno del canale verbale nel coming out, bisogna considerare prima di tutto quale valore ha assunto nel tempo tale canale nella comunicazione con la persona con la quale ci si sta svelando, ossia se le parole sono quelle della menzogna, quelle di verità mai dette o alla ricerca di un dialogo (Ferrari, 2010).

Il coming out può essere la comunicazione di un individuo a più persone nello stesso momento oppure una comunicazione fatta attraverso una persona a una o più, o ancora tra soli due individui lontano da altri che ne devono rimanere all’oscuro. È quindi evidente che l’atto del coming out coinvolge più individui e sia le scelte di chi fa coming out che la reazione dell’ascoltatore sono influenzate dalle relazioni tra i destinatari

dell'informazione o fra il destinatario e chi ne deve essere tenuto all'oscuro (Ferrari, 2010).

Manning nel 2007 ha stilato un elenco di sei tipologie di coming out:

- pianificato da parte di chi sta facendo coming out
- naturalmente emergente nella conversazione
- richiesto e stimolato da parte dell'ascoltatore prima di avere le prove
- richiesto e stimolato da parte dell'ascoltatore dopo aver avuto le prove
- implicito e collaterale ad una dichiarazione d'amore
- collaterale ad una necessità o attività lavorativa in favore della comunità LGBT

Altro caso ancora, che non rientra in questa classificazione, è il coming out silenzioso, una comunicazione costruita con gradualità attraverso indizi ambigui, semi smentite, che col tempo danno conferma dell'omosessualità della persona senza che nulla sia mai stato detto in modo diretto sull'argomento. Si tratta di situazioni in cui il bisogno di coerenza è meno urgente (Ferrari, 2010).

Lo psicoterapeuta può trovarsi ad essere il destinatario o il testimone, diretto o indiretto, di un coming out.

1.2 Coming out e terapia

La psicoterapia fonda la propria essenza sull'uso delle parole. Attraverso il linguaggio e la sua epistemologia il terapeuta caratterizza il setting di cui è custode. Le parole e i silenzi sono recepiti in modo diverso da chi ascolta, in base alle esperienze fatte, alle premesse, al contesto della relazione specifica e a quello della relazione nel suo complesso. Chi parla quindi non sempre è consapevole di quello che arriva all'interlocutore (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012). In qualità di psicoterapeuti sappiamo bene quanto è importante la dimensione della consapevolezza nel fare coming out: che sia un atto volontario non vuol necessariamente dire che sia stato pensato e che non si tratti invece di un agito. È importante infatti comprendere in seduta i significati del processo per poter valutare le conseguenze. Vanno considerate inoltre le caratteristiche culturali e affettive della famiglia d'origine o della comunità a cui la persona appartiene.

La fase iniziale di un percorso di consultazione richiede una particolare attenzione alla scelta dei termini e alla formulazione delle domande. È necessario favorire una comunicazione che permetta di esprimere le proprie definizioni in base ai tempi della persona.

Dovremmo privilegiare domande aperte e strutturate su un piano descrittivo che diano la possibilità di aprire allo stesso tempo alla possibilità di esprimere qualsiasi tipo di desiderio. La domanda "Ha un fidanzato?" di fronte ad una donna veicolerà il messaggio per esempio che ci aspettiamo che la persona che abbiamo di fronte sia eterosessuale. È certamente possibile una ridefinizione della comunicazione con l'esplicitazione di un eventuale orientamento omosessuale ma non è affatto scontato che questo accada. Se infatti così non è, la nostra paziente sarebbe messa nella difficile condizione di decidere se, quando e come fare il suo coming out con noi dal momento che non le abbiamo fornito nessuna garanzia di non pregiudizio.

Pur non essendo legate ad un atteggiamento omofobico, domande come quella d'esempio non stabiliscono nessuna distanza dal contesto esterno eterosessista ed omofobico e portano i pazienti a chiedersi se tali premesse sono condivise anche dal terapeuta. Questo ovviamente può essere evitato ad esempio utilizzando domande neutre come: "in questo momento ha una relazione sentimentale?" domande di questo tipo non danno per scontato il genere del partner e aprono ad una possibile narrazione da parte della persona. Se un paziente eterosessuale probabilmente non noterà le diverse possibilità di risposta, dando per scontato che il terapeuta si riferisca a relazioni eterosessuali, pazienti omosessuali si accorgeranno della differenza (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012).

È allo stesso tempo importante che non passi il messaggio che il terapeuta ha paura di esplorare alcune aree.

È altresì importante notare se e come la persona fa coming out con noi nella stanza di terapia e comprendere le nostre reazioni e le dinamiche relazionali che seguono. Bisogna svelare, nella pratica clinica come altrove, gli assunti eterosessisti che portano a non vedere un desiderio omosessuale se non quando è costretto ad urlarsi (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012).

2. LA CORNICE ETERNORMATIVA

Parlando di coming out non si può non fare riferimento al fatto che l'essere umano è costantemente immerso in una cornice di riferimento eteronormativa che rende il processo molto complesso e doloroso.

È condivisa infatti l'idea che "maschio" è colui che desidera le donne e "femmina" è colei che dagli uomini si fa desiderare, premessa culturale ancora radicata (Ferrari. F., 2019). In sostanza il concetto secondo il quale gli esseri umani si distinguono in due categorie complementari con il fine della procreazione.

Le categorie che facevano riferimento a chi infrangeva tale premessa, come l'ermafrodito, la tribade, il sodomita, il pederasta, l'invertito, il pervertito, il travestito, il femminiello, l'uranista si sono storicamente confuse in un'unica rappresentazione di alterità. (Grassi, Lagioia, Romagnani, 2017).

Il terzo genere che emergeva dal rapporto con il binarismo rifletteva lo stupore, la diffidenza e la paura della maggioranza e ciò veicolava un'immagine di alienità rispetto alla norma, che si traduceva talvolta in vicinanza al divino, in uno scherzo della natura o in una manifestazione pericolosa di antisocialità (Ferrari. F., 2019)

Fino a qualche decennio fa era condivisa in modo assoluto l'aspettativa che fosse scontato, preferibile e normale essere eterosessuali. In questo senso l'eterosessismo può essere considerato un paradigma, ossia l'insieme delle premesse, assunti fondamentali e strumenti operativi che costituiscono la matrice del pensiero condiviso da una comunità scientifica rispetto a un dato argomento (Kuhn, 1969). È quindi un modello fondato sulla scelta di specifiche lenti per la lettura della realtà. Fa riflettere il fatto che l'orientamento sessuale è stato considerato un disturbo psicopatologico fino al 1973, momento in cui l'omosessualità è stata depennata dal DSM.

Proprio dal 1973 ha avuto avvio quello che Kuhn (1969) definisce “slittamento di paradigma” nella direzione di una concezione dell’omosessualità e della bisessualità come altrettanto desiderabili dell’eterosessualità.

Tale lento slittamento non è ancora esitato in un cambiamento definitivo e ciò si traduce in una vastità di posizioni assunte dai professionisti della salute mentale verso l’omosessualità. Ciò che risulta difficile non è tanto la depatologizzazione dell’orientamento omosessuale o bisessuale ma l’affermazione di questo come altrettanto desiderabile e soddisfacente di quello eterosessuale.

Essere davvero affermativi significa invece considerare l’omosessualità e la bisessualità come una struttura di desiderio relazionale genuinamente positiva e affettivamente generativa, allo stesso modo di quella eterosessuale, in modo da sentirsi pronti a sostenere l’investimento identitario del paziente sul proprio desiderio a fronte del contesto eterosessista a volte esplicitamente omofobo (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012).

Spostare il focus da un modello categoriale ad uno dimensionale delle identità sessuali è un modo diverso di affrontare le cose perfettamente in linea con quanto affermava Bateson su forma, sostanza e differenza (1980). Le categorie non sono le persone ma si riferiscono a ciò che alcune persone hanno in comune agli occhi di un osservatore, o di sé stesse, e il contesto culturale e sociale dell’osservatore condiziona quali differenze saranno o meno salienti. Il modello dimensionale non è interessato ad identificare una normalità e una patologia ma a riconoscere dei piani di varianza dell’esperienza delle persone della propria sessualità e postula come ognuno di questi piani possa manifestare una variazione a prescindere da quelle manifestate negli altri piani. Le dimensioni dell’identità sessuale oggi riconosciute sono sei: sesso biologico; identità di genere nucleare, ruolo/espressione di genere; orientamento sessuale, facilità/intensità dell’esperienza sessuale, identità sessuale descrittiva/sociale (Ferrari. F. 2019).

3. RIFLESSIONI

Quanto esposto fino a qui mi fornisce la possibilità di mettere nero su bianco alcuni pensieri e riflessioni che mi accompagnano da quando ho iniziato un percorso formativo su queste tematiche, percorso intrapreso dietro una spinta a colmare le lacune che sentivo di avere e legato alla considerazione che nel mio percorso di specializzazione non mi fossero stati forniti strumenti sufficienti per interfacciarmi con pazienti che chiedono aiuto in quest’area, eventualità sempre più possibile e frequente. L’Articolo 3 del Codice Deontologico mi sembra collegato in modo lineare: *“lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell’individuo, del gruppo e della comunità. In ogni ambito professionale opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace. Lo psicologo è consapevole della*

responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri; pertanto deve prestare particolare attenzione ai fattori personali, sociali, organizzativi, finanziari e politici, al fine di evitare l'uso non appropriato della sua influenza, e non utilizza indebitamente la fiducia e le eventuali situazioni di dipendenza dei committenti e degli utenti destinatari della sua prestazione professionale. Lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze."

Per condurre un buon lavoro clinico, oltre a conoscere gli stereotipi sulle omosessualità, è indispensabile riconoscere i propri pregiudizi, per individuare e analizzare quelli dei pazienti ed evitare di colludere con essi. Cito a questo proposito alcuni luoghi comuni sull'omosessualità: l'omosessualità è una "scelta", l'omosessualità è colpa della madre, avere un figlio omosessuale è una sciagura, l'omosessualità si può curare, l'omosessualità è contro natura, i gay sono molto sensibili (Lingiardi, Nardelli, 2014). Sempre il codice deontologico all'Articolo 4 dice: *"nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità. Lo psicologo utilizza metodi e tecniche salvaguardando tali principi, e rifiuta la sua collaborazione ad iniziative lesive degli stessi. (...)"*

Non basta, come suggerisce Rigliano (2012), semplicemente indossare la maschera dell'accettazione. Bisogna invece avere sempre presente che qualsiasi persona potrebbe avere un orientamento omosessuale o bisessuale. Dobbiamo essere capaci di vedere la persona nella sua affettività e sessualità e affermare nella relazione terapeutica la possibilità per il paziente di esistere con i propri desideri, qualsiasi essi siano.

Il desiderio relazionale ha infatti un'importanza fondamentale, è la spinta a cercare nell'incontro intimo con l'altro una compiutezza del Sé psichico e fisico.

È un bisogno per l'individuo e la sua affermazione e il suo soddisfacimento sono condizioni per un benessere generale.

Come terapeuti dobbiamo superare l'eterosessismo, riconoscendone la realtà nella vita dei pazienti.

Frequentando il Master mi hanno molto colpito alcuni dati relativi al mondo di professionisti di cui faccio parte. In una ricerca di Lingiardi e Nardelli del 2013 sull'atteggiamento degli psicologi italiani nei confronti dell'omosessualità emerge che solo il 15% dei partecipanti ritiene di essere adeguatamente preparato sulle tematiche cliniche e teoriche relative all'omosessualità e che il 56% interverrebbe per modificare l'orientamento omosessuale se un paziente esprimesse disagio rispetto al proprio orientamento omosessuale. Ho la speranza che le cose siano cambiate nel corso di questi anni ma sono consapevole che alcuni processi richiedono molto tempo.

Nella clinica sistemica il tema delle identità sessuali è fondamentale ma sembra essere rimasto spesso sullo sfondo (Ferrari, 2019). Oggi è una sfida

che dobbiamo intraprendere quella di superare il binarismo di genere dei sistemi sociali e di quelli familiari.

Vorrei concludere con delle parole che mi hanno molto colpito, quando le ho sentite per la prima volta guardando "Chiamami col tuo nome", film del 2017 di Luca Guadagnino. Credo che le parole di questo padre, al figlio Elio, esprimano in modo molto chiaro l'ingrediente fondamentale di ogni terapia: il rispetto per la persona che abbiamo davanti nella sua totalità.

"Quando meno te lo aspetti, la natura ha astuti metodi per trovare il tuo punto più debole. Tu ricordati che sono qui. Adesso magari non vuoi provare niente, magari non vorrai mai provare niente e, sai, magari non è con me che vorrai parlare di queste cose. Però prova qualcosa, perché l'hai già provata. Senti, avete avuto una splendida amicizia, forse più di un'amicizia, e io ti invidio. Al mio posto, un padre spererebbe che tutto questo svanisse, pregherebbe che il figlio cadesse in piedi ma non sono quel tipo di padre. Strappiamo via così tanto di noi per guarire in fretta dalle ferite che finiamo in bancarotta già a trent'anni. E' abbiamo meno da offrire ogni volta che troviamo una persona nuova, ma forzarsi a non provare niente per non provare qualcosa...che spreco. Ho parlato a sproposito? Allora, dico un'ultima cosa. Per chiarire meglio. Forse ci sono andato vicino, ma non ho mai avuto una cosa così. Qualcosa mi ha sempre frenato prima, si è messa di mezzo. Come vivrai saranno affari tuoi, però ricordati: il cuore e il corpo ci vengono dati soltanto una volta e, in men che non si dica, il tuo cuore è consumato e, quanto al tuo corpo, a un certo punto nessuno più lo guarda e ancor meno ci si avvicina. Tu adesso senti tristezza, dolore, non ucciderli, al pari della gioia che hai provato."

BIBLIOGRAFIA

- Bateson. G. (1980). *"Verso un'ecologia della mente"*. Milano: Adelphi
 CNOP, *"Codice deontologico degli psicologi italiani"*
- Ferrari. F. (2019). *"Navigare le categorie infinite: distinguere le dimensioni processuali nel lavoro con le identità sessuali"*. In *Riflessioni Sistemiche*, n.21
- Ferrari. F. (2010). *"Il coming out come comunicazione performativa delle identità omosessuali"*. In *Connessioni* n.24 giugno 2010
- Ferrari.F. (2014). *"Pensare il genere e parlare di genere: distinguere livelli, obiettivi e contesti"*. In *Genius rivista di studi giuridici sull'orientamento sessuale e l'identità di genere* n.2
- Grassi. U., Lagioia. V., Romagnani. G.P., (2017) *"Tribadi, sodomiti, pederasti, femminelle, ermafroditi...per una storia dell'omosessualità, della bisessualità e delle trasgressioni di genere in Italia"*. Pisa: Edizioni ETS
- Kuhn. T.S. (1969) *"La struttura delle rivoluzioni scientifiche"* Torino: Einaudi
- Lingiardi. V., Nardelli. N. (2014). *"Linee guida per la consulenza psicologica con persone lesbiche gay bisessuali"*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Rigliano. P., Ciliberto.J., Ferrari. F. (2012). *"Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità."* Milano: Raffaello Cortine Editore
- Watzlawick. P., Beavin. J.H., Jackson. D.D. (1971). *"Pragmatica della comunicazione umana"*. Roma: Casa Editrice Astrolabio

TERAPIA DI COPPIA E TRADIMENTO

Paola Covini, Gloria Teresa Invernizzi, Beatrice Alagna, Erika Michielon, Francesca Ghilardi¹

RIASSUNTO: L'articolo propone una riflessione sulle coppie che, avendo vissuto l'esperienza del tradimento, chiedono aiuto alla terapia. Il confronto clinico con colleghi che afferiscono al CMS per la coppia ha convinto le autrici a dar vita ad una ricerca pilota che provasse a raccogliere e analizzare alcune informazioni contenute nelle cartelle cliniche. La collaborazione con colleghi che lavorano in contesti pubblici e privati ha permesso di costruire un campione di 46 coppie. L'analisi statistica mostra dati interessanti: alcune intuizioni cliniche trovano conferma, ma alcuni facili stereotipi vengono messi in crisi.

SUMMARY: The article aims to focus on couples who, having lived the experience of betrayal, ask for help from therapy. The clinical evaluation shared with colleagues belonging to the CMS for the couple convinced the authors to create pilot research that would try to collect and analyze some information contained in the medical records. The collaboration with colleagues working in public and private contexts has allowed us to build a sample of 46 couples. Statistical analysis shows interesting data: some clinical issues are confirmed, but some common stereotypes are disproved.

PAROLE CHIAVE: coppia, infedeltà, tradimento, psicoterapia, ricerca, analisi statistica.

INTRODUZIONE

Questo articolo intende presentare i risultati di una ricerca su un campione di coppie che hanno fatto ricorso alla terapia dopo aver vissuto l'esperienza del tradimento. L'interesse ad approfondire questa realtà nasce dal confronto clinico che regolarmente avviene con alcuni colleghi dei Centri Mara Selvini per la Coppia. Durante gli incontri spesso ci siamo trovati, come clinici, a domandarci se potevamo individuare delle caratteristiche comuni in queste coppie che ci aiutassero a costruire meglio i nostri interventi.

In realtà, solo una parte del lavoro clinico che svolgiamo con le coppie riguarda la tematica del tradimento, ma questa esperienza, forse più di ogni altra, fa cogliere alla coppia la dimensione della crisi in atto in tutta la sua drammaticità e dunque ci interroga sul trattare il loro trauma.

Ciononostante, l'infedeltà non rappresenta di fatto una delle cause principali di divorzio. A questo proposito, gli studi sull'argomento rivelano che solo il 20-27% delle coppie attribuisce la causa della fine del rapporto ad una relazione extraconiugale (Gottman, 2015, 2017; Monguzzi, 2020).

È complesso trovare una definizione esaustiva del concetto di infedeltà relativamente all'esperienza coniugale che non banalizzi la portata della

¹ Psicologhe e Psicoterapeute

questione: il dibattito sempre in corso ne è la testimonianza. Il significato che più frequentemente si ritrova in letteratura è il non rispetto della fede riposta, l'inosservanza di un impegno, di un obbligo assunto in precedenza e il tradire con un'azione, un gesto, che per le sue caratteristiche comporta il venir meno alla fiducia data. Il tradimento si configura dunque come la rottura di un patto. Nella coppia il patto che si costruisce tra i partner è frutto di un percorso di conoscenza, di scambi, di emozioni e progetti vissuti, pensati e sognati, insieme, nel tempo dell'innamoramento. Rappresenta l'impegno reciproco che può essere dichiarato e condiviso attraverso il matrimonio civile o religioso, ma può anche rimanere "privato". Ciò che lo costituisce è sempre l'idea condivisa che la relazione è per ciascuno "speciale" rispetto alle altre e chiede di essere nutrita e rispettata.

L'infedeltà comporta che la promessa di impegno reciproco nella cura della relazione venga infranta dal gesto di uno dei partner che rivolge le sue cure e attenzioni ad un'altra persona. Il tradimento costituisce così, nella storia della coppia, un evento che quando viene scoperto o rivelato assume contorni drammatici proprio perché non ha rispettato la trasparenza e l'impegno del patto fondante la relazione.

Le coppie che vengono in terapia, il più delle volte, mettono in scena una interazione caratterizzata da sentimenti quali rabbia, disprezzo o disgusto in grado di annullare gli spazi e i tempi della cooperazione.

Il tradimento, quindi, in tutta la sua drammaticità, costituisce un evento in grado di generare traumi e stress a molteplici livelli.

Lo scenario del tradimento ci riporta a un'ampia gamma di comportamenti non sempre facili da collocare nell'ambito dell'infedeltà di coppia in modo univoco, per un'ampia serie di motivazioni: basti pensare, ad esempio, ai diversi contesti socioculturali in cui si può manifestare e come tali contesti influenzino il significato dell'azione concreta del tradire.

A rendere più complesso lo scenario, si aggiunge anche il diverso modo di intendere l'infedeltà all'interno della coppia, in quanto ciascun partner avrà una sua chiave interpretativa di ciò che è accaduto ed è vissuto come un tradimento. Spesso tale significato è presente come un tema implicito, un "non detto" mai dichiarato esplicitamente fintanto che il comportamento dell'uno o dell'altro costringe entrambi a parlarne apertamente.

Ci viene in mente a questo proposito una coppia convivente (Gaia e Pino) che veniva in terapia per una crisi nata a seguito della scoperta casuale di Gaia del quotidiano scambio di messaggi via chat ed e-mail tra Pino ed un'amica della coppia.

Gaia arrivava in seduta con l'aspettativa di un'ammissione di tradimento da parte di Pino e di una conseguente richiesta di perdono, che lui assolutamente non voleva riconoscere.

Gaia riteneva che l'intimità, la confidenza, la tenerezza e l'affinità intellettuale che lei leggeva da quello scambio quotidiano costituisse un tradimento ben più grave rispetto a quello di un rapporto fisico.

Secondo Pino, invece, si trattava di un rapporto puramente amicale, in quanto privo di sessualità. Pertanto, Pino, seppur affranto per il dolore provocato a Gaia, si sentiva di chiedere perdono solo per questo, ma non per il tradimento che lui assolutamente non riconosceva.

Di fatto la coppia non aveva mai condiviso cosa rappresentasse per ciascuno il termine infedeltà e il lavoro clinico mise in evidenza che questa mancata condivisione era solo la punta di un iceberg, in quanto mancava fondamentalmente una condivisione delle aspettative e della progettualità di coppia.

È altresì questione non sempre facile stabilire i limiti e i confini di ciò che può essere definito infedeltà quando ci si riferisce a una gamma di comportamenti che possono essere molto diversi tra loro: contatti affettivi ed emotivi con un'altra persona, un'amicizia, una relazione mediata da internet fuori dal legame della coppia, l'uso della pornografia, frequentazioni più o meno occasionali, con o senza rapporti sessuali, fino al mantenimento di una relazione parallela a quella ufficiale. Se tali manifestazioni di infedeltà siano da considerarsi tutte come tradimenti, in ugual misura, rimane un quesito aperto.

In questo studio abbiamo scelto di focalizzare l'attenzione sull'infedeltà, in coppie eterosessuali, riferita a una relazione affettiva e sessuale ricercata con un partner terzo che si è protratta per un periodo di tempo medio-lungo. Il campione è costituito da coppie sposate o conviventi che hanno attraversato l'esperienza del dolore legato al tradimento e hanno chiesto aiuto per provare a ritrovare interesse, passione ed entusiasmo in un rapporto monogamico, con la consapevolezza che l'esito del lavoro clinico avrebbe potuto essere sia il rilancio di un nuovo "stare insieme", sia la consapevolezza dell'impossibilità di ritrovarsi.

Nel lavoro di terapia con queste coppie ci siamo trovati di fronte al ripetersi di alcuni elementi legati alla loro storia come, per esempio, l'emergere della crisi ben dopo il "settimo anno", la presenza di figli adolescenti, l'iperinvestimento sul lavoro e il venir meno della comunicazione di coppia. Riteniamo che tali dati "strutturali", delineando un fenomeno, possano rappresentare una bussola interessante anche per l'intervento clinico, quando e se suffragati dalla ricerca.

La curiosità e l'interesse clinico ci hanno spinti a provare a sistematizzare e riflettere sui dati delle cartelle cliniche tanto di studi privati come di servizi pubblici per cercare di capire se alcune considerazioni che emergono dal lavoro con le coppie trovino conferma nei numeri e ci consentano di delineare meglio questa casistica. Nella lettura dei dati, abbiamo volutamente trascurato sia l'approfondimento di dimensioni psicologiche individuali e relazionali, sia le connessioni con l'intervento clinico.

1. LA RICERCA

1.1 Il Campione

Il campione è costituito da 46 coppie sposate o conviventi, residenti in realtà demografiche diversificate, comprendenti aree urbane e non, di grandi e medie dimensioni del nord d'Italia e del Canton Ticino, le quali hanno chiesto una consultazione psicologica per le conseguenze dell'infedeltà da parte di uno dei due partner, il più delle volte scoperta dall'altro, in alcuni

casi confessata, in ogni caso nota a entrambi al momento della richiesta di aiuto. In tre coppie sono stati entrambi i partner a tradire.

1.2 La Metodologia

È stato predisposto un apposito questionario per la raccolta dei dati che si riferiscono alla fase anamnestica del lavoro con le coppie e alle informazioni relative alla tempistica dell'intervento clinico. I questionari compilati sono stati restituiti nell'arco temporale di circa un anno tra il 2019 e 2020, prima che si manifestasse la pandemia da covid-19.

Nel 98% dei casi, i terapeuti che hanno partecipato alla presente ricerca hanno una formazione sistemico-relazionale e lavorano sia in contesti pubblici (54%) sia privati (46%).

La raccolta del materiale ha salvaguardato l'anonimato sia dei terapeuti sia delle coppie.

Il questionario fornito ai colleghi chiedeva di raccogliere i dati anamnestici riguardanti ciascuno dei due partner, la coppia e la famiglia: età, titolo di studio, professione, tipologia della relazione in essere tra i partner al momento della richiesta della consultazione, durata del fidanzamento, della convivenza e del matrimonio, eventuali precedenti relazioni significative e presenza di figli.

Rispetto al percorso clinico venivano chiesti i dati relativi all'inizio della terapia, se la terapia era in corso o ultimata, la durata e l'esito della terapia, e la presenza di eventuali precedenti terapie.

In particolare, le informazioni riguardanti l'infedeltà chiedevano di indicare chi avesse tradito, età e genere del "terzo", se il tradimento fosse stato confessato oppure scoperto e in questo caso con quale modalità, la durata della relazione extraconiugale e gli effetti del tradimento sulla logistica abitativa della coppia.

Infine, veniva chiesto di indicare come il terapeuta, che aveva lavorato con la coppia, leggesse due variabili più di tipo qualitativo: la comunicazione tra i partner e la sessualità di coppia. Rispetto alla prima in particolare, se fosse in grado di indicare la qualità del dialogo, la presenza, l'intensità e la frequenza del conflitto, l'eventuale presenza di violenza psicologica e fisica e il livello di un eventuale coinvolgimento dei figli nella crisi di coppia.

Per quanto riguarda invece la sessualità, si chiedeva se fosse possibile esprimersi rispetto alla qualità del desiderio sessuale e della soddisfazione nella sessualità da parte di ciascun partner, prima e dopo il tradimento.

1.3 L'analisi dei dati

Per una più agevole lettura ed interpretazione, i dati raccolti nei questionari sono stati aggregati in valori quantitativi in un database. Quindi, sono stati ricavati dei valori medi (es. l'età media dei partner al momento del tradimento), dei dati derivati (es. il tempo intercorso tra l'inizio della vita insieme e il tradimento) e valori percentuali (es. la percentuale dei casi in cui il tradimento è stato scoperto o confessato).

1.4 Il Software di analisi statistica utilizzato

L'analisi dei dati è stata effettuata con l'utilizzo del software R, il quale è contemporaneamente un linguaggio di programmazione e un software per l'analisi statistica descrittiva e inferenziale dei dati. Con questo software è stato possibile controllare la presenza di errori (data entry), avere una prima visione qualitativa delle variabili raccolte, identificare ipotesi statistiche, determinare qualitativamente le relazioni tra le variabili e verificare l'entità e la direzione delle relazioni tra le variabili stesse.

2. RISULTATI DELL'ANALISI STATISTICA DEI DATI DEL CAMPIONE

Dall'analisi dei dati che si riferiscono alla relazione fra genere dei soggetti e infedeltà, risulta che nel 78% dei casi è l'uomo a tradire, di contro solo il 20% delle donne ha rapporti fuori dalla coppia primaria, mentre nel 2% dei casi sono entrambi a tradire. Questi risultati confermano i dati di altri studi che indicano una prevalenza maschile quando si parla di infedeltà di coppia. Tuttavia, i ricercatori che si sono occupati di tradimento in anni recenti affermano che i tassi di infedeltà di uomini e donne convergono progressivamente nei soggetti sotto i quarant'anni di età (Palazzo, 2020). Nella presente ricerca, invece, i risultati del campione esaminato evidenziano una differenza significativa nel numero di uomini e donne che vivono una relazione extraconiugale anche al di sotto di questa età. Sul totale degli uomini che tradiscono, il 73% ha meno di quarant'anni; mentre sul totale delle donne la percentuale è del 35%.

Un altro dato interessante si evidenzia osservando l'età media dei partner e degli amanti censiti: per l'uomo è di 46 anni e di 41 anni per l'amante, mentre per la donna è di 43 anni e 34 per l'amante. Questi dati ci hanno indotto a riflettere su alcune tematiche. Secondo la letteratura, la scelta del partner con cui impegnarsi in un legame stabile e duraturo è regolata dal criterio etologico del successo riproduttivo della specie. Per gli uomini, bellezza e giovinezza sono caratteristiche della donna strettamente legate alla fertilità femminile, tanto che anche quando invecchiano essi continuano ad essere attratti da donne più giovani e quindi in età riproduttiva. Le donne, invece, scelgono come potenziali partner, uomini più anziani, desiderosi di prendersi cura della prole e in grado di garantire il necessario sostentamento (Attili, 2004). Inoltre, l'essere umano ha adottato nel tempo due strategie entrambe utili: si è evoluto sia nella direzione della monogamia, per garantire la cura migliore della prole, sia nella direzione dell'infedeltà in quanto il miglior successo riproduttivo per l'uomo è legato alla maggior possibilità di propagare il proprio corredo genetico, mentre per la donna è legato alla possibilità di ottenere maggiori risorse e cure per crescere la prole. Se da un lato, i dati da noi rilevati nella ricerca sembrano confermare che la tendenza a restare in una coppia monogama, per garantire la maggior sopravvivenza della specie, sia la scelta privilegiata, dall'altro l'età media degli amanti scelti dall'uomo e dalla donna ci farebbe supporre che il principio di successo riproduttivo non sia l'unico fattore implicato nel tradimento. La stessa Attili (2017) spiega come la base innata non può non

tenere conto della complessità che regola la vita, frutto dell'interazione di molteplici fattori genetici, relazionali, sociali e ambientali. In questo senso, l'ipotesi che il tradimento assuma verosimilmente le caratteristiche di una "sessualità duttile" come suggerisce Giddens (1995), connotata dal fascino della novità, secondo la visione postmoderna dell'uomo che vive il legame non più come impegno definitivo, ma come una possibilità alla propria realizzazione e felicità, sembra essere un dato rilevante anche nel presente studio. Questa considerazione potrebbe spiegare il motivo per cui, nel nostro campione, la scelta dell'amante, per gli uomini ricadrebbe su donne coetanee, mentre per le donne ricadrebbe su uomini più giovani.

Inoltre, la durata media della relazione extraconiugale del campione che è di 18,3 mesi per gli uomini e di 9,8 mesi per le donne, suggerisce come essa sia un tempo significativo per la creazione di un legame verosimilmente connotato dal desiderio di accoglienza e ascolto, soprattutto per gli uomini e ipoteticamente caratterizzato dal desiderio di autodeterminazione e di libertà per le donne.

Il campione consente, inoltre, di evidenziare come il tradimento avvenga circa 14 anni dopo l'inizio del matrimonio o della convivenza e che nell'83% delle coppie i figli sono in età preadolescenziale, con un range di età che va dagli 11 ai 14 anni. La famiglia con adolescenti deve affrontare nuove sfide in quanto i figli aspirano ad una maggiore autonomia e devono essere accompagnati ad esplorare il mondo, ma contemporaneamente la coppia genitoriale deve trovare in che modo svolgere questo nuovo compito. Spesso questo è un terreno di scontro che ha una ricaduta anche sulla relazione di coppia. La crisi coniugale emerge nel momento in cui si riduce il focus genitoriale sui bisogni primari dei bambini e pur aumentando scelte educative più complesse, si aprono, per i partner/genitori, spazi che potrebbero essere dedicati alla coniugalità. Come ben evidenziato da Scabini e Iafrate (2003), questa fase della vita contempla l'impegnarsi per il mantenimento della relazione rivivificando gli aspetti etici del patto e la transizione verso un nuovo equilibrio di coppia. Proprio in questi anni, talvolta, invece, emergono questioni antiche, accantonate, per cui i partner finiscono per vivere sentimenti di solitudine, trascuratezza e il legame appare sofferente e lo sguardo fuori dalla relazione diventa possibile.

Nel nostro studio emerge con chiarezza che la mancanza di un dialogo di qualità rappresenta un fattore di rischio per l'infedeltà di coppia. Infatti, il 55% delle coppie lamenta una scarsità di dialogo nella coppia con una presenza di conflitto nel 98% dei casi. Le recenti considerazioni di Salvatore Palazzo sembrano confermare questa tendenza: "I tempi della comunicazione si sono ridotti. Lo spazio di una cena resta uno dei pochi momenti in cui ci si ferma a discutere. Le conversazioni si diradano in monosillabi, le questioni sono accantonate: non c'è voglia, dopo il lavoro, di intrattenere un dialogo. La comunicazione resta povera, spesso arida; non si trasmettono emozioni, sentimenti, ma solo informazioni di servizio. I partner sovente si cimentano in discussioni conflittuali infinite in cui ognuno cerca di affermare solo la propria libertà di scelta. Invece, mai come oggi, le coppie avrebbero necessità di dialogo..." (Palazzo, 2020 p. 30-31).

Dal nostro campione si evince che il tempo che intercorre tra il tradimento e la richiesta al terapeuta è poco più di un anno e si inserisce,

probabilmente, tra i tentativi di riparazione che i partner provano a mettere in atto per cercare di risolvere la crisi autonomamente.

Il tradimento è confessato solo nel 22% dei casi; mentre per il restante 78% dei casi è scoperto. La scoperta avviene da parte del partner per il 91% dei casi, nel 9% dei casi sono invece persone vicine alla coppia che scoprono l'infedeltà, oppure i figli.

In generale, il partner tradito viene a sapere dell'esistenza di un terzo nella coppia attraverso i social media per la maggior parte delle volte: il campione ci dice infatti che il 72% delle frequentazioni extraconiugali avvengono online. La rete appare come un luogo dove un contatto può trasformarsi in un incontro da cui possono nascere affinità, dialogo e vicinanza emozionale. La soddisfazione del bisogno di essere visti, conosciuti e compresi può condurre al progressivo distanziarsi dal proprio coniuge.

Martina, quarantanove anni e Stefano, cinquantaquattro anni, sono sposati da diversi anni e hanno due figli adolescenti. La loro è una vita serena che si snoda tra impegni professionali, cura dei figli e vacanze nella casa al mare.

Martina, negli anni, non aveva mai avvertito la curiosità di leggere le e-mail di Stefano, tranne il giorno in cui il marito aveva lasciato aperta la pagina della posta del suo computer. A Martina bastano poche frasi per capire che quella corrispondenza con Carla è molto intima. Incredula e sbigottita, decide di affrontare Stefano, approfittando dell'assenza dei figli. Dopo qualche resistenza, Stefano ammette l'amicizia con Carla, una donna di quarantasette anni, conosciuta sul posto di lavoro. Nei giorni seguenti, incalzato dalle domande di Martina, Stefano confessa che la relazione con la collega andava avanti da qualche anno.

La ricerca mostra che l'83% delle coppie del campione ha figli. Si può ipotizzare che questo sia motivo, soprattutto per la donna, di rimanere dentro la coppia anche in presenza di una relazione non soddisfacente, portando ai terapeuti di coppia una domanda di cura che salvaguardi la genitorialità.

Chiedere aiuto è spesso anche dettato dalla volontà della coppia di proteggere i figli da una possibile traumatizzazione conseguente alla separazione. Se si considerano gli effetti del tradimento sulla logistica abitativa, infatti, nel 52% dei casi, il partner che ha tradito resta in casa e nulla cambia nella logistica abitativa della famiglia nel breve e nel medio termine. Emergono, di contro, percentuali sensibilmente inferiori (tra il 7 e il 17 %) di partner che scelgono soluzioni alternative, che vanno dall'allontanamento dalla casa a una diversa organizzazione degli spazi all'interno della stessa abitazione. Il mantenimento degli stessi spazi e delle medesime posizioni dentro l'ambiente domestico può essere indicativo della scelta dei partner di tenere riservata ai figli e ai familiari la crisi della coppia. Questo potrebbe rispondere sia a un'esigenza iniziale della coppia di negare l'infedeltà, specie da parte del partner tradito, come reazione post traumatica conseguente allo svelamento del tradimento, sia all'intenzione della coppia di mantenere il riserbo su quanto è successo in un'ottica protettiva di sé e degli altri. Lawrence Josephs (2021) sottolinea come il riserbo mantenuto dalla coppia circa il tradimento, predisponga i partner a

una maggiore intimità e coesione, funzionali al lavoro di recupero del legame, quantomeno al tentativo di riparazione e al contempo non arrechi danno. Diversa è invece la presenza di un segreto tra i partner prima della scoperta o dello svelamento del tradimento: l'infedeltà taciuta può essere percepita come lesiva in quanto sottrae una conoscenza a cui l'altro partner avrebbe diritto in nome del patto di lealtà che li ha uniti.

Interessanti i risultati relativi alla presenza del desiderio e della soddisfazione sessuale nella coppia prima e dopo il tradimento.

Una prima considerazione riguarda quanto evidenziato anche in altri studi, ovvero che si può tradire anche in presenza di una intimità di coppia soddisfacente. Il tradimento non rappresenterebbe necessariamente la conseguenza di un allontanamento fisico tra i partner (Castellano, Velotti, Zavattini, 2010). I risultati qui considerati sembrano sostenere questa ipotesi. Il nostro campione mostra una certa vicinanza fisica tra i partner prima del tradimento, oltre alla presenza di desiderio e di soddisfazione sessuale. Raramente raccogliamo dati che segnalano un'assente intimità di coppia, anche in seguito al tradimento. Forse proprio da questo dato emerge la speranza clinica del superamento della crisi.

Qualche considerazione viene anche dal tipo di unione delle coppie prese in considerazione. L'82% delle unioni sono sancite dal matrimonio, mentre nel 18% dei casi si tratta di convivenza.

Fra le caratteristiche relazionali maggiormente studiate nelle coppie ci sono gli effetti del matrimonio: alcuni studi indicano che, in generale, rendere ufficiale la relazione tramite il matrimonio sia un deterrente all'infedeltà (Palazzo, 2020). Quindi, l'impegno espresso attraverso la promessa matrimoniale, insieme alla responsabilità genitoriale sembrano essere fattori importanti per la stabilità del legame, soprattutto per la coppia che arriva in terapia con l'aspettativa di recuperare quote di benessere a seguito dell'esperienza di infedeltà da parte di uno dei partner. Forse, quando poi irrompe la realtà dell'infedeltà, la ricaduta sulla relazione e la possibilità di recupero aprono alla richiesta di aiuto.

Se consideriamo la posizione lavorativa dei partner, la situazione tra uomini e donne appare disomogenea: la totalità degli uomini lavora; mentre il 9% delle donne non percepisce reddito perché casalinghe o in cerca di occupazione. In linea con le ricerche più recenti (Palazzo, 2020), anche il nostro dato conferma che il lavoro offre maggiori opportunità di incontri e scambi, creando un clima relazionale alternativo alla coppia (tenuto conto che nel 78% dei casi del campione è l'uomo a tradire; mentre solo il 20% delle donne ha rapporti fuori dalla coppia primaria).

Inoltre, una correlazione su cui gli studi concordano è quella tra il reddito percepito e il tradimento extraconiugale in quanto disporre di maggiori risorse pare influenzare il comportamento trasgressivo, oltre ad offrire, come già evidenziato, più occasioni di incontrare possibili partner. La presente ricerca evidenzia che, nel 80% dei casi, le donne che tradiscono occupano posizioni lavorative medio-alte; mentre gli uomini si dividono al 50% tra coloro che ricoprono posizioni di profilo medio-alto e medio-basso. Il livello di istruzione delle persone che compongono il campione conferma ulteriormente questa ipotesi: nonostante il livello di istruzione medio-alto delle donne (83%), queste ricoprono posizioni lavorative di alto profilo solo nel 30% dei casi; mentre gli uomini occupano posizioni simili nel 33% dei casi,

a fronte di un diploma superiore o di una laurea che sono presenti solo nel 73% dei casi.

Come già evidenziato, il campione è costituito da coppie che desiderano investire nuovamente nella relazione. Gli esiti del lavoro terapeutico con tali coppie sono i seguenti: il 37% delle coppie ha raggiunto quote di benessere grazie alla riconciliazione tra i partner, segno che il tradimento può essere l'inizio di una riflessione per la coppia, l'occasione per rilanciare la relazione e per definire nuovi spazi di dialogo; il 15% si è separato e il 15% ha interrotto il percorso. Per quanto riguarda il restante 33%, il percorso era ancora attivo al momento della raccolta dei dati.

Abbiamo in mente una giovane coppia, Lina e Nino, con due bimbi piccoli, che venivano in terapia a seguito di un'infedeltà scoperta da Lina leggendo una chat sul cellulare di Nino. Nino diceva di aver già chiuso la sua relazione extraconiugale, perché voleva recuperare il rapporto con Lina, in quanto sentiva di amarla ancora e desiderava ritrovare la sintonia, la passione e la sessualità che avevano caratterizzato i primi anni insieme. Nino si era sentito molto trascurato dalla moglie che si era dedicata molto ai figli, facendolo sentire "un personaggio inutile". Nella fase iniziale della terapia, Nino aveva riconosciuto le proprie mancanze e aveva chiesto perdono per il dolore che aveva provocato, ma Lina appariva bloccata e non riusciva minimamente a riconoscere il proprio contributo al malessere della coppia, in quanto troppo sofferente. La situazione si è sbloccata dopo più di un anno di terapia, quando è emerso più chiaramente il disagio che entrambi in realtà vivevano da tempo e sopportavano con rassegnazione senza impegnarsi per un cambiamento. In questo caso l'infedeltà, paradossalmente, è stata un evento che ha mostrato, in modo forte e doloroso, che i partner si stavano allontanando sempre di più e ha permesso di iniziare un lavoro sulle aspettative reciproche e sulla progettualità che ha portato a nuova vitalità, anche sul fronte della sessualità che al termine della terapia era vissuta con maggior piacere e soddisfazione rispetto all'inizio della relazione.

Palazzo (2020) ha messo in evidenza come le coppie che in terapia riescono ad affrontare apertamente il tradimento cambino ad una velocità comparabile o anche maggiore di quelle che portano altri tipi di disagio. Anche il presente studio conferma questa tendenza. Attraverso l'analisi statistica, infatti, è stato possibile analizzare la relazione tra il numero delle separazioni e i mesi della terapia: emerge una correlazione negativa tra la durata della terapia e la separazione. Quindi, per ogni mese di terapia che aumenta, diminuisce la probabilità di separazione della coppia.

3. CONCLUSIONI

La presente ricerca rappresenta uno studio pilota sulla casistica clinica della terapia di coppia. Abbiamo approfondito il tema del tradimento su un numero di coppie limitato, ma interessante dal punto di vista delle riflessioni che ha suscitato. Dall'analisi dei dati è emerso che il fenomeno dell'infedeltà si manifesta spesso come ricerca di occasioni di espressione del Sè, di

riconoscimento e di comprensione empatica al di fuori della coppia e riguarda prevalentemente il genere maschile anche nelle coppie più giovani. È risultato inoltre che l'infedeltà avviene prevalentemente in una certa fase del ciclo di vita della coppia particolarmente delicata, quando i figli sono adolescenti ed il compito genitoriale si trasforma, mettendo in evidenza la necessità di un rilancio del legame e di una transizione verso un nuovo equilibrio di coppia. Il desiderio di mantenere comunque il più possibile invariata la struttura familiare a seguito del tradimento, anche per la protezione del benessere dei figli, appare tra le motivazioni alla base della domanda di terapia di coppia.

Un altro fenomeno che appare evidente dall'analisi dei dati del nostro campione è che la rete informatica costituisce il luogo privilegiato in cui hanno origine e si sostengono le comunicazioni tra gli amanti. La mancanza di comunicazione tra i partner, inoltre, sembra essere tra i fattori di rischio alla base del coinvolgimento dei partner in relazioni extraconiugali.

Dalla ricerca emerge che l'infedeltà ha luogo anche in presenza di una intimità di coppia soddisfacente.

Infine, in accordo con altri studi, è emersa una correlazione tra il rilancio del legame e di una rifondazione del patto di coppia e il tempo della terapia: all'aumentare dei tempi del percorso psicologico, diminuisce la probabilità che la coppia si separi. Questo dato appare confortante e ci porta a voler proseguire la nostra ricerca in connessione con il lavoro clinico, affinché la stanza di terapia possa essere sempre più il luogo privilegiato per accogliere e lavorare con la coppia con l'obiettivo di ricreare uno spazio per l'ascolto reciproco, risvegliare il desiderio di cambiamento e scoprire nuove strade per sostenere la speranza e rilanciare il legame.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., a cura di, (1999). *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Attili G., (2004). *Attaccamento e amore. Cosa si nasconde dietro la scelta del partner?* Bologna: il Mulino.
- Attili G., (2017). *Il cervello in amore. Le donne e gli uomini ai tempi delle neuroscienze*. Bologna: il Mulino.
- Beavers W.R., (1985). *Il matrimonio riuscito. Un approccio sistemico alla terapia della coppia*. Trad. it. 1986. Roma: Astrolabio.
- Berrini R., Cambiaso G., (2001). *Illusioni di coppia*. Milano: Franco Angeli.
- Castellano R., Velotti P., Zavattini G.C., (2010). *Cosa ci fa restare insieme?* Bologna: il Mulino.
- Ghezzi D., (2004). "Terapia con le coppie, un protocollo consolidato". *Terapia Familiare*, n.74, pp.11-42, Milano: Franco Angeli.
- Ghezzi D., Covini, P., (in pubblicazione). *Quando c'è un terzo nella coppia, strategie cliniche*.
- Giddens A., (1999). *Il mondo che cambia. Come la globalizzazione ridisegna la nostra vita*. Trad. it. Bologna: Il Mulino, 2000.
- Gottman J.M., (1999). *Intelligenza emotiva per la coppia*. Trad. it. Milano: BUR Rizzoli, 2015.

- Gottman J.S., Gottman J.M., (1999). Dieci principi per una terapia di coppia efficace. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
- Grigoletto M., Paoli F., Ventura L., (2017). Modello lineare. Teoria e applicazioni con R. Torino: Giappicchelli editore.
- Hardin J.W., Hilbe J.M., (2007). Generalized Linear Models and Extensions. Texas: Stata Press.
- Joseph L., (2018). Infedeltà. Scienza delle relazioni e psicoterapia. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2021.
- Monguzzi, F. "Ripensare all'infedeltà", seminario 22/26 giugno 2020, webinar, psicologia.io
- Palazzo S., (2020). Il Tradimento nella Coppia. Bergamo: Corponove.
- Real Del Sarte O., (2015). La coppia coopera? Prospettive piagetiane sistemiche. Roma: Alpes Italia.
- Recalcati M., (2014). Non è più come prima. Elogio del perdono nella vita amorosa. Milano: Cortina.
- Scabini E. Iafrate R., (2003). Psicologia dei Legami Familiari. Bologna: il Mulino.
- Snyder D.K., Baucom D.H., Gordon K.C., (2014). "Terapia di coppia per l'infedeltà coniugale: un approccio integrato". in Cigoli V., Margola D., Gennari M., Snyder D.K., a cura di, Terapia di coppia, l'approccio integrativo e l'approccio relazionale-simbolico. Milano: Franco Angeli.
- Vannotti M., (2012). "La coniugalità alla prova della responsabilità genitoriale", in GOLDBETER-MERINFELD PEREL E., (2018). Così fan tutti, ripensare l'infedeltà. Milano: Solferino.

DALL'ANTICO LEGAME FRATERO ALLA COPPIA TERAPEUTICA

*Alessandra Casile¹, Mara Castiello², Lucia Fina³, Chiara
Rochira⁴*

RIASSUNTO. Nella nostra esperienza di allieve specializzande, abbiamo sperimentato l'importanza del lavoro in co - terapia come risorsa nella conduzione di terapie familiari. La co - terapia è un processo delicato che richiede ad entrambi i terapeuti di mettere al servizio delle altre parti di sé e vissuti personali, definendo e identificando entrambi all'interno di una coppia professionale. A partire da questo presupposto, la coppia terapeutica assume le sembianze di un legame molto più antico, quello tra fratelli e sorelle, all'interno del quale sperimentiamo per la prima volta vissuti di alleanza, competizione, collaborazione, fiducia. Ci siamo dunque interrogate su quanto il nostro vissuto di sorelle nelle nostre famiglie di origine abbia influenzato, poi, il rapporto con le rispettive co - terapeute. In questo articolo parleremo di come i nostri ruoli e le nostre caratteristiche di sorelle (maggiori o minori), hanno influito e dato una particolare sfumatura alla tipologia di conduzione e soprattutto di co-conduzione. A tal fine, si è lavorato alla ricerca di modelli storici, teorici e pratici che delineano contenuti ed evoluzioni in grado di spiegare e far meglio comprendere le dinamiche citate.

SUMMARY. In our experience as a graduate student, we have experienced the importance of working in co - therapy as a resource in conducting family therapies. Co - therapy is a delicate process that requires both therapists to put in the service of other parts of themselves and personal experiences, defining and identifying both within a professional couple. Starting from this premise, the therapeutic couple takes the form of a much older bond, that between brothers and sisters, within which we experience for the first time lived alliance, competition, collaboration, trust. We then asked ourselves how much our experience as sisters in our families of origin influenced, then, the relationship with their respective co - therapists. In this article we will talk about how our roles and our characteristics of sisters (major or minor), have influenced and given a particular nuance to the type of management and especially co-management. To this end, we have worked on the research of historical, theoretical and practical models that outline contents and evolutions that can explain and better understand the dynamics mentioned.

PAROLE CHIAVE: Fratelli, co - terapia, modelli, legame, co - conduzione, alleanza, sistema, famiglia.

¹ Psicologa psicoterapeuta in ambito comunitario e penitenziario

² Psicologa psicoterapeuta sistemico relazionale

³ Psicologa psicoterapeuta in ambito individuale, di coppia e familiare.

⁴ Psicologa psicoterapeuta in ambito individuale, di coppia e familiare

INTRODUZIONE

La co - terapia è un intervento terapeutico caratterizzato dalla scelta di due terapeuti di integrare la propria professionalità al fine di aiutare il proprio paziente, sia esso rappresentato da un singolo, da una coppia o da una famiglia, nel processo di cambiamento e crescita personale e relazionale. L'elemento fondante su cui esso si basa è proprio la relazione tra i due professionisti, fonte di ricchezza per i singoli terapeuti e per i propri pazienti. La relazione tra i due terapeuti diventa, infatti, una preziosa risorsa professionale e personale per gli stessi ma anche un modello relazionale tra pari (Satir, 1991), capace di offrire al paziente la possibilità di svilupparne uno nuovo e personale attraverso l'esperienza diretta dello stesso.

Secondo Gans (1962), ogni terapeuta, prima di ingaggiarsi in un lavoro co - terapeutico, dovrebbe:

- conoscere i propri limiti e le proprie risorse
- essere capace di facilitare le risorse dell'altro e non i suoi limiti
- non essere competitivo
- essere capace di mostrare un buon grado di flessibilità nella relazione.

È essenziale, quindi, considerare l'importanza della consapevolezza del proprio funzionamento all'interno della relazione. I vissuti personali e il funzionamento dei singoli professionisti influenzeranno lo stile terapeutico adottato da ciascuno di essi all'interno della stanza di terapia. Nella migliore delle ipotesi, i ruoli assunti dai professionisti co - terapeuti saranno opposti ma complementari: un terapeuta potrà adottare uno stile più direttivo e incalzante, l'altro più morbido e accudente. L'esperienza di entrambi permetterà al paziente di sperimentarsi con stili relazionali differenti ed esprimere emozioni diverse.

Inoltre, una buona consapevolezza delle proprie risorse e dei propri punti deboli condivisi all'interno della relazione terapeutica, permetterà alla coppia di fronteggiare momenti di stallo e di trovare il giusto equilibrio nel campo relazionale tra ciò che manca ad uno e per cui l'altro può rappresentare una risorsa. A tal fine, per favorire ancor di più il fondamentale equilibrio della coppia terapeutica, l'uso di un atteggiamento cooperativo e un buon grado di flessibilità rispetto ai cambiamenti che il sistema risconterà lungo il percorso terapeutico sono essenziali.

Gli elementi che caratterizzano una buona relazione terapeutica sono gli stessi individuabili alla base di ogni tipo di relazione significativa. Spesso nelle stanze di terapia abbiamo potuto osservare quanto la fiducia, l'ascolto dell'altro, la disponibilità siano aspetti primari nella relazione terapeuta - paziente, tra i membri di una famiglia e tra i partner di una coppia. Nello specifico abbiamo sperimentato quanto queste caratteristiche siano fondamentali per le giovani coppie co - terapeutiche in formazione e quanto sia un processo delicato raggiungere quell'equilibrio tra sé e l'altro.

Come terapeute familiari abbiamo provato personalmente quanto le esperienze vissute all'interno del nostro sistema familiare hanno influenzato il modo di relazionarci con gli altri e quanto le relazioni instaurate con i nostri fratelli e/o sorelle hanno giocato un ruolo importante nelle nostre relazioni co - terapeutiche.

1. LA STORIA DELLA COTERAPIA

La co - terapia è una tecnica di conduzione che consente a due terapeuti di integrare le proprie risorse per fronteggiare una situazione terapeutica complessa, permettendo ad entrambi di fare esperienza dell'altro nel corso della terapia. Essa è considerata al giorno d'oggi una grande risorsa, uno strumento che può apportare un cambiamento non solo al sistema familiare, ma anche alla formazione personale e professionale dei singoli terapeuti.

Nonostante la strategia co-terapeutica abbia costituito e costituisca ancora oggi una parte fondamentale della metodologia di lavoro con le coppie e le famiglie, i contributi teorici a riguardo non sono molti e quelli presenti non sempre di immediata reperibilità.

In letteratura sembrano predominare due correnti di pensiero: una caratterizzata da autori che considerano la co - terapia essenziale per il lavoro con famiglie problematiche, l'altra costituita da autori che ne evidenziano i limiti considerandola un ostacolo al processo di cambiamento.

Tra i sostenitori, ritroviamo Rubinstein e Weiner (1969) che definiscono la co - terapia "un trattamento simultaneo di una persona, d'un gruppo o di una famiglia da parte di due o più terapeuti" e ne sottolineano un grande vantaggio ovvero la capacità di apportare dei cambiamenti significativi all'interno di un sistema familiare. Withaker ha evidenziato l'importanza di avere accanto un'altra figura professionale che funga da rispecchiamento e sostegno, considerando la co - terapia un valore aggiunto al trattamento (Montali, Artoni, 2015, p.9). Dello stesso pensiero era Ivan Boszormenyi-Nagy (1988), che definendo la co - terapia "un'équipe terapeutica ricca", ne evidenziava la capacità di introdurre un'ulteriore dimensione di significativo valore terapeutico. Virginia Satir ne sottolineava, invece, il più ampio potere espressivo capace, a sua volta, di fornire alla famiglia nuovi modelli comunicativi. (Montali, Artoni, 2015, p.10).

Ad evidenziarne i limiti o a discutere le motivazioni che portavano i terapeuti a lavorare insieme è Haley, che riteneva l'uso della co - terapia un modo per aggirare le difficoltà e le insicurezze personali e professionali. O, ancora, Bowen che ne sottolineava le conseguenze sul setting terapeutico sostenendo che, qualora la coppia terapeutica fosse in visibile disaccordo, questo avrebbe potuto essere utilizzato dalle famiglie per proiettare le proprie emozioni ambivalenti (Montali, Artoni, 2015, p.11).

Nei primi anni '70 un iniziale ed importante fermento letterario sul tema si inizia a percepire anche in Europa. In Italia è il gruppo di studio e ricerca condotto da Mara Selvini Palazzoli ad approfondire l'uso della co - terapia nelle terapie familiari.

1.1 La co-terapia nel modello di Mara Selvini Palazzoli

Fino agli inizi degli anni '90, all'interno della Scuola Mara Selvini Palazzoli, il modello d'intervento nell'ambito delle terapie familiari prevedeva la presenza di un solo terapeuta al primo incontro con la famiglia e un'équipe di collaboratori dietro lo specchio, ad osservare le dinamiche relazionali messe in atto. Questo primo incontro era preceduto da un'intervista telefonica nel corso della quale il terapeuta raccoglieva dei primi dati sulla famiglia e le motivazioni della richiesta di aiuto (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). Le sedute erano molto lunghe e il terapeuta assumeva un atteggiamento diretto ed interventista. Nell'evoluzione del modello, l'atteggiamento del terapeuta diventò più accogliente e la raccolta telefonica delle informazioni più breve; inoltre, l'équipe di collaboratori era presente dietro lo specchio solo nella fase di consultazione.

Nacquero così le prime considerazioni sulla possibilità di affiancare nella stessa stanza di terapia due terapeuti. Furono numerose le riflessioni circa i presunti vantaggi e svantaggi di questa modalità operativa. Tra gli svantaggi spiccava sicuramente l'aspetto organizzativo delle sedute e il costo più alto delle sedute con due professionisti. Tra i vantaggi si considerò una riduzione del carico emotivo con famiglie problematiche a cui il terapeuta singolo andava incontro.

La co - terapia utilizzata con le famiglie, inoltre, avrebbe ampliato il campo di osservazione: avere due terapeuti nella stanza permetteva di disporre di molteplici strumenti da utilizzare nel percorso, essenziali non erano solo le due figure con il loro bagaglio personale e professionale, ma anche la loro relazione, che poteva rivelarsi un'importante risorsa per la famiglia stessa (Montali, Artoni, 2015, p.14).

Nacque così un primo vero modello di lavoro co - terapeutico caratterizzato dalla presenza di due professionisti, solitamente un uomo e una donna.

2. LA CO-TERAPIA DALLA COSTRUZIONE DEL LEGAME ALLE RISORSE DEL LAVORO IN COPPIA

Minuchin (1967, p.288) affermava che "ogni volta che un terapeuta è coinvolto nell'interazione con una famiglia, il campo di osservazione del co-terapeuta include il terapeuta stesso, non solo la famiglia."

Ci è sembrato utile prendere spunto da questa citazione perché definisce bene il senso e la funzione, a nostro avviso vantaggiosa, di poter essere in due nella stanza di terapia; il campo di osservazione si amplia includendo reciprocamente i terapeuti, la famiglia e il loro agire arricchendo significativamente il sistema terapeutico.

I vantaggi sono riferibili in modo specifico ai terapeuti, ai pazienti e, in alcuni casi, possono riguardare entrambi (Giusti, Montanari 2005, p.74) e, tra questi, citiamo:

- maggiore opportunità di apprendimento attraverso la discussione e la collaborazione con un terapeuta;
- ampliamento di prospettive e di processo di trattamento;
- prevenzione ed evitamento del burnout;
- disponibilità immediata di feedback e reciproca supervisione;
- ampia possibilità di transfert per i pazienti e migliore controllo del controtransfert;
- maggiore possibilità di apprendimento per i pazienti;
- opportunità per i terapeuti di concordare e bilanciare in modo complementare il loro agire terapeutico;
- compensazione reciproca delle rispettive debolezze;
- possibilità di offrire un modello di relazione.

Nonostante sia possibile suddividere gli aspetti di cui sopra tra ciò che concerne direttamente i terapeuti e ciò che più nello specifico si associa ai pazienti, laddove si intende la terapia come una danza circolare all'interno della quale ciascun personaggio è indispensabile per il movimento armonico e lineare dell'altro, ognuno di questi elementi, in verità, trova riscontro immediato su entrambi i fronti.

Cominciamo ad analizzare allora gli aspetti che maggiormente risultano essere vantaggiosi dal punto di vista dei terapeuti:

- è possibile sviluppare un primo confronto emotivo rispetto a ciò che le famiglie portano;
- è possibile sperimentare una maggiore libertà d'azione in seduta ed essere così più flessibili, potendo contare sul rapporto e sulla funzione, già in quanto presenza, del co-terapeuta;
- si sperimenta un senso di appartenenza ad un sottosistema condiviso con il co-terapeuta.

Innanzitutto proviamo a partire dagli aspetti emotivi che ci legano ai nostri pazienti e soprattutto all'investimento che facciamo su di essi.

Ci viene in mente dunque la difficoltà nell'affrontare, ad esempio, lo stallo terapeutico; in una situazione di lavoro in autonomia è facile immaginare la difficoltà e lo sforzo richiesti al terapeuta per prendere coscienza degli aspetti che non hanno funzionato in maniera sufficientemente propositiva per il prosieguo del lavoro stesso; la presenza di un co-terapeuta, invece, aiuterebbe a bilanciare e a pesare il significato dei vari aspetti, affrontandoli e condividendoli con la naturale e positiva conseguenza di fornire contenuti più ricchi ed articolati.

Di conseguenza subentra la possibilità di prevenire, fino ad evitare, esperienze di burnout dovute a situazioni complesse, poiché si può contare sulla possibilità di un rispecchiamento e di una reciproca supervisione fondamentali al fine di ottenere una prospettiva sempre nuova e differente.

“Il legame che unisce i due terapeuti fornisce loro reciproco sostegno e questo li porta a non cercare gratificazioni dai loro clienti” (Whitaker, Warkentin, Johnson, 1950).

Ciò, inoltre, porta con sé un ulteriore valore, che è quello di sperimentare il possibile errore e/o fallimento terapeutico in modo meno drammatico e distruttivo e, addirittura, potenzialmente costruttivo.

Nel processo di costruzione di un lavoro co-terapeutico, i terapeuti accrescono la conoscenza di sé, dell'altro e di sé in relazione all'altro, proprio in vista della creazione di un legame bilanciato e arricchito da un continuo scambio di idee e da un sostegno emotivo; la fiducia nella relazione tra i terapeuti stimola un percorso di co-crescita, base e principio su cui poggia l'intero sistema terapeutico e, dunque, la terapia stessa.

Citiamo nuovamente Minuchin:

“La coppia terapeutica consente quindi un allargamento della visione prospettica del setting e diventa essa stessa cielo stellato che osserva sé stesso”.

Prendiamo in aiuto questa citazione per sottolineare quanto sia importante avere una visione d'insieme che sia il più ampia possibile.

Certo non è facile immaginare il co-terapeuta perfetto ma, di fatto, l'essere in due permette innanzitutto di vedere al di là dei singoli e questo consente in primis una grossa apertura di prospettiva.

A supporto dell'idea che lavorare in coppia comporti numerosi vantaggi per i terapeuti, Whitaker e colleghi (1950) sottolineano l'efficacia della co-terapia nei casi che, al contrario, risulterebbero particolarmente complessi per un terapeuta singolo: pensiamo, ad esempio, ai pazienti che temono di essere rifiutati o di diventare troppo dipendenti o a coloro considerati non trattabili; è immediata la percezione della positiva ed importante ricchezza fornita dalla possibilità di una continua ed istantanea supervisione da parte del collega con il quale si condivide il setting terapeutico.

Un altro aspetto, non meno importante, è quello che concerne la divisione dei ruoli tra i due co-terapeuti, cosicché in talune situazioni sarà possibile che l'uno funga da osservatore diretto delle dinamiche verbali e non, mentre l'altro può avanzare delle considerazioni più dirette. Ciò porta con sé un accrescimento delle capacità di entrambi con significative e positive implicazioni sul lavoro terapeutico.

Whitaker affermava:

“Io non credo che un terapeuta da solo posseda il potere necessario per entrare nella famiglia, cambiarla e ritornare indietro [...] Io non voglio stare per tutto il resto della vita a sostenere con un dito una voragine”.

Allo stesso tempo, però, non è così semplice né scontato che la costruzione di un “noi terapeutico” avvenga in maniera repentina o del tutto naturale.

In che modo, allora, nasce l'incastro più funzionale tra due terapeuti?

Nel 1983, Roller e Nelson (1991) hanno pubblicato i risultati di una ricerca svolta su un campione di novantaquattro membri dell'American Group Psychotherapy Association; l'indagine aveva lo scopo di conoscere le

modalità di lavoro, i valori condivisi e le qualità ritenute importanti da coloro che praticavano la co-terapia.

Le qualità maggiormente ricercate e le aspettative rispetto alle relazioni sono risultate essere le seguenti:

- rapporto alla pari
- spontaneità
- confrontazione
- sviluppo
- empatia
- integrazione
- compatibilità

Supponiamo che ci siano tre? momenti necessari perché si possa costituire una coppia terapeutica funzionale e funzionante: in un primo momento ci si osserva e si valutano le risorse e le potenzialità dell'altro affinché si crei un legame di fiducia reciproca. Successivamente, si ricercheranno nell'altro le caratteristiche simili o complementari (a volte le differenze giocano in favore del lavoro terapeutico stesso, un esempio pratico è rappresentato dalle coppie terapeutiche di sesso opposto). Infine, ognuno definirà il proprio ruolo: c'è chi avrà una funzione maggiormente direttiva, chi interagirà meglio sul versante emotivo.

Per un lavoro sinergico, un aspetto fondamentale è sicuramente quello che riguarda la possibilità di trovare un co-terapeuta col quale essere in sintonia e che manifesti aspetti di complementarità rispetto a noi; inoltre, è fondamentale essere in grado di stabilire una relazione di lavoro che sia paritaria, aspetto non scontato soprattutto nelle situazioni in cui si decide di lavorare con un supervisore o con un collega più anziano, di maggiore esperienza o che rivesta un ruolo superiore.

2.1 I vantaggi della co-terapia per i pazienti

Per ragioni di brevità, abbiamo deciso di soffermarci ed analizzare solo alcuni dei numerosi vantaggi da noi ritenuti essenziali in riferimento al lavoro co - terapeutico svolto con le nostre coppie o famiglie. Tali aspetti si basano sui concetti teorici di modeling, rispecchiamento e funzione contenitiva.

Con modeling intendiamo la possibilità per la famiglia di confrontarsi con un primo modello relazionale alternativo e differente rispetto al proprio, quello a cui sono abituati.

Di fatto gli aspetti di pariteticità e complicità che caratterizzano la coppia terapeutica offrono ai pazienti un modello importante di relazione interpersonale positiva, permettendo loro, così, di sperimentare livelli e modalità comunicative diverse. Ma, di fatto, l'esperienza diventa importante anche in presenza di due terapeuti molto diversi tra loro, poiché consente di

sperimentare che anche in presenza di differenze significative la comunicazione e l'incontro sono raggiungibili.

Il concetto di rispecchiamento è altrettanto fondamentale, pensiamo infatti alle risonanze emotive e alla funzione che esse hanno per le famiglie e cosa esse comportano: il paziente può vivere l'esperienza attraverso una sorta di riflesso della sua immagine e, su questa, lavorare sulla possibilità di integrazione, ampliamento ed evoluzione della propria persona.

Infine, la coppia terapeutica ha una valenza contenitiva per la famiglia fornendo loro strumenti per padroneggiare anche le emozioni più faticose. Pensiamo a situazioni familiari altamente problematiche o portatrici di racconti traumatici complessi da elaborare e superare, la doppia presenza, fornendosi per l'appunto del rispecchiamento e del modeling di cui sopra, consente una maggiore capacità elaborativa ed auto-analitica.

3. IL RAPPORTO TRA FRATELLI: DALLA NASCITA DI UN LEGAME PRIMARIO ALLE INFLUENZE NELLA COPPIA TERAPEUTICA

“Condizione di possedere i medesimi genitori, che deriva la possibilità, per il bambino, di scorgere nel fratello, ora un complice, un alleato magnifico contro il mondo dei grandi, l'unico in grado di comprenderlo, ora un contendente verso l'amore degli stessi, qualcuno che sottrae spazi, oggetti, cure e attenzioni” (Scalisi, 1995)

Il legame tra fratelli è un legame imprescindibile, essi non si scelgono, ma presupposto stesso del legame è che trovino un modo per ri-conoscersi, accettarsi e condividere l'appartenenza al sistema famiglia.

I genitori assumono il difficile compito di costruire un rapporto unico e originale con ciascun figlio, permettendogli così di sentirsi amato ed accettato proprio nella sua unicità.

Il rapporto che ognuno stabilisce con il proprio fratello o sorella permette una graduale e continua conoscenza di sé, dell'altro, della reciproca relazione e di quella con il resto dell'ambiente familiare e non.

All'interno della famiglia ogni figlio acquisisce un ruolo, nelle famiglie rigide e patologiche è possibile che si venga a creare il ruolo del “figlio capro espiatorio”, ovvero quello che in terapia poi conosciamo ed identifichiamo spesso come paziente designato (Selvini Palazzoli, 1988). Questo porterà i figli a conoscersi poco, a sperimentarsi e “sentirsi” meno e, paradossalmente, ad identificarsi unicamente in quel ruolo assegnato ed assunto. Di conseguenza, il legame fraterno ne risentirà, ogni figlio si vedrà prigioniero di quel ruolo e, un po' come una profezia che si autoavvera, ciò si ripeterà e confermerà nel tempo, tanto da non permettere la creazione di un sano ed aperto legame fraterno.

L'importanza del legame fraterno risiede nel fatto che per l'individuo rappresenta un vero laboratorio sociale, è il primo palcoscenico sociale, il

primo scenario dove il bambino inizia a capire cosa significa condividere, gestire emozioni tanto intense come la rabbia o l'invidia, mettersi nei panni dell'altro per sviluppare l'empatia.

Il rapporto fraterno è un'importante palestra di vita, un'occasione nella quale il bambino ha modo di scoprire vari tipi di relazioni interpersonali che si ritroverà, poi, a vivere da adulto.

I fratelli, all'interno di un sistema, presumibilmente svilupperanno capacità di cooperazione: in un positivo rapporto fraterno, infatti, la collaborazione è un processo naturale e spontaneo attraverso il quale il bambino impara più facilmente a prendere in considerazione il punto di vista degli altri, a superare il proprio egocentrismo, ad essere di aiuto e/o supporto quando essi sono in difficoltà.

Inoltre, i fratelli e le sorelle si confrontano con temi che riguardano la competizione e la negoziazione. Ciò costituisce un importante allenamento per la vita, specialmente nei momenti in cui si confronteranno con gli altri. Tali aspetti, se positivamente riconosciuti nel corso del processo di crescita, aiuterà loro a saper affrontare le diversità, saper gestire i contrasti, superando eventuali conflitti.

3.1 Rispecchiamento/ differenziazione, il ruolo fraterno che incide nei legami futuri

Durante l'adolescenza il mondo dei coetanei ha la precedenza sulla famiglia, ma la qualità del rapporto instaurato tra fratelli avrà il suo primo significativo riflesso proprio in questo periodo.

Se nella prima infanzia c'è un tema di rispecchiamento finalizzato a comprendere chi sono io nel mondo, durante l'adolescenza si inserisce il tema della differenziazione. Nasce il bisogno di sperimentarsi nelle relazioni con i pari ed il tipo di relazione che si instaura con i coetanei dipende, in grossa parte, dal tipo di relazione fraterna che abbiamo avuto. Questa relazione è basata su due poli: da una parte, cooperazione, solidarietà e supporto reciproco, dall'altra, competizione e conflitto che possono innescare rifiuto reciproco ed aggressività.

Schachter (1982) sostiene che il processo di sviluppo dell'identità individuale si costruisce sulla base di una maggiore o minore propensione tra l'essere come il fratello, ovvero quello che viene definito "rispecchiamento", e l'essere il suo opposto, frutto di una profonda "differenziazione". Nel corso della crescita, inoltre, il legame fraterno continua ad incidere sulle nostre modalità relazionali. Nell'adulto, infatti, si può affermare che le relazioni siano condizionate dalle proiezioni e dal transfert non solo in relazione alle figure parentali, ma anche a quelle dei fratelli. Quindi, sebbene fratelli e sorelle si allontanino nel corso delle rispettive vite personali e professionali, le loro immagini interiorizzate rimangono.

Alla luce di quanto descritto finora, si può affermare che il nostro legame fraterno incida significativamente sul modo di stare in relazione con l'altro.

Ad alcuni fratelli capita di allontanarsi, di crescere e realizzarsi, ma le immagini che ognuno ha dell'altro possono rimanere congelate e uguali a quelle create nella prima infanzia, cioè al modello relazionale appreso ed interiorizzato.

Queste persone possono rimanere confinate entro schemi comportamentali o di interazione che vengono poi reiterati nuovamente senza mai riconoscerne le influenze dei primari legami fraterni e, quindi, non favorendone un adattamento successivo. L'immagine fraterna introiettata potrà fungere dunque da base nella ripetizione di un transfert fraterno riprodotto nei futuri rapporti interpersonali.

Nella nostra esperienza di terapeute familiari abbiamo osservato come i fratelli coinvolti nella terapia siano dei personaggi attivi che, invitati a partecipare, descrivono il tipo di rapporto instaurato con il fratello o sorella portando in scena elementi che ci hanno fatto riflettere sulle nostre caratteristiche di sorelle trasferite nel legame co-terapeutico.

Il fratello in terapia può essere considerato come un terzo occhio, fondamentale nel processo terapeutico nei momenti di blocco evolutivo nella famiglia, esattamente come fa la presenza del co-terapeuta. È per questo che osservare le dinamiche fraterne in terapia familiare ci ha permesso di notare anche come il rapporto con il proprio fratello possa influenzare e condizionare non solo la relazione tra pari, ma anche il rapporto tra co-terapeuti.

Nei rapporti di co-terapia, infatti, c'è la stessa polarità riscontrata nel rapporto fraterno: il rapporto con il proprio co-terapeuta può essere positivo, stretto, intimo e collaborativo oppure competitivo, conflittuale ed ostile.

3.2 Bank e Kahn. Teorizzazione del transfert fraterno, i tre stili di identificazione: dal legame fraterno al legame di co - terapia

“Parlerò dei «fantasmi» del rapporto tra fratelli, che «vagano» intorno a noi accompagnandoci nei nostri più significativi rapporti professionali, e del costante impegno necessario per sviluppare e mantenere rapporti validi, sia con i fratelli che con i colleghi.” (W. J. Doherty)

Tenendo presente quanto descritto finora, per spiegare l'influenza del legame fraterno nel legame terapeutico abbiamo deciso di prendere spunto dal modello teorico di Bank e Kahn.

Gli autori nel 1982 definiscono il concetto “transfert fraterno” per spiegare quanto l'esperienza del legame fraterno possa incidere o condizionare il rapporto con il co - terapeuta. Tale aspetto, a sua volta, favorisce la nascita del modello citato fondamentale per esaminare i problemi che potrebbero riscontrarsi nell'evolversi di un rapporto di stretta collaborazione. Con il concetto di transfert fraterno si intende l'esperienza del legame primario, caratterizzato da un insieme di pulsioni e sentimenti, quasi sempre di natura conflittuale ed ambivalente, con significativi risvolti in termini di atteggiamenti di odio e amore sperimentati e vissuti nel passato.

Essi, secondo quanto teorizzato, vengono riattivati in maniera più o meno incisiva nel rapporto con il co-terapeuta.

Dalla disamina della letteratura sul rapporto tra fratelli e del modello FIRO sviluppato da Schutz e colleghi, emerge che i principali aspetti da considerare sono quelli della identificazione e de - identificazione con i fratelli. Secondo la definizione di Bank e Kahn, infatti, i fratelli tendono a 3 stili di identificazione.

L'identificazione stretta è quella che sottolinea le somiglianze e nega le differenze; questo tipo di legame è possibile trovarlo nelle coppie di fratelli che hanno tanti anni di differenza di età, c'è una sorta di idealizzazione del fratello maggiore che, a sua volta, è riconoscente per questo e stima il fratello minore. Quest'ultimo però, nel tentativo di emulazione, non riuscirebbe a sviluppare una reale autonomia ma tenterebbe un'adesione al modello proposto dal fratello maggiore. Nella co - terapia, se c'è questo tipo di identificazione, si tende a idealizzare il rapporto professionale negando i disaccordi e creando l'illusione di un legame perfetto senza conflitti, un legame che non è mai esistito con nessun fratello. Questo tipo di legame lo si può ritrovare nei rapporti professionali tra colleghi di diverso grado di esperienza, il più giovane idealizza l'altro che a sua volta lo considera come una lodevole copia di se stesso, questo rapporto assomiglia a una venerazione dell'eroe. Il rischio per questo tipo di rapporto è che se perdura rigidamente nel tempo impedisce lo sviluppo di una reale autonomia professionale.

L'identificazione parziale accetta le somiglianze e le differenze, indicando una mescolanza della dipendenza con il fratello e la contemporanea necessità di indipendenza. La dipendenza intesa come senso di appartenenza, approvazione, ascolto reciproco, complicità, è fondamentale per creare il legame fraterno; al tempo stesso, l'indipendenza finalizzata a creare una propria identità e il riconoscimento della differenziazione sono necessari ad entrambi i fratelli per apportare al legame e alla propria identità la propria unicità. Nel rapporto di co - terapia, per il formarsi del legame di coppia, è certamente necessario un minimo aspetto di dipendenza, ma è necessario un equilibrio in cui si tiene in considerazione il riconoscimento delle differenze. In tal modo entrambi i terapeuti possono dare il proprio contributo. La maggior parte delle coppie professionali sembrano positivamente situate in questo ambito, ma il problema è: quanto rigidamente o stereotipicamente definiscono la loro complementarità i due terapeuti? Si vengono a definire dei ruoli rigidi e non interscambiabili?

L'identificazione remota sottolinea rigidamente le differenze. Tale modalità riguarda quel rapporto tra fratelli in cui sembra mancare un vero e proprio legame, il rapporto infatti sembra sostenuto dal costante intervento da parte dei genitori. Nella coppia terapeutica questa tipologia di identificazione è rigidamente differenziata, distaccata e non porterà a nessuna collaborazione durevole.

La de - identificazione è un concetto sviluppato da Schacter riferendosi alla tendenza a definire una coppia di fratelli come diversi o completamente

opposti, per semplicità potremmo esprimerlo come “mia sorella non mi somiglia affatto, somiglia a mio padre, mentre io somiglio a mia madre”.

Gli studi di Schachter e Ston hanno messo in evidenza come la de - identificazione avvenga maggiormente tra fratelli dello stesso sesso probabilmente perché la famiglia, a sua volta, ha bisogno di semplificare il processo di differenziazione non attuabile attraverso caratteristiche appartenenti più unicamente alla sfera femminile e maschile degli stessi. L'autrice osserva come queste caratteristiche siano spesso collegate alle qualità attribuite ad un genitore o all'altro oppure alla rispettiva famiglia d'origine. I genitori, quindi, proietterebbero aspetti positivi e negativi della propria identità sui figli, i quali diventerebbero contenitori per proiezioni diverse, assumendo la parte piacevole della personalità di uno e quella detestabile dell'altro.

Se la coppia terapeutica tende alla de - identificazione, si sottolineeranno le differenze intese come opportunità di complementarità, poiché questa permetterà di conservare l'identità individuale evitando la competizione ed amplificherà le piccole differenze nell'interesse del mantenimento del rapporto di collaborazione.

Ad esempio, i terapeuti che lavorano in co - terapia possono implicitamente decidere chi sia il più dotato delle singole abilità, per poi utilizzare queste differenze naturali per creare stili terapeutici complementari nella situazione di co - terapia.

La de - identificazione, dunque, sembra essere il modello più funzionale per un rapporto co - terapeutico positivo ed efficace.

3.3 Il modello F.I.R.O.: Fundamental Interpersonal Relations Orientation

Il modello FIRO è stato sviluppato da Schutz alla fine degli anni 50. Il presupposto teorico alla sua base nasce dall'osservazione secondo la quale, nel momento in cui si creano dei gruppi il cui obiettivo è quello di condividere una storia, essi devono affrontare in modo sequenziale tre aspetti principali: quello dell'inclusione, quello del controllo e, infine, se sono stati in grado di gestire i primi due, potranno dedicarsi a ciò che riguarda l'affettività. Tale sequenzialità, secondo Schutz, è imprescindibile: difatti, a suo parere, se non sono stati superati i primi due aspetti è impossibile che in una relazione (diadica o gruppale) ci si possa esporre attraverso una relazionalità affettiva che presuppone la messa in gioco della propria vulnerabilità.

È attraversando questi tre aspetti principali che si ipotizzano e si analizzano delle correlazioni tra ciò che accade in famiglia e quello che si presuppone debba accadere in una relazione tra co - terapeuti e tra questi e la propria équipe di riferimento.

Se ci si pensa, infatti, così come nel legame fraterno le questioni inerenti all'inclusione nel sistema famiglia, più tipico dei secondogeniti (“doversi guadagnare un posto”), e quello del controllo appartenente maggiormente ai primogeniti (“sostenere la concorrenza sopraggiunta”), richiedono un

assestamento nel nucleo familiare che, se raggiunto, permette la possibilità di accedere alla dimensione affettiva autentica fatta di scambio, condivisione ed appartenenza equilibrata.

Vediamo queste tre dimensioni più nello specifico facendo riferimento alla coppia professionale, ma tenendo a mente la sua inevitabile correlazione anche con il legame fraterno:

- **INCLUSIONE:** tecnicamente è definita in relazione agli schemi di ruolo e al rapporto individualità/interdipendenza. Significa che in ogni coppia professionale l'obiettivo dovrebbe essere quello di una complementarità, ovvero di identificazione parziale: valorizzare le differenze, mantenendo le proprie specificità e, quindi, evitando la competizione. Il rischio, se ciò non avviene, potrebbe essere quello di mantenere la coppia professionale o sul versante della rigida sottolineatura delle differenze, oppure su quello dell'idealizzazione. Con evidenti rischi derivanti.
- **CONTROLLO:** con questo concetto facciamo riferimento al conflitto e al negoziato e, per poterli riconoscere e gestire, dobbiamo fare riferimento a quello che è il "pubblico di riferimento": in famiglia sono le dinamiche che riguardano la possibilità di ognuno dei fratelli di guadagnarsi il benvolere e il riconoscimento dei propri genitori; per i co - terapeuti, in parallelo, quello di guadagnarsi la stima e il riconoscimento della propria professionalità agli occhi dei supervisori e dei colleghi. Il rischio della mancata gestione di questa sfera è il conseguente innesco di lotte di potere e gerarchia (evidentemente disfunzionali in entrambi i casi).
- **AFFETTIVITA':** come accennato, quindi, se le due aree precedenti sono state adeguatamente riconosciute e gestite sarà possibile accedere a quest'ultimo elemento che riguarda tutti gli scambi confidenziali e strettamente personali che, se possibili, amplificano l'intesa e siglano la profondità del rapporto professionale. Basti pensare, rispetto alle situazioni di co - terapia, a quale impatto le numerose risonanze scaturite dalle sedute possono avere sul terapeuta singolo ma, inevitabilmente, anche sul co - terapeuta. La condivisione empatica, da questo punto di vista, sembra di fondamentale importanza per la positiva riuscita di un rapporto professionale e sulle ricadute di questo nella stanza di terapia.

4. LA NOSTRA ESPERIENZA: DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA

Il cuore di questo lavoro è rappresentato dalla nostra personale esperienza di co-terapeute, ruolo nel quale abbiamo potuto sperimentarci grazie alla nostra Scuola di Specializzazione, che durante il percorso didattico ci ha permesso di confrontarci praticamente con ciò che, nel mentre, apprendevamo teoricamente.

Le coppie terapeutiche costituite sono state le seguenti: Mara Castiello e Alessandra Casile hanno condotto per circa due anni una terapia di coppia, Lucia Fina e Chiara Rochira hanno invece lavorato con una famiglia in presenza di una minore con una diagnosi di anoressia.

Un primo elemento di cui tener conto è sicuramente relativo al contesto della domanda, da una parte abbiamo una coppia molto conflittuale e dall'altra una famiglia con due genitori separati e una figlia gravemente sintomatica.

Le coppie terapeutiche sono nate in parte per necessità, poiché di fatto i tempi didattici non ci hanno lasciato tanto spazio e possibilità di scelta, ma a posteriori possiamo affermare di aver vissuto un'esperienza altamente formativa anche dal punto di vista umano perché, come abbiamo già ampiamente descritto sopra, è fondamentale riuscire a stabilire un legame di fiducia e una certa sintonizzazione con il proprio co-terapeuta affinché il lavoro possa avviarsi e svilupparsi in maniera positiva e serena.

Un altro importante elemento di differenziazione tra le due esperienze è che la terapia di coppia è nata come lavoro in presenza, prima ancora dell'inizio dell'emergenza pandemica Covid-19, per poi proseguire in modalità online quando indispensabile per la stessa ragione e concludersi in presenza. La terapia familiare, invece, è stata avviata da remoto per poi proseguire in maniera altalenante e alternando sedute in presenza e sedute da remoto, con tutte le difficoltà annesse.

Abbiamo pensato di suddividere i racconti esperienziali in base alle coppie terapeutiche affinché possano emergere al meglio i nostri vissuti in termini relazionali e le influenze che i nostri ruoli di sorelle hanno giocato poi nella stanza di terapia.

4.1 La nostra esperienza: Lucia e Chiara

Entrambe le terapeute riportano come elemento positivo e di rinforzo il legame di amicizia creatosi negli anni, che ha permesso ad entrambe di instaurare un rapporto terapeutico basato sulla conoscenza e sulla fiducia reciproca.

Lucia, in particolare, fa riferimento al succitato modello F.I.R.O di Bank e Khan in base al quale ritiene di aver sperimentato un senso di de-identificazione parziale dovuto alla presenza di ruoli e differenze ben evidenziate.

Entrambe le terapeute raccontano di aver ricoperto due ruoli differenti ma allo stesso tempo complementari: Lucia aveva uno sguardo più attento sugli aspetti emotivi e non verbali, con un atteggiamento più protettivo nei confronti dei pazienti, Chiara invece ha assunto un ruolo più direttivo e teorico.

Il funzionamento della coppia terapeutica ha seguito dunque questo copione: Lucia ha rappresentato e vissuto gli aspetti più materni e protettivi

che l'hanno condotta a rivivere esattamente la stessa esperienza di sorella maggiore nei confronti di suo fratello minore, tanto da sentire di aver assunto anche un ruolo più passivo rispetto a quello che è invece solita assumere nella sua famiglia; allo stesso tempo anche Chiara ha rivissuto gli aspetti di direttività e di maggior potere che contraddistinguono il rapporto che lei stessa ha con sua sorella minore.

Una nota interessante è che sia Chiara che Lucia sono sorelle maggiori. Un altro elemento che ha permesso di stabilire una correlazione tra il rapporto fraterno e quello co-terapeutico è che, ad esempio, Lucia in famiglia viene definita come la "figlia brillante, quella più brava e sensibile", aspetti questi messi in secondo piano nella relazione terapeutica con Chiara, attraverso la quale Lucia ha sentito di poter rimanere più sullo sfondo, sanando così quel senso di colpa nutrito nei confronti di suo fratello.

La stessa padronanza linguistica ha fatto sì che si creasse un rapporto leggermente asimmetrico, Chiara infatti ha assunto anche grazie a questo una posizione più decisa con i pazienti, soprattutto nel trattamento di temi più complessi o delicati.

Elemento questo riscontrato dalla stessa Chiara come fortemente presente anche nel legame con la sua di sorella, rispetto alla quale vi è sempre stato un atteggiamento di potere, mosso però dal desiderio di protezione e di presa di responsabilità.

Chiara grazie a Lucia ha potuto così godere della presenza di un'alleata più morbida, meno performante ma più attenta agli aspetti sensibili, non verbali ed emotivi che spesso è possibile che le sfuggano pur di tenere sotto controllo l'intera situazione.

Questa esperienza ha così permesso ad entrambe di mettere in luce degli aspetti personali importanti che intervengono ed influenzano i rispettivi ruoli terapeutici e soprattutto è stato possibile confrontarsi con le proprie risonanze emotive; allo stesso tempo è stato utile potersi permettere di assumere il ruolo migliore per sé e per l'altro.

Entrambe hanno deciso di sperimentarsi ancora in un rapporto di co-terapia, Lucia è riuscita a porre una maggiore attenzione agli aspetti di autonomia e dipendenza, tutti aspetti che le permettono di vivere un rapporto di lavoro più equilibrato; Chiara ha intrapreso una collaborazione con una collega anch'essa, ancora una volta, più attenta e capace sul versante emotivo.

4.2 La nostra esperienza: Alessandra e Mara

Alessandra e Mara hanno lavorato con una coppia conflittuale per un periodo piuttosto lungo, un percorso durante il quale hanno dovuto sperimentare il formato delle sedute da remoto, perdendo così una buona parte degli aspetti non verbali e fisici osservati nel lavoro in presenza in stanza di terapia.

Allo stesso tempo è stato possibile osservare la coppia in una dimensione nuova e differente, più "domestica", ed anche questo ha apportato dei contenuti interessanti per il lavoro stesso.

Per entrambe le terapeute questa è stata la prima esperienza di lavoro in co-terapia; Alessandra ha paragonato questa esperienza ad una sorta di viaggio nel viaggio, poiché mentre entrambe accompagnavano la loro prima coppia nel loro percorso, loro stesse si scoprivano in un ruolo nuovo.

Un'esperienza graduale ed importante, senza dubbio arricchente.

Il vantaggio, per Alessandra, è stato quello di un arricchimento sia umano che professionale, al contrario non riesce a definire un vero e proprio svantaggio, se non il fatto che lavorare in co-terapia richieda un impegno ed un investimento di risorse emotive sicuramente maggiore.

Rispetto, invece, al parallelismo con il suo legame fraterno, Alessandra afferma di essere stata a lungo accompagnata, in stanza di terapia, dai fantasmi che hanno caratterizzato il suo rapporto con il fratello maggiore in un senso gerarchico dove la "lotta al potere" nel suo contesto familiare rischiava di riversarsi con la sua co-terapeuta.

Il copione, se così possiamo definirlo, diventava quello della sorella minore che cerca di dimostrare ai propri genitori (il supervisore) di essere brava quanto l'altra (la co-terapeuta).

Successivamente Alessandra ha nuovamente lavorato in co-terapia ma in ambito comunitario e non nel suo studio privato; la riflessione a posteriori è che la scelta della collega, in questo caso, è stata in qualche misura obbligata, ma scegliere di lavorare in co-terapia è stata una decisione condivisa da entrambe sulla base di un feeling e di una sintonia, dapprima umana e poi senz'altro teorica, condividendo la stessa formazione sistemica.

Mara ricorda e racconta di questa prima esperienza come di un percorso intenso e formativo su un piano professionale e umano e dunque di crescita.

Ripete anche lei che non ci siano dei veri e propri svantaggi nel lavoro in co-terapia, ma altresì in alcuni momenti ammette che sia stato complesso trovare sin da subito un equilibrio con la collega.

Di fatto non è così immediato scendere a compromessi con i nostri vissuti e con le nostre esperienze che i pazienti riescono a tirare fuori, pertanto a volte è complicato mettere da parte la propria individualità per cercare di lavorare in maniera sintonica con i propri colleghi.

In base a questi aspetti Mara ha notato quanto quelle stesse dinamiche relazionali presenti nel rapporto con le sue sorelle abbiano influenzato il rapporto con la sua co-terapeuta.

Mara racconta infatti di aver spesso sentito la collega come predominante e più forte e di non aver trovato quindi un sufficiente spazio di azione, tanto da doversi assoggettare un po' al pensiero dell'altra per fare in modo di trovare un equilibrio.

Questo meccanismo spesso fungeva da diversivo per evitare quella specie di "lotta al potere" che altrimenti si sarebbe creata, pertanto spesso Mara, soprattutto in momenti di maggiore difficoltà, si è così assicurata la sopravvivenza del legame co-terapeutico.

A partire però proprio da questi aspetti di maggiore difficoltà entrambe le terapeute hanno potuto vivere il grande vantaggio della co-terapia che ci permette di godere di un costante confronto e della condivisione dei contenuti che emergono di volta in volta.

BIBLIOGRAFIA

- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016) "Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica" - Raffaello Cortina Editore
- Doherty W.J., Colangelo N. (1984) "The family FIRO model: a modest proposal for organizing family treatment" - Journal of Marital and Family Therapy, pp 19 - 29
- Giusti E., Montanari C. (2005) "La co - psicoterapia. Due è meglio e più di uno in efficacia ed efficienza" Collana di Psicoterapia & Counseling - Sovera Editore
- Minuchin S. (1978) "Famiglie e terapia della famiglia" - Astrolabio Editore
- Price J., Heschels D., Price A. (1999) "A guide to starting Psychotherapy Groups", pp 53 - 61 E. Shapiro Co - therapy - Academic Press
- Roller B., Nelson V. (1991) "The Art of co - therapy: how therapists work together" - The Guilford Press
- Schachter F.F. (1985) "Sibling deidentification in the clinic. Devil vs Angel". Family Process", Volume 24 Issue 3, pp 415 - 427
- Schutz W.C. (1958) "FIRO: A three-dimensional theory of interpersonal behavior." Holt, Rinehart and Winston, New York
- Siddall, Lawrence B. (1981) "A study of co-therapy in couple psychotherapy." . Doctoral Dissertations 1896 - February 2014
- Viaro M., Kahn M.D., Lewis K.G. (1996) "Fratelli in terapia" -Raffaello Cortina Editore

PROSPETTIVE SISTEMICHE DI PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DELL'INFERTILITA' E DELLA STERILITA' NELLA SOCIETA' CONTEMPORANEA

Francesca Ghilardi¹ Alessandra Foroni²

RIASSUNTO: Il crescente ricorso a pratiche mediche, atte a sopravvivere a condizioni di infertilità e sterilità, ha portato come conseguenza nell'ultimo ventennio alla discussione di importanti cambiamenti in tema legislativo, tutt'ora in corso di definizione, di pari passo con l'affinamento delle tecniche procreative.

A fianco di questi mutamenti, tuttavia, vanno affrontate anche le implicazioni in ambito psicologico correlate al dolore provocato dalle diagnosi di infertilità e sterilità, a maggior ragione se considerate nel contesto sociale contemporaneo contraddistinto da posizioni fortemente ambivalenti.

Le autrici, attraverso le esperienze cliniche maturate in questo campo, intendono sensibilizzare la Comunità dei colleghi e dei professionisti alla necessità di aprire uno spazio di riflessione centrato, nel contempo, sia sulle emozioni di coloro a cui risulta preclusa la possibilità di avere figli, sia sulle nuove forme di genitorialità e di identità legate all'utilizzo delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

SUMMARY: Throughout the last twenty years, the increasing use of the medical experience, in order to exceed conditions of infertility and sterility, has brought to examine important variations of law which are still to be settled and this is happening at the same rate with the improvement of the techniques to generate.

In addition to this, there is the psychological aspect that involves the topic of sorrow caused by diagnosis of infertility and sterility, even more if they are considered within a contemporary social context characterized by strongly ambivalent point of view. The authors, through their clinical experience, intend to involve the community of colleagues and professionals into considerations centered on emotions of people who are precluded from having children and on the new forms of parenting and identity linked to the use of medically assisted procreation techniques.

PAROLE CHIAVE: Infertilità - sterilità - procreazione medicalmente assistita - lutto - psicoterapia di coppia - genitorialità.

¹ Psicoterapeuta sistemico-relazionale, Practitioner EMDR, Responsabile Centro Mara Selvini per la coppia a Bergamo, www.psicoterapiabg.it, ghilardi.francesca@gmail.com

² Psicologa, Psicoterapeuta sistemico-relazionale, Terapeuta EMDR, www.psicoterapiabg.it, psicologa.foroni@gmail.com

INTRODUZIONE

La diagnosi di infertilità o sterilità coinvolge diversi aspetti della persona : il corpo, l'identità, la progettualità personale e di coppia, la relazione con le generazioni precedenti, la socialità, il lavoro e in generale il senso che si dà alla propria vita e al futuro. Nella società contemporanea esistono numerose opportunità di sviluppare ed affermare la propria identità e progettualità. La genitorialità fa parte di queste possibilità ed è un desiderio legittimo, ma è sottoposto nell'era moderna così come altri aspetti della vita, ad una molteplicità di stereotipi, giudizi e messaggi anche contrastanti tra loro. A fianco di un'educazione sessuale che orienta sempre di più alla responsabilità, anche attraverso la diffusa pratica della contraccezione, coesiste la presenza di tecniche mediche di fecondazione avanzate che sfidano il limite posto dalla natura. In questo mondo ricco di legittimi diritti e di opportunità, ci sembra importante approfondire l'impatto psicologico dell'infertilità e della sterilità con la conseguente elaborazione del dolore che accompagna queste diagnosi.

Il nostro interesse verso questo tema è scaturito proprio dal confronto con gli stessi pazienti che lamentavano, una volta venuti a conoscenza della propria condizione, un sentimento di solitudine nella propria rete affettiva. Questo vissuto ci ha motivato a riflettere e poi ad organizzare un percorso di gruppo per coppie con infertilità che abbiamo denominato "GENITORI IN SOSPESO". Il gruppo viene proposto dal 2016 presso il Consultorio Familiare Scarpellini di Bergamo³, a cadenza circa annuale, in funzione del numero di richieste e con un protocollo in continuo aggiornamento. Questo setting ha favorito l'osservazione di diverse coppie, nelle cui dinamiche abbiamo riscontrato alcuni elementi comuni da tenere in considerazione quando si prende in carico una coppia o un individuo con diagnosi di sterilità o infertilità. Una particolare attenzione a questi tratti può fornire un ausilio al terapeuta che si trovi ad affrontare le emozioni associate a queste condizioni, al fine di impostare un intervento che promuova nei pazienti scelte solide basate su una maggiore consapevolezza di se stessi e delle dinamiche che intercorrono con il partner.

1. INFERTILITÀ E STERILITÀ

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'infertilità una patologia che riguarda il sistema riproduttivo maschile o femminile e che può essere diagnosticata dopo che siano trascorsi almeno dodici mesi di rapporti sessuali non protetti, senza che si sia avviata alcuna gravidanza. L'infertilità può essere primaria se non si è mai verificato concepimento, oppure secondaria se si diagnostica in una coppia che ha già avuto in passato gravidanze a termine o interrotte con aborto spontaneo. L'infertilità può verificarsi a causa di fattori portati dall'uomo, oppure dalla donna, dalla combinazione di entrambi oppure può essere apparentemente inspiegabile. Sia per l'uomo che per la donna comportamenti e stili di vita influiscono sul grado di fertilità. In particolare l'eccessivo consumo di alcol, fumo, l'obesità

³ Consultorio diocesano accreditato nel quale operano come consulenti le autrici dell'articolo.

e l'esposizione all'inquinamento, aumentano il rischio di infertilità (WHO, 2022). Secondo i dati disponibili, questa patologia riguarderebbe in Italia circa il 15% delle coppie in età fertile, confermando il dato riportato dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, riferito alla popolazione globale (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

Nel merito della nostra attività, ci sembra utile adottare anche un'ulteriore distinzione sul piano diagnostico che possa guidarci nel considerare meglio gli aspetti psicologici sottesi ad ogni condizione. L'infertilità, infatti, può essere considerata una diagnosi "dinamica", una diagnosi quindi che può essere temporanea. Infatti, tale condizione può essere influenzata da vari fattori come l'età, gli stili di vita e l'andamento delle patologie a cui può essere associata, come per esempio l'endometriosi e l'ovaio policistico per le donne o il varicocele e l'oligospermia per l'uomo. Pozzobon (2015) propone di distinguere tra sterilità ed infertilità, attribuendo il primo termine ad «una condizione fisica permanente, sia maschile che femminile, che rende impossibile il concepimento» (pp. 35-36). Questa distinzione ci sembra particolarmente significativa sul piano dell'intervento psicoterapeutico in quanto permette di identificare coloro che sono nella condizione di affrontare ed elaborare un lutto più tangibile, da coloro, invece, che stanno vivendo una situazione di maggiore incertezza. Tale differenza, a volte, non è così netta proprio perché la diagnosi di infertilità può nel tempo sfociare in una condizione di sterilità, oppure non approdare in una totale impossibilità di concepimento generando nelle coppie portatrici un clima emotivo che oscilla tra disperazione e speranza.

1.1 La risposta sanitaria e la società contemporanea

Fin dall'antichità, il tema della fertilità è stato uno degli aspetti più sentiti ed importanti per gli esseri umani. Riti propiziatori, cerimonie e teorie si sono susseguiti nei secoli a sostegno di pratiche di cura (Riccio M., 2017). Diventare genitori risponde non solo alla spinta naturale del proseguire la specie, ma anche, soprattutto in passato, alla necessità pratica di avere risorse per coltivare la terra, allevare il bestiame ed avere maggiori probabilità di sopravvivenza per la famiglia. Nell'epoca contemporanea, tuttavia, i figli sono diventati più un costo che una risorsa e diventare genitori sembra spesso rispondere più ad un bisogno evolutivo individuale. L'investimento narcisistico sul figlio risulta evidente nell'era moderna. A controbilanciare un atteggiamento volto al controllo delle nascite tramite contraccezione ed un rifiuto, a volte, della genitorialità anche attraverso l'aborto, si sono sviluppate tecniche che consentono di diventare genitori "ad ogni costo". La scienza, infatti, ha messo a disposizione procedure avanzate per la procreazione medicalmente assistita, come risposta al bisogno delle coppie infertili di realizzare anch'essi il progetto familiare attraverso la presenza dei figli. La nascita di un figlio rappresenta la speranza e l'occasione per vivere sentimenti affettivi gratificanti, per arricchirsi e crescere, per permettere una maggiore coesione della famiglia poiché sancisce un legame indissolubile tra i partner o per rivivere e riscattare la propria storia personale (Binda W., 1985).

A supporto di quanto sopra, teniamo a riportare alcuni casi particolarmente significativi che abbiamo preso in carico durante i percorsi “GENITORI IN SOSPEO” di questi anni.

Una paziente, che a causa dell’attività lavorativa del marito trascorrevva molto tempo in solitudine a casa, percepiva, nell’eventuale futura presenza dei figli, un’occasione per avere rapporti affettivi maggiormente gratificanti e che rinsaldassero anche la scelta matrimoniale.

Un altro paziente lamentava, in virtù dell’assenza di figli, il mancato riconoscimento della propria maturità da parte dei propri coetanei adulti e quindi veniva tacciato di vivere una vita spensierata, da “giovane”, piuttosto che da persona responsabile.

In molti casi osserviamo nel quotidiano una diffusa presenza di preconcezioni squalificanti verso persone che non hanno figli, ingiustamente considerate incapaci di comprendere alcune situazioni o di agire conseguentemente, poiché “non ancora madri/padri” e quindi in un certo senso senza un bagaglio di esperienza diretta della “vera” responsabilità.

I vissuti di inadeguatezza e frustrazione subiscono un’ulteriore ingravescenza, quando entrano in contatto con il mondo virtuale. Se in passato le coppie si confrontavano nel paese di residenza con amici e familiari, ora il mondo virtuale apre uno scambio più ampio. Spesso le relazioni affettive, i momenti intimi, la gravidanza e i figli vengono esposti alla “società virtuale” attraverso una vetrina in attesa di commenti e giudizi con l’obiettivo inconsapevole di confermare l’immagine di sé, attraverso legami online che non hanno le caratteristiche della profondità relazionale della vita quotidiana. Questa sovraesposizione potrebbe aumentare il vissuto negativo delle coppie che non riescono ad avere figli, in quanto spesso le immagini “postate”, come tipicamente accade nei social, sono ricche di elementi in apparenza positivi e le vite degli altri, nella vetrina virtuale, appaiono perfette e complete. Mentre si usufruisce dei social risulta difficile non relativizzare ciò che si guarda, confrontarsi e sentirsi inadeguati, in quanto il web solletica il bisogno di “essere visibile” agli occhi degli altri. Citando Thomas Leoncini (Bauman Z. e Leoncini T., 2017) «...il rapporto fama-web crea un meccanismo di amplificazione della modernità liquida⁴ stessa: un ricco buffet stracolmo di prelibatezze che fa venire l’acquolina in bocca. (...) Oggi tutti hanno almeno dieci minuti di celebrità nella loro vita: basta mettere la data di nascita sul proprio profilo Facebook e quel giorno, ogni anno, ci si riempie di notifiche pubbliche» (p. 79). L’esposizione ai successi, ai beni materiali, alle relazioni affettive positive che le persone postano sui social, come per esempio Facebook, contribuirebbe ad attivare la competizione tra gli utenti con conseguenti vissuti di invidia che possono esporre ad un maggior rischio di sviluppare sintomi depressivi (Tandoc Jr. E.C., Ferrucci P. e Duffy M., 2014).

Inoltre, a fianco di una crescente incertezza nelle relazioni affettive, nella progettualità di vita e nella realizzazione del proprio futuro si osserva nella nostra società contemporanea, occidentale, un periodo di benessere

⁴ Il riferimento è al concetto di società liquida attraverso cui Zygmunt Bauman ha spiegato la post-modernità. La società moderna ha abbandonato gradualmente la struttura sociale della comunità orientandosi sempre più verso un approccio individualistico. Questo ha prodotto progressivamente la tendenza a vivere l’incertezza come una condizione permanente, soprattutto nelle relazioni affettive.

economico, sociale e sanitario in crescita che può spingere erroneamente all'illusione che qualunque problema possa essere risolto. Come osservano Onofri, La Rosa e Dantonio (2015b) «i progressi nelle tecnologie hanno dato all'umanità un maggior senso di controllo» (p. 64). Tuttavia, la presenza di tecnologie mediche avanzate a cui ricorrere, per esempio, se da un lato permette di fronteggiare un numero sempre maggiore di patologie, dall'altro produce un vissuto di continua oscillazione tra speranza e disperazione quando ci si trova di fronte agli ostacoli, più o meno grandi, della vita quotidiana. A causa di ciò, gli imprevisti rispetto alla proiezione di sé nel futuro sono sempre meno tollerati, così come l'incertezza intrinseca ad alcuni eventi che restano per natura poco prevedibili. Nella società contemporanea anche la perdita di contesti di pensiero e valori condivisi, come per esempio la religione, hanno reso più faticoso attribuire significato a quegli eventi che riportano ad un senso di mancanza di controllo, sia sul presente che sul futuro. Abbiamo tutti sperimentato questo aspetto con l'arrivo del virus Covid-19 nel 2020 e con la messa in campo delle misure atte ad arginarne la diffusione. A partire da queste considerazioni, possiamo osservare come a livello educativo, culturale e sociale anche l'infertilità e la sterilità subiscano questa tendenza. Infatti, vengono poco considerate nel loro impatto psicologico come tristi, ma realistiche possibilità, che possono far parte della vita di una coppia che si appresta a "fare famiglia". La scotomizzazione di questa naturale, seppur non frequente, condizione è amplificata ancora di più dalla possibilità di intervenire attraverso un percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA) che sia omologa, con i gameti della stessa coppia, o eterologa, utilizzando gameti di donatori al di fuori della coppia. Per quanto l'esistenza di nuove tecnologie mediche possa fronteggiare sul piano pratico la problematica dell'infertilità, non ne risolve la portata psicologica che può avere per il singolo e la coppia, anche nel caso in cui la gravidanza si realizzi. Al contrario, l'impatto emotivo per le coppie che si accostano all'adozione è maggiormente considerato, in parte perché forse è più intuitivo comprenderne la complessità in termini di scelta, di processi di filiazione e di genitorialità e in parte perché è una genitorialità sulla quale si è già molto dibattuto ed è stata regolamentata da più lungo tempo. Come riporta Margherita Riccio (2017), le tecniche di fecondazione assistita rappresentano un progresso, ma non dobbiamo dimenticare il rischio che esse possano diventare uno strumento per «fagocitare oggetti senza dar loro il giusto valore» (p. 29), come suggerisce il consumismo della nostra società contemporanea. La scienza affianca una possibilità ad un corpo che sta vivendo un'impossibilità, rendendo anche il relativo processo di elaborazione del lutto più tortuoso e complesso.

Quindi, la società contemporanea, per le sue aspettative in ottica possibilistica, per gli strumenti di condivisione e i progressi in ambito medico, rappresenta un contesto che potrebbe amplificare i vissuti di sofferenza che accompagnano l'infertilità e la sterilità, ostacolandone il processo di contenimento. Con tale premessa, pur sostenendo gli aspetti positivi di possibilità, potenzialità, cura e benessere presenti nell'utilizzo di nuove tecniche mediche, nelle caratteristiche della società contemporanea e nella diffusione dei social media, vogliamo evidenziare in termini sistemici come sia importante considerare il contesto contemporaneo una variabile

correlata al benessere delle coppie che affrontano il dolore per la propria infertilità o sterilità.

1.2 La Legge in Italia⁵

L'infertilità e la sterilità in quanto patologie hanno spinto l'essere umano a cercare delle soluzioni atte ad assicurare il diritto alla salute riproduttiva. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita rispondono a tale esigenza e vanno inevitabilmente inquadrare nell'ambito di un trattamento sanitario vero e proprio.

In ogni vicenda procreativa plurimi sono però gli interessi in gioco: il diritto alla salute riproduttiva; il diritto alla libertà di decidere non solo se procreare, ma anche come; i diritti in capo al nascituro e al nato da PMA. Da qui la necessità di un intervento legislativo.

L'Italia è stata tra gli ultimi Paesi in Europa a dotarsi di una legge. Nel 2004, dopo due anni di discussioni in Parlamento, è stata approvata la Legge n. 40 che, nel suo impianto originario, ha chiaramente inteso dare accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita come rimedio ad una condizione patologica ed in tal modo il diritto alla salute è stato senz'altro ampliato oltre la dimensione biologica.

Anteriormente all'anno 2004, la fecondazione assistita era regolata da Circolari e Ordinanze Ministeriali (Riccio M., 2017).

La Corte Costituzionale è intervenuta sulla L. 40/2004 con le pronunzie 151/2009, 162/2014 e 96/2015: tutte hanno rilevato una violazione dell'art. 32 della Costituzione⁶.

Il primo nodo della legge n.40 ha riguardato la tutela alla salute della donna: il divieto di crioconservazione degli embrioni comportava l'obbligo dell'impianto in utero di tutti gli embrioni fecondati, al massimo tre e non vi era la possibilità di diagnosi pre-impianto. Non ci è difficile immaginare come tale direttiva fosse potenzialmente compromettente per la salute della donna, ma anche per quella dei nascituri. Così, nel periodo antecedente la sentenza della Consulta, si è assistito ad un fenomeno denominato «turismo procreativo» (Riccio M., 2017 p. 41) che portava le coppie infertili e sterili a cercare una gravidanza in Paesi in cui le leggi fossero meno restrittive che in Italia. Nel 2009 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'obbligo di un unico e contemporaneo impianto degli embrioni fecondati, così di fatto caducando il divieto di crioconservazione. In sostanza, è stata riconosciuta l'autonomia e la piena responsabilità del medico di decidere, con il consenso dei pazienti, quanti ovociti inseminare e quali operazioni attuare per la tutela della salute della donna (Visigalli, 2011).

Il secondo fondamentale intervento demolitorio della giurisprudenza costituzionale ha riguardato il divieto di fecondazione eterologa. Prima della legge n. 40, la fecondazione eterologa era consentita solo in centri privati; con la legge 40/2004 era stata assolutamente vietata. Nel 2014 la Corte

⁵ Ringraziamo l'Avv. Rosaria Cavallaro per il contributo alla stesura di questo paragrafo.

⁶ L'art. 32 della Costituzione Italiana cita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità del divieto di accesso alle tecniche di PMA eterologa, in quanto posto in violazione del diritto costituzionale fondamentale da cui prende ispirazione la legge, ovvero il diritto di autodeterminarsi che si sostanzia anche nel diritto di diventare genitori. Il concetto di salute prevalente, in questo caso, è la salute psichica, in quanto la difficoltà di avere figli e formare una famiglia può incidere sfavorevolmente sul benessere psicologico dell'individuo e della coppia (Riccio M. 2017).

Il terzo contributo dato dalla giurisprudenza costituzionale ha riguardato la tutela delle coppie fertili portatrici di malattie geneticamente trasmissibili. Fino al 2015, queste coppie sono state escluse dalla possibilità di accedere alla PMA, stante il divieto di diagnosi pre-impianto. Giova ricordare che, con sentenza 28.8.2012, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo aveva condannato l'Italia in quanto il predetto divieto violava il diritto al rispetto della vita privata e familiare sancito dalla Convenzione Europea dei diritti dell'uomo (articolo 8). La Corte Costituzionale nel 2015, dichiarando l'illegittimità dell'articolo 1, commi 1 e 2, e dell'articolo 4, comma 1, della Legge n. 40 è addivenuta ad un bilanciamento tra la tutela del nascituro potenzialmente esposto allo sviluppo di gravi malattie e a quella della donna potenzialmente esposta al trauma di aborti reiterati.

Possono sottoporsi a trattamenti di PMA tutte le coppie eterosessuali e maggiorenni, in passato solo coniugate, oggi anche stabilmente conviventi, per le quali l'infertilità o la sterilità siano state accertate e certificate, da un medico competente, a prescindere dal fatto che la causa sia o meno riconoscibile (Tomasi, 2014).

La questione della regolamentazione della procreazione medicalmente assistita, non è argomento semplice in quanto richiama immediatamente un aspetto relazionale, quello tra genitore e figlio. La riflessione costante va condotta, dunque, sulla comparazione ed il bilanciamento del diritto dei genitori e del diritto del figlio. La crioconservazione e la PMA eterologa sono le tecniche che più di altre stimolano ulteriori approfondimenti sia sul piano del diritto costituzionale che sul piano etico.

La crioconservazione degli embrioni consegna ai genitori la responsabilità di deciderne il destino: nella realtà, molti embrioni giacciono in stato di abbandono nei congelatori. Da un punto di vista legislativo la questione è aperta ed irrisolta. Non sono mancati interventi della giurisprudenza di merito. A titolo esemplificativo, si cita il caso di una donna di cinquant'anni, vedova, a cui il Tribunale di Bologna ha riconosciuto, con ordinanza 16.01.2015, il diritto di trasferire in utero gli embrioni che erano stati crioconservati prima dell'entrata in vigore della legge 40/2004 (Penasa, 2015). Significativo anche il caso di una donna che è stata autorizzata, senza il consenso dell'ex coniuge, ad impiantare in utero gli embrioni che erano stati crioconservati prima della separazione della coppia (Ordinanza del Tribunale di Santa Maria Capua a Vetere 11.10.2020, confermata a seguito di reclamo con provvedimento 27.01.2021; Falanga, 2021).

La legittimità al ricorso alla PMA eterologa in Italia, risponde all'urgenza di intervenire rispetto alla prassi ormai invalsa di ricorrere all'eterologa presso Paesi esteri. In linea di principio si fa prevalere il diritto degli adulti di diventare genitori, su quello del futuro nato di avere genitori affettivi che siano anche genitori biologici, tutelando anche il diritto all'anonimato del

donatore. La legge rispetto alla privacy del donatore e al diritto del soggetto, nato da dono di gameti, di conoscere le proprie origini biologiche, non è omogenea nei diversi Paesi. In Italia il Legislatore non si è ancora pronunciato sulla possibilità, da parte del figlio nato da PMA eterologa, di accedere per diritto all'identità del donatore. La divulgazione al figlio da parte dei genitori, o dello Stato, dell'utilizzo di un dono di gameti per il concepimento non è sancita da alcun obbligo di legge. L'assenza di una normativa più completa nell'ambito della PMA eterologa in Italia, contribuisce a mantenere un certo tabù sociale di fronte all'utilizzo di tale tecnica di procreazione con i conseguenti risvolti psicologici faticosi per le famiglie e per i nati da dono di gameti. Tuttavia, tali aspetti andrebbero maggiormente dibattuti e studiati in modo da poter sviluppare una maggior consapevolezza sociale e politica sul tema (Penna T., 2021).

La questione è complessa e l'aspetto relazionale tra genitore e figlio, che vi è implicato, pone diverse questioni etiche di non facile soluzione. Probabilmente, come psicoterapeuti, il nostro lavoro potrebbe idealmente tendere a far coincidere sempre più il diritto di diventare genitori con la responsabilità di esserlo. Attraverso la presentificazione dei risvolti emotivi, intrapsichici e relazionali della progettualità genitoriale, si potrebbe favorire un processo di sviluppo di maggior consapevolezza nei pazienti, con diagnosi di infertilità e sterilità, rispetto a quanto stanno affrontando e a ciò che sentono di poter sostenere emotivamente come individui e come coppie.

2. RISVOLTI PSICOLOGICI

Il dolore psicologico per la difficoltà o l'impossibilità di avere un figlio, quando lo si desidera è innegabile proprio perché, come abbiamo premesso, è un aspetto legato a molteplici fattori: fisiologici, affettivi, evolutivi, indentitari, esistenziali e sociali. La diagnosi di infertilità o sterilità rappresenta un momento di shock che per alcuni pazienti può essere paragonabile ad un vero trauma. In generale, non è difficile immaginare come il piano progettuale individuale e della coppia venga scombuscolato e si inizi a sperimentare un senso di impotenza, mancanza di controllo, tristezza e perdita di senso rispetto alla propria vita. Come illustreremo, la gravosità del vissuto è legata a diversi fattori e la diagnosi di infertilità può divenire anche un momento che riattiva dei vissuti traumatici anteriori alla condizione di infertilità o sterilità. Il trauma psichico è l'esperienza soverchiante che impatta sulla capacità dell'individuo di adattamento (Herman J.L., 1992, ed. 2005) e alcuni pazienti vivono la diagnosi di infertilità o sterilità con questo carico emotivo.

Una coppia di pazienti, che parteciparono ad uno dei gruppi "GENITORI IN SOSPESO", portò come estremamente faticoso dare significato all'impegno quotidiano nel lavoro. I soldi guadagnati avevano perso il valore affettivo di essere investiti in un progetto familiare. Diventò faticoso anche vivere in una casa molto spaziosa, che i due avevano acquistato ed arredato nella prospettiva di una famiglia numerosa.

Osservando le fasi del ciclo di vita familiare (Scabini E., 1985 p. 111) la nascita dei figli, dopo la costituzione della coppia, è la fase in cui si aprono i confini della diade coniugale e si ristrutturano le relazioni con le famiglie

d'origine, superando la barriera gerarchica intergenerazionale e favorendo maggiore intimità tra le prime due generazioni. La mancanza di filiazione rende più difficile questo passaggio altrimenti fisiologico e naturale. Anche la prospettiva futura si connota di incertezza e senso di vuoto, non potendosi immaginare come coppia indissolubilmente legata dalla presenza dei figli nell'impegno di crescerli, di condurli all'autonomia e di prepararsi ad una vecchiaia insieme, uniti dal progetto familiare che ha scandito lo scorrere del tempo.

2.1 Infertilità, sterilità ed “elaborazione del lutto”

Quando ci confrontiamo con pazienti che sono portatori di sterilità ed infertilità, possiamo osservare la presenza di reazioni emotive e fisiologiche finalizzate ad elaborare lo shock o il trauma di una condizione inaspettata. Coloro che sono portatori di sterilità si trovano di fronte al compito di elaborare, sia individualmente sia come coppia, un lutto tangibile, inequivocabile, relativo all'impossibilità di avere figli naturali dalla relazione. Coloro che si trovano nella condizione di una diagnosi di infertilità si trovano, invece, a doversi confrontare con la minor probabilità di avere figli naturali dalla relazione, ma non con un'impossibilità. Questa condizione produce un maggior stato di incertezza che rende più faticoso e lungo il processo di elaborazione. Il lutto che le coppie con infertilità si trovano a dover affrontare è quello della mancanza di controllo più che dell'impossibilità di avere figli. Infatti, alcune coppie arrivano a concretizzare successivamente il desiderio di una gravidanza in modo naturale o con l'intervento medico. L'infertilità idiopatica, senza cause apparenti, produce un vissuto ancora maggiore di incertezza. Abbiamo colto dalle storie dei nostri pazienti come, all'aumentare dell'incertezza, aumenti anche il tempo necessario per elaborare il lutto di non poter aver controllo sul proprio corpo e sul futuro.

La diagnosi di infertilità e sterilità ha come effetto una prima reazione di negazione, di estraniamento, di incredulità, vissuto soprattutto dalla donna. Questa risposta può essere paragonabile alla prima fase del lutto descritta da Bowlby (cit. in Holmes J., 1993). L'intensità della reazione emotiva dipende sia da fattori anamnestici personali, sia dalla storia di coppia che dal tipo di diagnosi: più la diagnosi è orientata ad un quadro di sterilità, più la reazione di shock sarà intensa.

La seconda fase della perdita descritta da Bowlby è quella della ricerca dell'oggetto perduto. Le emozioni caratteristiche sono soprattutto di rabbia, ansia, frustrazione, vissuto di incomprensione da parte degli altri e invidia per chi non sta attraversando le stesse difficoltà di concepire. Questa fase può essere assimilabile ad un prima attivazione volta alla soluzione: un coping attivo orientato al problema (Onofri A., La Rosa C. e Dantonio T., 2015a). Le coppie tendenzialmente proseguono con la presa in carico medica, successiva alla diagnosi, affrontando i primi tentativi di PMA⁷. Si

⁷ Le tecniche di PMA prevedono la manipolazione di gameti al fine di incrementare la probabilità di concepire. Si distinguono in:

può arrivare ad avere eccessivo controllo di molti aspetti della vita quotidiana: la dieta, il lavoro, la sessualità, la programmazione delle vacanze. Tutto ha come obiettivo la realizzazione di una gravidanza. Persino l'avvio di un percorso psicoterapeutico per ridurre lo stress può diventare uno strumento con questa finalità ponendo, nello stesso, un'aspettativa molto alta e che esula dagli obiettivi di un lavoro introspettivo. Si può anche manifestare una sorta di ricerca ossessiva del centro di PMA con "le migliori cure", portando molti pazienti ad una sorta di "bulimia" degli interventi che possono coinvolgere centri in regime sanitario pubblico e anche privato, a volte anche in Paesi differenti. Alcune coppie possono cercare di avviare, nel timore di perdere tempo, anche il percorso adottivo.

Il mancato concepimento, successivo alle tecniche di fecondazione, porta ad uno stato di disperazione caratterizzato da vissuti di profonda tristezza, senso di colpa, inadeguatezza, impotenza e vergogna. Questa terza fase può essere parte di un processo di rivalutazione sollecitato dal confronto con la realtà (Onofri A., La Rosa C. e Dantonio T., 2015a). Ogni ostacolo alla realizzazione del progetto genitoriale può rigettare la coppia nello stato emotivo della disperazione e della tristezza che, in una fase più acuta, può diventare una costernazione costante. Tale vissuto può essere paragonato a ciò che una volta veniva definito "depressione reattiva", ovvero vincolata ad un evento specifico, poiché la realizzazione della gravidanza porterebbe la persona a raggiungere il benessere.

Può accadere che l'oscillare tra la seconda e la terza fase, caratterizzate rispettivamente da speranza e disperazione, porti ad un'escalation emotiva in cui il vissuto può diventare sempre più gravoso. È in questa fase di elaborazione che spesso le coppie si attivano per chiedere aiuto psicologico, essendo diventato insostenibile il fattore emotivo. Come sostiene Bowlby (cit. in Holmes J., 1993, p. 100) «l'opportunità per la scarica emotiva è un ingrediente essenziale in un lutto sano, dato che evita le manovre difensive richieste dalle emozioni inesprese».

L'esito più adattivo di questa condizione è l'ingresso in una nuova fase di elaborazione del lutto: quella di accomodamento, in cui si osserva una revisione di se stessi, della progettualità individuale e della coppia. La prognosi di un'elaborazione positiva favorevole è condizionata dall'accettazione, soprattutto femminile, dell'insuccesso procreativo, dall'apertura al confronto sociale e ad altri ambiti di realizzazione personale e da un atteggiamento positivo di fronte all'assenza dei figli che non sono vissuti come unica ragione di vita (Pasini W. e Mori G., 2015).

Ricordiamo il caso di Anna e Luca, una coppia giovane con una diagnosi di endometriosi piuttosto grave per lei, accompagnata da una riserva ovarica scarsa. I due erano in carico ad un centro di PMA e si stupirono quando, rivolgendosi al

-
- tecniche di primo livello in cui la fecondazione avviene all'interno del corpo femminile, avvalendosi del ciclo ovarico spontaneo o stimolato da farmaci: inseminazione intrauterina (IUI);
 - tecniche di secondo livello che si avvalgono di stimolazione farmacologica e successiva fecondazione in vitro: fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione in utero (FIVET), iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo e trasferimento dell'embrione in utero (ICSI);
 - tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi dalle vie seminali in caso di assenza di gameti maschili. (Pasini W. e Mori G., 2015 p. 15-16)

Servizio Minori competente per l'adozione, l'assistente sociale rispose loro di tornare una volta chiuso il percorso di ricerca della gravidanza tramite procreazione assistita. Sentivano bloccata ancora una volta la propria progettualità e questo li frustrava molto. In seguito al percorso di gruppo "GENITORI IN SOSPEO" e ad una presa in carico parallela della coppia, i due maturarono la decisione di intraprendere il percorso adottivo dopo aver chiuso quello di fecondazione assistita. Entrambi riuscirono a percepire la consapevolezza nella coppia di scegliere l'adozione, finalmente, come opzione più vicina alla propria genitorialità, alla propria progettualità e alla sostenibilità emotiva di questa scelta. Si resero allora conto di come il monito dell'assistente sociale fosse in realtà protettivo della loro stessa famiglia, finalizzato a far in modo che le loro decisioni fossero mature, consapevoli, solide e responsabili. L'adozione non era più un "modo come un altro" per diventare genitori, ma una scelta.

Alcune coppie riescono ad ottenere la gravidanza tanto agognata. Questo successo potrebbe arrivare dopo una fase di elaborazione della mancanza di totale controllo sulla procreazione, ma anche nella fase intermedia di oscillazione tra coping attivo e passivo caratterizzati da speranza e disperazione, come descritto precedentemente. In questo ultimo caso, non escludiamo che l'esperienza dolorosa dell'infertilità possa avere un impatto sullo stile genitoriale, che se per certi versi potrebbe essere molto attento e centrato sul bambino, per altri potrebbe orientarsi ad una richiesta eccessiva a se stessi di competenza genitoriale.

2.2 Infertilità, sterilità e stress

Quanto descritto nei precedenti paragrafi lascia intuire come l'impatto emotivo dell'infertilità produca alti livelli di stress nei pazienti. Dalle ricerche emerge che lo stress produce alterazioni fisiologiche importanti che possono avere un impatto significativo sul funzionamento generale del corpo. Il nostro sistema nervoso autonomo (SNA) controlla le funzioni degli organi interni e di alcuni muscoli attraverso il sistema parasimpatico e il sistema simpatico. In condizioni di benessere è soprattutto il primo a funzionare, tenendo a bada il secondo mediante il "freno" del nervo vago. Invece, in condizioni di stress si attiva maggiormente il sistema simpatico. Infatti, quest'ultimo entra in campo quando si sperimentano vissuti di rabbia, paura e tristezza ed è responsabile della secrezione di catecolamine e cortisolo, che hanno la funzione di accelerare il metabolismo e preparare fisiologicamente l'individuo a far fronte ad un pericolo percepito (Gottman J.M. e Gottman Schwartz J., 2018). All'aumentare dell'attivazione del sistema simpatico aumentano anche gli effetti che lo stress ha sul funzionamento del nostro corpo, in particolare sulla nostra capacità di acquisire nuove informazioni, sul cuore, sull'apparato digerente, sul sistema immunitario e tra le altre sulla funzionalità riproduttiva. Inoltre, è stato dimostrato come lo stress e l'infertilità stiano in un rapporto circolare e creino tra loro un circolo vizioso. L'infertilità, infatti, produce stress psicologico con il conseguente peggioramento del benessere dell'individuo sul piano sociale e coniugale; questo comporta un'alterazione del sistema endocrino e della fisiologia riproduttiva peggiorando ulteriormente la condizione di infertilità. Anche la ricerca di soluzioni all'infertilità e i programmi di intervento di PMA possono alterare significativamente la

quotidianità delle coppie producendo un certo grado di stress. Inoltre, le coppie infertili che sperimentano stress emotivo si incolpano per questo e tale vissuto non fa che peggiorare il livello di stress. (Jose S., 2016).

Alla luce di questo, quando interveniamo sul malessere legato all'infertilità e alla sterilità, non dobbiamo dimenticare i fattori di rischio per il benessere psicologico che solitamente esploriamo come psicoterapeuti in qualunque altra casistica. La buona salute della relazione di coppia è un aspetto fondamentale da considerare e ancora di più con questi pazienti, che portano alla luce una problematica che è specchio, proprio, di una progettualità di coppia. L'empatia e la vicinanza del partner, infatti, aumentano l'attivazione del freno vagale del sistema parasimpatico riducendo gli effetti dello stress.

A proposito della necessità di valutare il livello di benessere della relazione di coppia, aggiungiamo che in alcuni casi il sintomo può diventare elemento vantaggioso in una dinamica di coppia disfunzionale.

Emblematico è il caso di Giulia: si rivolse in privato per una presa in carico psicologica, rifiutando l'iniziale proposta di coinvolgere il compagno con il quale stavano affrontando un percorso di PMA. Nel corso dei colloqui emerse che i due vivevano distanti per motivi di lavoro e che non si erano sposati per ragioni poco chiare, apparentemente legate alle famiglie d'origine. I due proseguivano ad attivare numerosi tentativi di procreazione assistita, sia in ambito pubblico che privato, nonostante Giulia avesse rischiato pesantemente la propria salute in seguito ad uno degli interventi di PMA e non sentisse il pieno supporto emotivo del compagno. Quando Giulia, stremata, pose fine a questo continuo migrare, si fece avanti con più chiarezza la fragilità del loro legame affettivo. La progettualità di un figlio teneva unita la coppia e porre fine agli interventi di PMA voleva dire "guardare" al loro rapporto e metterlo in discussione.

Il caso di Giulia ci fa anche riflettere su quanto la gravidanza, ottenuta da PMA, non sia sempre esente dai rischi comuni che qualsiasi gravidanza può incontrare, provocando un trauma e un disturbo post-traumatico da stress che non fanno che gravare sulla salute della donna e della coppia.

Un altro aspetto fondamentale da considerare è la qualità delle relazioni che la coppia vive con le famiglie d'origine dei partner. La presenza di conflitti irrisolti, tensioni, segreti, ingerenze e dinamiche di invischiamento o disimpegno, può compromettere la salute della coppia e dell'individuo come accade per qualunque altra coppia. I livelli di stress possono aumentare se si aggiunge il carico emotivo prodotto dall'infertilità o dalla sterilità. La gestione delle comunicazioni, relative a queste diagnosi, nei confronti delle famiglie d'origine può essere informativa rispetto alle dinamiche di svincolo, sia che la nuova condizione provochi subbuglio ed ingerenze da parte dei parenti non arginate dalla coppia, sia che provochi nei partner vergogna, chiusura ed omertà sul tema anche nella relazione con i genitori ed i fratelli (Cotoloni G., 2021).

Paola alla presenza del marito ci raccontò quanto sarebbe stato importante per lei avere un figlio per rivitalizzare la propria famiglia d'origine. Lei era da sempre la figlia competente e allegra, quella che portava in casa novità. Il fratello era bloccato nel proprio processo evolutivo e i genitori erano molto sofferenti anche sul piano della salute fisica. La madre di Paola invitava spesso la figlia a fare nuovi ed ulteriori accertamenti sanitari rispetto all'infertilità, provocando in Paola un certo fastidio che

però restava inesperto. L'infertilità per lei non rappresentava solo la compromissione di un progetto coniugale, ma in modo più ampio coinvolgeva anche il piano delle sue relazioni con la famiglia d'origine, sentendosi responsabile della loro felicità. Questo aspetto non poteva che avere ricadute pesanti anche sulla coppia in quanto il marito Flavio si sentiva impotente ed incapace di realizzare il desiderio della moglie che vedeva nel loro futuro solo la nascita di un figlio.

In ultimo è fondamentale indagare la presenza di un disturbo post-traumatico da stress. Eventi traumatici di uno o entrambi partner possono, come riportato ampiamente anche in letteratura, produrre cambiamenti significativi, profondi e durevoli nella fisiologia, nelle emozioni, nella cognizione e nella memoria del soggetto traumatizzato. Tutte queste funzioni, integrate in condizioni di benessere, possono essere separate le une dalle altre producendo uno stato di vigilanza, allerta e irritabilità costante (Herman J.L., 1992). Il sistema nervoso autonomo è attivato costantemente sull'asse del sistema simpatico ed è facilmente intuibile come, un minimo stress possa produrre un'impatto significativo e distruttivo del benessere fisiologico della persona.

Per esemplificare meglio questo aspetto, citiamo il caso di Marta, una giovane donna in trattamento con PMA per infertilità. La frustrazione per la mancata gravidanza, la riportava all'impotenza verso un rarissimo cancro che l'aveva colpita alle ovaie in età prepuberale. La realizzazione di una gravidanza era per lei legata anche alla possibilità di sentire di aver vinto su quel terribile "nemico" che le aveva prodotto danni alla riserva ovarica, scoperti solo in età più matura. Non ci è difficile immaginare come lo stato di allerta e di stress di Marta fossero ai massimi livelli, con le conseguenze inevitabili sulla sua fisiologia.

Concludendo questo paragrafo, possiamo affermare quanto sia fondamentale la raccolta anamnestica per comprendere il vissuto dei nostri pazienti e i nodi da sciogliere. L'obiettivo è quello del miglioramento del loro stesso benessere che vada oltre alla problematiche dell'infertilità e della sterilità, seppur essendo strettamente legato.

2.3 Il vissuto femminile

Le donne appaiono le più sofferenti della coppia di fronte alla fatica di concepire. Al di là delle ipotesi della presenza di una differenza generale tra uomo e donna nell'espressione emotiva dovuta a processi di filogenesi e/o anche a questioni culturali, ci sembra più importante considerare alcuni aspetti pratici che coinvolgono la donna nel percorso verso una genitorialità. Se parliamo di infertilità, parliamo di una filiazione programmata e cercata. Il processo psicologico verso la genitorialità implica che una donna sia pronta a modificare in modo significativamente maggiore rispetto all'uomo, la propria vita almeno per i primi due-tre anni dell'eventuale figlio. La donna è colei che porta la gravidanza, che partorisce e che accudirà in modo più costante il bambino. Il suo corpo andrà incontro a cambiamenti notevoli e l'impegno in altri settori della propria vita, come il lavoro o gli interessi personali, subiranno una riduzione importante. Pertanto, il pensiero di una genitorialità implica, per la parte femminile, una riflessione piuttosto complessa e completa. Inoltre, il ciclo mestruale, attraverso i sintomi

dell'ovulazione e della mestruazione, mantiene la donna costantemente in contatto con il proprio corpo, con il desiderio del figlio e con la realtà del fatto che fatica ad arrivare. Difficile pensare che una donna che affronta l'infertilità riesca ad essere spensierata, qualunque età abbia. I vissuti più tipici delle donne riguardano un senso di incompletezza, mancanza di realizzazione, inadeguatezza di sé e del proprio corpo (Visigalli R., 2015) e senso di colpa rispetto al partner, soprattutto quando nella coppia sono le uniche portatrici di una chiara diagnosi di ipofertilità. In caso contrario, qualora sia l'uomo l'unico portatore di infertilità, la donna manifesta atteggiamenti di paziente attesa nella misura in cui sia visibile, a breve termine, una concreta e speranzosa possibilità di risoluzione del problema. Con il passare del tempo e con l'aumentare dell'età della donna, invece, si manifestano emozioni di rabbia e risentimento verso il partner, portatore di una condizione che la fa sentire vittima di una profonda ingiustizia. Questa convinzione, oltre ad una progressiva chiusura nei confronti del partner, anche sul piano dell'intimità sessuale, può esporre al rischio di sviluppare una sintomatologia ansioso-depressiva che può durare per un periodo di tempo piuttosto significativo.

2.4 Il vissuto maschile

Gli uomini che si confrontano con la difficoltà di procreare, in generale, vivono questa fatica con meno coinvolgimento emotivo delle compagne e mogli. Questo perché la genitorialità maschile non implica quel cambiamento fisico e quotidiano, imprescindibile per una donna in gravidanza. Tuttavia, anche gli uomini registrano significativi stati di stress e sofferenza. Più tipicamente possono sentirsi inadeguati verso gli altri maschi della propria famiglia d'origine poiché incapaci di portarne avanti la discendenza. Spesso si manifesta uno stato di apatia verso il lavoro ritenendo inutile accumulare un patrimonio che non avrà eredi (Visigalli R., 2015). Nella maggior parte dei casi è presente un forte senso di impotenza ed inutilità verso la compagna sofferente, sentendosi incapaci di darle conforto. Questo vissuto può connotarsi anche di senso di colpa, nel caso in cui sia l'uomo l'unico portatore della coppia di una diagnosi di infertilità organica.

Il senso di inadeguatezza può riguardare anche aspetti relativi alla propria personalità. La partner non cerca rassicurazione e protezione, ma più spesso vorrebbe riconoscere nell'uomo la sua stessa sofferenza. In generale, l'uomo esternalizza meno della partner i propri vissuti negativi, guidato dalla convinzione che l'espressione delle emozioni dolorose possa condurre ad una condizione psicologica peggiore. Nel momento in cui comprende che il vissuto della partner è legittimo e comune a tutte le donne che vivono la diagnosi di infertilità e sterilità, si concede di esprimere il proprio malessere, a volte anche attraverso un pianto liberatorio. Questa legittimazione produce un avvicinamento affettivo nella coppia che può condurre ad una ristrutturazione del legame attraverso il «potere sempre fecondo del dialogo» (Galliano D., 2020, p.131).

2.5 Vissuti e dinamica di coppia

La coppia sperimenta diverse emozioni a seconda della fase di elaborazione del lutto, per la perdita di un ideale di sé e della famiglia “funzionante” in pieno controllo della propria realizzazione. Possiamo osservare la sorpresa e la successiva negazione della diagnosi, la rabbia, il vissuto di ingiustizia, l’invidia, l’isolamento sociale, la vergogna, il senso di fallimento e inadeguatezza, la disperazione, la tristezza, la colpa e la solitudine. Generalmente si osserva nella coppia una certa lontananza emotiva tra i partner. Il figlio desiderato e assente è comunque onnipresente nella relazione e l’incertezza per la propria condizione mantiene la coppia in uno stato di attesa e di oscillazione costante tra vissuti di speranza e disperazione. Questo è il motivo per cui abbiamo deciso di chiamare il gruppo, che conduciamo e che abbiamo dedicato a questa tematica, “GENITORI IN SOSPESO”. La dinamica che si osserva è quella in cui la donna appare più sofferente e sente di non essere compresa dal partner, che dal canto suo adotta pensieri, parole e soluzioni piuttosto razionalizzate. «Il lutto ricorrente ad ogni mestruazione porta la donna a piangere insistentemente l’assenza del figlio. L’uomo la vede piangere e sta male. Ma non piange, anzi, nasconde il dolore: il nostro terribile retaggio culturale svaluta ancora oggi la debolezza maschile» (Galliano D., 2020, p. 130). Gli uomini si sentono impotenti di fronte alla sofferenza femminile e possono arrivare al punto di accusare le partner di avere gravi problemi psicologici. L’uomo mantiene una certa chiusura rispetto ai propri vissuti di sofferenza, sia per ruoli culturali acquisiti, che anche per non sovraccaricare la compagna già provata. I maschi, a volte, possono assumere un ruolo quasi periferico nella vicenda accondiscendendo facilmente le richieste della partner, pur di vederla serena. Alcuni possono sentire di non avere più una moglie al proprio fianco e possono richiedere di tornare a vivere la spensieratezza di coppia.

A supporto di questo, riportiamo i pensieri di un marito, Omar, che disse apertamente nel percorso di gruppo suscitando accordo negli altri mariti e compagni che desiderava avere una moglie accanto. Per lui il “piano A” era il rapporto con lei, non c’era un piano B.

A conferma di quanto l’assenza di prole possa diventare un’ingombrante presenza, sembra quasi di osservare le stesse dinamiche delle coppie nei primi anni di accudimento ai figli. A peggiorare la qualità della relazione tra i partner, si può presentare anche il senso di colpa e la colpevolizzazione del/della coniuge, come tentativo estremo di dare un confine ed un controllo alle numerose incertezze dell’infertilità. Alcuni fantasticano addirittura la separazione della coppia e la scelta di un altro partner, oppure il desiderio di lasciare libero il compagno o la compagna perché possa realizzare il progetto familiare con un’altra persona.

Questa dinamica e questi vissuti possono produrre, o aggravare, disfunzioni sessuali e rendere anche l’incontro sessuale un momento povero. «Nell’infertilità il rapporto sessuale è privato della spontaneità dalla rigida calendarizzazione dei rapporti nei giorni fertili e dalla finalizzazione alla procreazione, con una conseguente de-erotizzazione del rapporto sessuale» (Pasini W. 2015, p. 33). L’aspetto ludico dell’incontro sessuale si deteriora, con una ricaduta sul benessere della coppia ed anche sulla funzione riproduttiva, come abbiamo illustrato parlando della fisiologia dello stress.

La lontananza fisica e la conseguente riduzione del desiderio portano anche ad una progressiva “disconnessione emotiva” tra i partner che amplifica nei due il senso di solitudine e lo stress percepito. Fortunatamente, può accadere che alcune coppie recuperino la giocosità dell’incontro erotico dopo essersi affidati ad un centro di PMA; l’aspetto riproduttivo viene dissociato dall’atto sessuale e delegato fuori dalla coppia ad un team di esperti.

3. LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA

Le nostre emozioni di terapeuti sono elementi fondamentali da considerare quando accogliamo i nostri pazienti. L’incontro, infatti, ci mette in gioco come professionisti e come persone. Il nostro lavoro ci richiede sia di entrare in un’alleanza terapeutica intensa e autentica, sia di restare un po’ fuori dalla relazione con il paziente, per guardarla dall’esterno. L’oscillazione tra queste due posizioni ci permette di svolgere più efficacemente il nostro intervento (Cirillo S., Selvini M., e Sorrentino A. M., 2016, p. 176). La presenza di infertilità e sterilità suscita spesso anche nei terapeuti un vissuto di impotenza e frustrazione. Infatti, queste condizioni mettono in evidenza un problema prima di tutto concreto: la mancanza del figlio. Tale caratteristica potrebbe spingere ingenuamente i terapeuti a fare commenti orientati ad un certo senso pratico, come a volte accade ai parenti e agli amici delle coppie che, nel tentativo di alleviare la sofferenza, provocano in realtà maggiore stress. Ci riferiamo alle considerazioni basate su semplicistiche teorie iper-psicologiche legate all’infertilità e alla sterilità, come per esempio “ci state pensando troppo” oppure “quando non ci penserete il figlio arriverà”. Sicuramente sono suggestive quelle gravidanze che, a volte, si verificano quando la coppia ha elaborato il lutto di non poter esercitare pieno controllo sulla realizzazione del progetto genitoriale, oppure quando ci sono cambiamenti significativi nelle famiglie d’origine. In alcuni casi, osserviamo come possa realizzarsi una gravidanza quando la coppia sceglie di prendere appuntamento con un centro di PMA, o quando si avvia il percorso adottivo, o ancora dopo la realizzazione di un’adozione.

Una coppia, partecipante al percorso “GENITORI IN SOSPESO”, annunciò la gravidanza proprio nel periodo in cui la moglie aveva avuto un riavvicinamento emotivo con il padre che rappresentò un cambiamento significativo nel suo mondo relazionale e affettivo.

Come illustrato, i livelli di stress influiscono anche sulla fertilità. Tuttavia, non sappiamo con certezza in quale quota questo aspetto sia una variabile determinante in ogni coppia che incontriamo e quindi l’intervento, mirato a sottolineare una correlazione molto alta, risulta poco veritiero e poco verificabile. Come abbiamo già evidenziato nei precedenti paragrafi, l’effetto collaterale è quello di aumentare ulteriormente lo stress, facendo sentire le coppie in colpa per i propri vissuti. Per dirlo con una metafora cara a noi sistemici, sarebbe come ordinare ai nostri pazienti di essere spontanei, mettendoli al centro di una condizione paradossale: «essere spontanei ubbidendo a un ordine è tanto impossibile quanto dimenticare intenzionalmente qualcosa o scegliere di dormire più profondamente» (Watzlawick, 1983, p. 69).

Inoltre, i terapeuti possono sperimentare risonanze diverse a seconda del proprio vissuto personale. Spesso le coppie con infertilità e sterilità esprimono rabbia e invidia verso coloro che hanno avuto figli senza troppa fatica nel concepire. Nel caso di terapeuti, che siano anche genitori, si potrebbe verificare un certo disagio o addirittura senso di colpa, soprattutto se le gravidanze sono state realizzate senza fatica. Ci si potrebbe sentire indegni ascoltatori delle fatiche emotive dei pazienti.

Di contro, nel caso di terapeuti che stiano vivendo la stessa problematica delle coppie in carico, si potrebbe verificare un eccesso di identificazione. Il rischio è quello di non riuscire ad aiutare efficacemente i pazienti a lavorare nel migliorare la qualità delle relazioni sociali, sia all'interno della coppia, che con le famiglie d'origine e con gli amici dove possibile.

Infine i terapeuti, che abbiano vissuto la difficoltà o l'impossibilità di concepire e ne abbiano in parte già elaborato il dolore, potrebbero sperimentare una quota di fastidio nel permanere a fianco dei propri pazienti, in contatto con le emozioni di rabbia e tristezza. Questo potrebbe prematuramente orientare l'intervento psicoterapeutico a promuovere il passaggio verso fasi successive di elaborazione.

Concordiamo con quanto riportano Cirillo, Selvini e Sorrentino (2016) rispetto alla necessità di formazione ed autoconoscenza personale del terapeuta e di un lavoro costante di équipe, per monitorare le risonanze e il controtransfert che questa condizione suscita.

4. LA PRESA IN CARICO

La richiesta di consulenza psicologica o di psicoterapia non è sempre di coppia. Infatti, più spesso sono le donne a richiedere aiuto perché portatrici di un più visibile malessere, mentre gli uomini tendono ad assumere un atteggiamento più razionale verso l'infertilità. Non è sempre facile orientare la domanda ad un setting di coppia e quando è possibile ci sembra sia un fattore protettivo che favorisce l'elaborazione della sofferenza.

Per impostare meglio la presa in carico psicologica ci sono diversi fattori da considerare. Prima di tutto dobbiamo valutare la domanda e il momento in cui viene effettuata. Possiamo distinguere diversi tipi di richiesta e diverse motivazioni. La più comune, come abbiamo detto, è quella fatta dalla donna per esasperazione, eccessiva sofferenza percepita in sé e rispecchiata dal partner o eccessivo stress rilevato dall'équipe medica. Alcune coppie riescono a chiedere aiuto insieme per sostenere la fatica che vivono anche nella relazione. Dalla nostra esperienza clinica non abbiamo mai avuto richieste individuali da parte di soli uomini e ci sembra che la letteratura consultata confermi la scarsità di domande di questo tipo.

In generale, riteniamo importante lavorare sulla motivazione dei pazienti per comprendere quali siano le ragioni dell'invio a una consultazione psicologica e quali siano le aspettative. Potrebbe, infatti, verificarsi una dinamica anti-terapeutica che pone nel percorso psicologico la magica aspettativa di risolvere lo stress per ottenere la tanto desiderata gravidanza.

Il setting di coppia, rispetto a quello individuale, permette di ristrutturare a livello psicologico il pensiero relativo alla sofferenza che è della relazione e non del singolo. Si favorisce così da subito l'alleviarsi del vissuto di solitudine che, se non arginato, non fa altro che aumentare la sofferenza e lo stress.

Un altro aspetto importante da considerare riguarda il momento in cui si chiede aiuto. Saranno differenti i vissuti e le motivazioni dei pazienti che fanno richiesta prima di aver concluso l'anno di rapporti non protetti, da quelli dei pazienti con diagnosi certificata di infertilità. Fondamentale per trattare questa tematica è l'età dei pazienti. Più l'età si avvicina ai quarant'anni, soprattutto per le donne, maggiore è l'ansia e la frustrazione di non riuscire a realizzare la gravidanza. Il vissuto è proprio quello di aver poco tempo.

Come precedentemente scritto, anche il tipo di diagnosi è un fattore che ha un impatto differente sul benessere psicologico. La presenza di diagnosi più gravi aumenta il vissuto traumatico, la rabbia, la tristezza e l'urgenza di elaborare il lutto. Quelle meno gravi lasciano più spazio alla speranza e ad una maggiore attivazione verso azioni tese a risolvere il problema. L'infertilità idiopatica, invece, porta con sé un più profondo vissuto di incomprendibilità, confusione, staticità come "essere fermi sempre allo stesso punto" e colpa per le emozioni dolorose, poiché è proprio su questi pazienti che si concentrano maggiormente le teorie iper-psicologiche di cui abbiamo accennato in precedenza.

Altri fattori che riteniamo importanti da comprendere, riguardano le iniziative che la coppia sta adottando o valutando per far fronte al problema: gestione della sessualità senza presa in carico medica, procreazione assistita, adozione, miglioramento degli stili di vita e percorsi psicologici. Inoltre, anche la sfera della sessualità è un tema fondamentale da indagare per comprendere se ci siano problematiche legate alla dolorosa condizione, oppure se fossero già presenti prima della ricerca di un figlio. Infine, anche la dimensione sociale è una variabile da considerare nella presa in carico. L'infertilità e la sterilità sono vissute spesso con vergogna perché considerate come dei tabù. Ci sono coppie che non sentono di poterlo dire nemmeno alle famiglie d'origine. Questo aspetto apre molte riflessioni sul benessere della coppia e degli individui e sul coping sociale, che invece può essere funzionale per superare i momenti dolorosi.

4.1 Il setting di gruppo

Dalla letteratura sappiamo che esistono alcune esperienze, sia italiane che estere, di presa in carico di gruppo per le coppie che affrontano l'infertilità e la sterilità (Visigalli R., 2011; Visigalli R. 2015).

Il nostro interesse a organizzare dei gruppi per intervenire sulla sofferenza provocata dall'infertilità e dalla sterilità nasce non solo dal desiderio stesso dei pazienti di alleviare la propria solitudine, ma anche dal nostro intento di sensibilizzare la società nel considerare la tematica appartenente prima di tutto alla coppia e non unicamente al singolo. Nel 2016 quando venne proposto il gruppo per la prima volta, nel contesto bergamasco, non erano presenti iniziative di gruppo per coppie su questa tematica. Sembrerebbe un'attenzione scontata e banale, ma se pensiamo anche agli interventi sulla maternità, sono a volte purtroppo ancora rari i contesti in cui viene presa in carico la coppia. Ne sono un esempio i corsi pre-parto, spesso orientati al coinvolgimento delle sole donne in gravidanza e in cui la presenza del partner è relegata a uno o due incontri. Così anche per l'infertilità e la sterilità: il dolore psichico, maggiormente esternalizzato delle

donne, orienta spesso alla sola presa in carico femminile. Abbiamo constatato, invece, che l'infertilità e la sterilità comportano anche una ricorrente dinamica di coppia che può portare i partner a vivere una faticosa lontananza emotiva. La presa in carico di gruppo favorisce il rispecchiamento tra i partecipanti ed è più facile che essi stessi verifichino la ricorrenza di tale dinamica e stemperino la drammaticità che percepiscono nel proprio legame, normalizzando l'impatto emotivo e favorendone la rielaborazione. Per sintetizzare, possiamo dire che il setting di gruppo favorisce l'attenuazione del senso di vergogna, alimentando una dimensione sociale di comprensione ed accettazione di una dolorosa normalità. Le coppie a contatto con altre si rispecchiano e ritrovano sia aspetti di somiglianza che di differenza. Questa dinamica permette un maggior contenimento emotivo rispetto al setting individuale e a quello con la sola coppia. Ogni partner può riconoscersi osservando il partner omologo di un'altra coppia e può riuscire, attraverso l'empatia per gli altri, ad aggirare quelle difese individuali che possono giocare un ruolo disfunzionale nella propria dinamica relazionale. La dimensione del gruppo per coppie, mettendo in contatto sistemi familiari differenti, come accade nei gruppi multifamiliari (Canevaro A. e Bonifazi S., 2011), attiva la dimensione dell'alleanza tra pari in un momento in cui l'alleanza tra i partner è messa a dura prova dall'impossibilità di realizzare la filiazione. Secondo la nostra esperienza, la dimensione di alleanza tra coppie facilita la riattivazione di una rinnovata alleanza tra partner, con la conseguente possibilità di contrattare una nuova progettualità futura. Il contesto del gruppo, infatti, favorisce la riflessione profonda sulle proprie motivazioni, sulla genitorialità, sul significato che si dà alla possibile presenza o assenza del figlio, sul senso attribuito al legame tra i partner e ai progetti futuri. Citando Dondi (2018) «il gruppo si pone come strumento potente, che accelera processi e pensieri, restituisce occasioni di identificazione, permette consapevolezze ed elaborazioni che emergono solo nel confronto intimo e protetto della dimensione gruppale» (p. 194).

Riportiamo a titolo esemplificativo di questo processo l'insight che ebbe Carlo, un partecipante al nostro gruppo "GENITORI IN SOSPEO", che dopo aver osservato i lavori prodotti da tutte le coppie presenti disse: «Bisognerebbe riflettere sul concetto di mancanza; come si può sentir mancanza per qualcosa che non c'è ancora stato e che non so davvero come sia e se davvero mi mancherebbe?». Carlo mise in luce il compito che come coppie dovevano affrontare: l'elaborazione della perdita di un ideale più che di qualcosa di concreto.

Questo genere di intuizioni si presentano più velocemente e più vividamente all'interno di un confronto di gruppo che in setting individuali o nel lavoro con le sole coppie. L'infertilità e la sterilità, essendo condizioni che possono presentarsi in fasi di vita diverse e per periodi più o meno lunghi, si prestano ad essere affrontate da molteplici punti di vista. Potrebbero essere organizzati gruppi con differenti target: coppie che hanno ricevuto da poco la diagnosi; coppie che cercano un sostegno dopo aver concluso la presa in carico della PMA; coppie che hanno iniziato un percorso adottivo; coppie con diagnosi di sterilità; coppie che hanno concepito con PMA omologa o eterologa e che sentono la necessità di rivedere la propria fatica alla luce della presenza concreta del figlio.

Nei nostri gruppi, per scelta, accogliamo coppie che più spesso hanno avuto una diagnosi di infertilità da poco tempo, stanno vivendo l'oscillazione tra controllo ossessivo e disperazione e frequentemente, ma non sempre, stanno affrontando un percorso di PMA. Il clima emotivo, riportato da queste coppie, è soprattutto relativo alla precarietà della propria condizione e all'altalena continua tra sensazioni contrastanti.

A rinforzare questo concetto ci viene in aiuto una metafora utilizzata da Laura, un'altra paziente del nostro gruppo, che scelse tra le carte Dixit per rappresentare il proprio vissuto l'immagine di un personaggio che cerca di raggiungere un fiore posto in un punto più alto rispetto a lui. Il personaggio si protende a prenderlo poggiando i piedi su oggetti accatastati in modo malfermo.

L'obiettivo del nostro intervento è quello di permettere ai partecipanti di «ascoltare il flusso interno di emozioni e pensieri» (Dondi A., 2018, 196) ed il contesto del gruppo amplifica questo movimento più del setting individuale e di coppia. Questo proposito favorisce nelle coppie la nascita di un intento nuovo nell'occuparsi di sé e della relazione che facilita l'interruzione di un circolo emotivo negativo, aiutando i nostri pazienti a maturare strumenti più adattivi per affrontare le difficoltà che stanno attraversando. Il lavoro si basa sulla promozione di una connessione cooperativa all'interno del legame di coppia e nel gruppo. Si attiva così anche una dimensione sociale nuova che possa sostenere i partecipanti nel confronto e nella comprensione di se stessi, del partner e delle dinamiche con il proprio contesto familiare e amicale. A sostegno della nostra esperienza riportiamo alcune considerazioni scritte dai partecipanti in un questionario valutativo finale:

Il confronto con le altre coppie è stato il valore aggiunto di questo percorso. Mi ha permesso di riconoscermi negli altri partecipanti, di sentirmi supportata, ma soprattutto capita a pieno e profondamente».

Affrontare questo dolore, poterne parlare e dividerlo ci è stato di grande aiuto. Ci ha permesso di dare valore alla nostra coppia e ci ha reso capaci di affrontare il percorso della PMA con maggiore consapevolezza e serenità».

Reputo molto migliorata la relazione di coppia, in quanto il parlare e il confrontarsi con tutti i partecipanti del gruppo ci ha portato a sentirci più sereni e a capire che non eravamo soli. Anche grazie a questa serenità e alla scienza poi è arrivata Giorgia».

5. CONCLUSIONI

La vita familiare è scandita da alcuni passaggi importanti che rappresentano momenti di cambiamento e quindi fasi più esposte a crisi che comportano la modifica degli equilibri. La costituzione della coppia, la convivenza, il matrimonio, la nascita dei figli, l'adolescenza, l'accudimento alle famiglie d'origine, l'uscita di casa della prole, la menopausa e il pensionamento sono tutte fasi che segnano passaggi importanti nella vita di un individuo, della coppia e della famiglia. Ogni cambiamento richiede l'attivazione di risorse interne e relazionali per riorganizzare e ristabilire un nuovo funzionale equilibrio. Le diagnosi di infertilità e sterilità impattano su una fase di vita sensibile ai cambiamenti, quella della filiazione e proprio per

questo rappresentano variabili di forte scombussolamento sul piano individuale, della coppia, ma anche della relazione con le famiglie d'origine. Il contesto culturale, sociale e legale, la qualità del legame di coppia e la storia anamnestica individuale contribuiscono ad aggiungere elementi di ulteriore complessità che incidono sul vissuto dei pazienti.

Ci troviamo di fronte a coppie che dovrebbero vivere una normale fase di transizione, quella dalla coppia alla famiglia con figli, ma che viene loro ostacolata da una diagnosi inattesa. Trattare questa difficoltà senza qualche mappa, che ci aiuti ad orientare meglio l'intervento psicoterapeutico, porta con sé il rischio di concentrarsi eccessivamente sul sintomo aumentando di conseguenza l'exasperazione, la frustrazione e l'impotenza sia nei pazienti che nei terapeuti.

Riteniamo che la difficoltà e l'impossibilità di concepire possano essere condizioni osservabili da un'altra prospettiva: quella che ci consente di rilevarne prima di tutto il caos e l'instabilità che esse provocano su vari livelli della persona e delle sue relazioni. Esemplicando, prendiamo in prestito le parole di Cambiaso e Mazza (2018) relativamente alla teoria del caos e della complessità: «durante la fase di transizione l'instabilità del sistema lo rende estremamente sensibile a piccole sollecitazioni, in qualche modo soggetto all'effetto farfalla, e quindi imprevedibile nella sua evoluzione. E questo vale "sia nel bene sia nel male": questa instabilità rappresenta infatti anche una possibile risorsa dei sistemi in disequilibrio» (p. 39). In questo senso riteniamo che l'infertilità e la sterilità, più che rappresentare il problema da trattare, possano diventare occasioni di crescita ed evoluzione. Ci sentiamo di considerarle come delle finestre attraverso le quali abbiamo l'opportunità, insieme ai nostri pazienti, di esplorare l'interiorità dell'anima, rivedere risorse e fragilità al fine di fortificare l'identità, la relazione di coppia e la rete sociale con l'obiettivo di acquisire strumenti nuovi per superare le difficoltà della vita.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z., Leoncini T. (2017). *Nati liquidi. Trasformazioni del terzo millennio*. Sperling&Kupfer Editori S.p.A.
- Binda W. (1985). "Dalla diade familiare alla triade coniugale". In Scabini E., a cura di, *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: FrancoAngeli, pp. 175-201.
- Cambiaso G., Mazza R. (2018). *Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Canevaro A., Bonifazi S. (2011). *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*. Roma: Armando Editore.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016). *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cotoloni G. (2021). "Il concepimento in-possibile. Il supporto psicologico alla coppia infertile in fecondazione assistita". In *Ecologia della mente*, Vol. 44, n.2, pp. 200-215.
- Dondi A. (2018). *Siblings. Crescere fratelli e sorelle di bambini con disabilità*. Milano: Edizioni San Paolo.

- Galliano D. (2020). Quanto ti vorrei. Come la scienza medica ti aiuta ad avere un figlio. Milano: PIEMME.
- Gottman J.M, Gottman Schwartz J. (2018). The Science of Couples and family Therapy: Behind the Scenes at the Love Lab. WW. Norton & Company (trad it. di Paola Merlin Baretter: La scienza della terapia di coppia e della famiglia. Milano: Raffaello Cortina, 2021).
- Herman J.L. (1992). Trauma and Recovery. New York: Basic Books (trad. it. di Roberta Russo: Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo. Roma: Edizioni Magi, 2005).
- Holmes J. (1993). John Bowlby and Attachment Theory. Londra: Routledge (trad. it di Susanna Federici e Gianni Nebbiosi: La Teoria dell'Attaccamento. John Bowlby e la sua scuola. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994).
- Istituto Superiore di Sanità (2019). Fertilità. Testo consultabile al sito: <https://www.iss.it/web/guest/fertilita> Ultimo aggiornamento Dicembre 2021. Consultato a Marzo 2022.
- Jose S. (2016). "Vicious Cycle Between Stress and Infertility". South American Journal of Nursing Vol. Special Edition, Maggio: 1-6.
- Onofri A., La Rosa C., Dantonio (2015a). "Fenomenologia del lutto". In Onofri A., La Rosa C., Il lutto. Psicoterapia cognitivo evolutivista e EMDR. Roma: Giovanni Fioriti Editore, pp. 3-22.
- Onofri A., La Rosa C., Dantonio T. (2015b). "Fattori che influenzano il lutto". In Onofri A., La Rosa C., Il lutto. Psicoterapia cognitivo evolutivista e EMDR. Roma: Giovanni Fioriti Editore, pp. 43-64.
- Pasini W., Mori G. (2015). Nuove armi per superare l'infertilità. Aspetti medici, psicologici, sessuologici e legislativi nel mondo e in Italia. Milano: FrancoAngeli.
- Penna T. (2021). "Nati da dono di gameti: il diritto di accesso alle origini tra Cross Border Reproductive Care, pluralismo giuridico e genetica". BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto, n.1/2021. AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino. DOI:10.15168/2284-4503-735.
- Penasa S. (2015). "Tribunale di Bologna - ord. 16 gennaio 2015: autorizzazione all'impianto di embrioni congelati nel 1996". Testo disponibile al sito: <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pecta/Giurisprudenza/Tribunale-di-Bologna-ord.-16-gennaio-2015-autorizzazione-all-impianto-di-embrioni-congelati-nel-1996> Ultimo aggiornamento Giugno 2019. Consultato a Marzo 2022.
- Pozzobon C., a cura di (2015). "Cause e diagnosi di infertilità e tecniche di PMA". In: Visigalli R., Desiderare un figlio. Un sostegno psicologico per affrontare i trattamenti di fecondazione omologa ed eterologa. Milano: FrancoAngeli, pp. 35-51.
- Riccio M. (2017). La cicogna distratta. Il paradigma sistemico-relazionale nella clinica della sterilità e dell'infertilità di coppia. Milano: FrancoAngeli.
- Scabini E. (a cura di) (1985). L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo. Milano: FrancoAngeli.
- Tandoc Jr. E.C., Ferrucci P., Duffy M. (2014). "Facebook use, envy, and depression among college students: Is facebook depressing?". Elsevier in Computers in Human Behaviour 43 (2015), pp.139-146.
- Tomasi M. (2014). "Come è cambiata la legge 40 (2004-2017)". Testo disponibile al sito: <https://www.biodiritto.org/Dossier/Come-e-cambiata-la->

- legge-40-2004-2017 Ultimo aggiornamento a Luglio 2020. Consultato a Marzo 2022.
- Valanga V. (2021). “Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, prima sezione civile, ordinanza 27 gennaio 2021: è possibile usare gli embrioni crioconservati contro la volontà dell'ex partner”. Testo disponibile al sito: <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Tribunale-di-Santa-Maria-Capua-Vetere-prima-sezione-civile-ordinanza-27-gennaio-2021-e-possibile-usare-gli-embrioni-crioconservati-contro-la-volonta-dell-ex-partner> Consultato a Marzo 2022.
- Visigalli R. (2011). Sterilità e infertilità di coppia. Counseling e terapia psicologica. Milano: FrancoAngeli.
- Visigalli R. (2015). Desiderare un figlio. Un sostegno psicologico per affrontare i trattamenti di fecondazione omologa ed eterologa. Milano: FrancoAngeli.
- Watzlawick P. (1983). *Anleitung Zum Unglücklich-sein*. München: R.Piper & Co. Verlag. (trad. it. Franco Fusaro: Istruzioni per rendersi infelici. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1984).
- World Health Organization (2022). Infertility. Testo disponibile al sito: https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1 Consultato Marzo 2022.

NON DA SOLI NELL'ESPERIENZA DEL LUTTO

Patrizia Zanotti¹, Anna Frallicardi², Luisa Tripodi³

RIASSUNTO: La perdita di una persona cara costringe ogni individuo che ne fa esperienza ad affrontare un percorso di sofferenza. "Mai come quando amiamo prestiamo il fianco alla sofferenza, mai come quando abbiamo perduto l'oggetto amato o il suo amore siamo così disperatamente infelici" S. Freud (1929, p.219). In questo articolo presenteremo due percorsi di gruppo di sostegno rivolti a coloro che hanno vissuto l'esperienza della perdita di persone care. Inizieremo presentando il servizio dentro il quale abbiamo concepito e articolato il nostro intervento; passeremo poi a descrivere la fase di progettazione, e illustreremo la successiva nascita del gruppo e il suo sviluppo alla luce della metodologia di lavoro utilizzata. Accompagneremo, inoltre, alcuni concetti teorici con esemplificazioni dei contenuti espressi dai partecipanti al gruppo, evidenziando i fattori che promuovono una facilitazione dell'elaborazione dell'esperienza della perdita di una persona cara. Concluderemo, infine, formulando alcune considerazioni.

SUMMARY: The loss of a beloved person forces any individual experiencing it to face a path of suffering. "We never lay ourselves open to suffering as much as when we love; we are never so desperately unhappy like the time we have lost the object of our love, or its love" S. Freud (1929, p.219). This article will show the paths of two support groups dedicated to those who went through the loss of persons they loved. Firstly, we will introduce the department in which we conceived and articulated our action; we will then describe the planning phase, illustrate the founding of the group and its subsequent development on the basis of the work methodology employed. Moreover, we will support some theoretical concepts with examples of the contents expressed by the group participants and emphasize the elements which facilitate the processing of the loss of a beloved person. We will conclude with some observations on the matter.

PAROLE CHIAVE: lutto, terapia gruppo, accoglienza del dolore

INTRODUZIONE

Il lavoro illustrato è nato all'interno del Consultorio Familiare dell'ASST di Monza, un servizio socio sanitario integrato di base che promuove,

¹ Psicologa /Psicoterapeuta ad orientamento sistemico relazionale, Responsabile SSD Attività Consultoriale ASST Monza

² Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Cognitivo Costruttivista Relazionale

³ Psicologa, specializzanda in Psicoterapia ad indirizzo Sistemico Relazionale

attraverso interventi multidisciplinari, il benessere psicofisico degli individui, della coppia e della famiglia.

Un servizio che si occupa della famiglia seguendola nel ciclo di vita e che, acuito anche dalla pandemia, incontra sempre più persone che chiedono di essere aiutate ad affrontare il dolore per la perdita, voluta o subita di un legame: perdita del legame col compagno o coniuge, perdita della famiglia di origine, perdita della terra di origine, perdita del sostegno familiare nella fase delicata della nascita, perdita delle capacità procreative.

Quindi sempre di più gli operatori si sono gradualmente attrezzati per lavorare con le donne, gli uomini, le coppie e le famiglie con l'intento di favorire "la continuità dopo la rottura" nell'ottica della promozione del benessere psicofisico delle persone.

Come ricordano Lambruschi e Bettinali (2014 p.1) riprendendo Bowlby (1979) *"gli esseri umani sperimentano le emozioni più laceranti in situazione di costruzione, mantenimento e soprattutto rottura dei legami affettivi"*. Sempre gli autori ricordano che i lutti, intendendo le perdite assolute, *"sono i momenti in cui investiamo maggiori energie per mantenere la nostra coerenza interna, quindi il nostro senso di continuità"*.

Prima di condividere considerazioni di ordine sociologico e psicologico sul tema della morte, vorremmo però illustrare come è nato il progetto ideato da Patrizia Zanotti direttamente dalle parole dell'autrice principale di tale percorso: *"Vorrei però partire proprio da me stessa, cercando di integrare i vari sentimenti, pensieri, emozioni che ho vissuto durante la pandemia. In quella fase, e mi riferisco al periodo marzo - giugno 2020, così difficile e complicata, ho sperimentato nella quotidianità le ansie e le angosce di tutti: paura di ammalarmi, paura che si ammalassero i miei cari, paura nella gestione della relazione con pazienti che proprio in quel momento stavano molto male. Inoltre era mio compito prendermi cura degli operatori del servizio contenendo le loro comprensibili ansie. Durante lo svolgimento delle attività consultoriali, mi sono spesso confrontata con due poli contrapposti: la nascita e la morte."*

La nascita, perché seguivo le donne in gravidanza, le neo mamme che in questa fase vivevano ansie maggiori rispetto alla situazione pre-pandemica, si trovavano isolate e portavano esperienze, talvolta anche traumatiche, di parti vissuti senza il sostegno del partner.

La morte, perché al servizio telefonico online di emergenza, ho seguito persone che avevano perso o stavano perdendo i loro cari in maniera improvvisa, inaspettata e, in molti casi, senza la possibilità di salutare la persona cara e di stringerla tra le proprie braccia".

Nonostante i servizi del Consultorio Familiare si occupino del ciclo della vita della persona e della famiglia, con particolare attenzione alla nascita di una coppia, di un bambino in una famiglia biologica o adottiva, allo sviluppo di un adolescente, durante la fase di pandemia è stato possibile constatare quanto poco spazio venisse dedicato alla morte.

Questo forse accade perché gli operatori sono più spesso concentrati sulla possibilità di curare qualsiasi male. La specializzazione esasperata in ambito sia diagnostico che terapeutico ha concentrato le energie della medicina al curare e le ha sottratte al prendersi cura, concettualmente e fisicamente, favorendo il processo di estraniamento della morte dalla nostra quotidianità.

Il sapere sulla morte viene “perlopiù abbandonato alla contingenza delle occasioni in cui è necessario fare i conti con la realtà delle perdite” e questo tipo di atteggiamento, apparentemente destinato a non mutare, causa spesso e volentieri profonde angosce e grande imbarazzo durante il reale incontro con la morte (I. Testoni, 2015).

Alla luce di queste considerazioni, abbiamo quindi pensato ad un gruppo sul lutto tenendo conto non solo della cornice istituzionale del nostro servizio, ma anche di quella sociale e culturale che abbiamo citato. Pensare ad un gruppo sul lutto ha voluto dire riconoscere che il lutto non è solo un'esperienza individuale e privata ma anche sociale e culturale che coinvolge tutta la comunità con la conseguente necessità di ridistribuire il dolore, contenerlo e rispettare i tempi di elaborazione in modo da prevenire forme di disagio fisiche e psichiche che possono essere anche molto gravi. Bowen (1979) sottolinea come di fronte ad un lutto possa venirsi a creare una sorta di “onda di shock emozionale” che si diffonde intergenerazionalmente e favorisce il manifestarsi di disturbi psicopatologici nei suoi membri. Anche nella nostra pratica clinica è frequente incontrare pazienti i cui disagi emotivi sono legati ad eventi luttuosi non risolti. In particolare, nella fase perinatale, notiamo un riattivarsi di traumi legati alle perdite delle figure di attaccamento che hanno una ricaduta sullo stato psichico della gravida e della puerpera.

1. IL GRUPPO

Obiettivo del gruppo è reinserire l'esperienza del lutto nel corso dell'esistenza di ogni partecipante dandogli un nuovo significato, di crescita evolutiva, anche se parziale, coerente e condiviso con gli altri membri del gruppo.

Il gruppo si configura come un sistema con una sua storia che, pur restando sé stesso, si modifica in modo dinamico e flessibile e può essere un modello di cambiamento evolutivo per i membri che ne fanno parte. Si configura, inoltre, come risorsa che permette quegli scambi relazionali che legittimano il sentire e validano l'identità dei partecipanti.

I due gruppi sono stati condotti da noi [5], con il supporto di una collega esperta in terapia di gruppo che ha svolto un prezioso lavoro di supervisione [6].

Abbiamo realizzato il primo percorso online, il secondo in presenza.

1.1 Metodologia e funzione del conduttore

Nel gruppo il terapeuta promuove un'atmosfera non giudicante e un clima di leggerezza che faciliti la condivisione. Lavora quindi perché il gruppo funzioni rispettando i requisiti che lo devono caratterizzare, cioè offrirsi come luogo sicuro dove vige l'assenza di giudizio e la possibilità di condivisione delle esperienze.

Per garantire la neutralità il conduttore presta particolare attenzione al fatto che tutte le storie vengano accolte, formula le ipotesi sul come ognuno sta vivendo la propria situazione, favorisce le connessioni, riprende i punti di vista espressi dai componenti così che l'utilizzo dell'esperienza di uno

possa promuovere l'attivazione del cambiamento degli altri. Propone strumenti e metodologie attive che favoriscano la circolazione dei pensieri e la circolarità (confronto tra diversi punti di vista), l'ipotizzazione e il rispecchiamento (Selvini Palazzoli *et al*, 2012).

Il conduttore riconosce ai partecipanti un ruolo attivo nel dialogo, privilegiando domande e sollecitazioni in grado di favorire ipotesi su cui confrontarsi in un sistema collaborativo (Cambiaso e Mazza, 2021)

Attraverso le varie fasi del lavoro affronta progressivamente fatti, pensieri, emozioni e sintomi, affinché ogni partecipante possa compiere una prima rielaborazione e ristabilire una migliore comprensione dell'avvenimento (Cancrini, 2002).

1.2 Nascita del gruppo

Abbiamo predisposto una brochure che la nostra azienda ha pubblicizzato. In un lasso di tempo breve sono pervenute molte richieste. Tra queste vi erano persone già in carico al servizio per supporto psicologico e altre che sono venute a conoscenza dell'iniziativa tramite la brochure che è stata anche pubblicata sul giornale locale.

Abbiamo contattato telefonicamente le persone interessate per un breve colloquio e la conseguente stesura di una scheda di accoglienza, attraverso la quale abbiamo raccolto informazioni anagrafiche e relative alla perdita vissuta, utili alla formazione del gruppo.

Il primo gruppo era costituito da 11 persone; gli incontri sono stati 6 e si sono svolti, con cadenza settimanale, in modalità online nel periodo aprile giugno 2021.

Il secondo gruppo costituito da 9 persone, si è svolto in presenza, sempre con cadenza settimanale, è iniziato a novembre 2021 ed è attualmente in corso.

1.3 Composizione dei due gruppi

La composizione è omogenea per tematicità ed eterogenea sia dal punto di vista generazionale che di tipologia di perdita. Infatti, in entrambi i gruppi, tra i partecipanti alcuni hanno vissuto la morte di un coniuge, di un compagno o di un genitore, altri invece hanno subito perdite meno fisiologiche, come la morte di un figlio in giovane età o ancora sono presenti due giovani che hanno vissuto la perdita della mamma. Anche le modalità di morte sono diverse: alcuni cari sono deceduti dopo lunghe malattie e altri invece in maniera improvvisa per covid o altre patologie.

2. SVILUPPO

In entrambi i casi abbiamo dedicato il primo incontro alla presentazione e all'espressione e condivisione delle aspettative.

Ogni componente del gruppo ha avuto un proprio spazio per parlare della persona cara, raccontare la storia della perdita, far emergere il proprio vissuto dando voce al dolore in un contesto di ascolto empatico.

La maggior parte dei partecipanti ha espresso il desiderio di trovare conforto attraverso il confronto e il supporto di persone che stavano vivendo un'esperienza simile. Diversi sono stati i bisogni esplicitati, tra cui: *“non sentirmi sola in una bolla”*, *“vivere serenamente tutti i giorni per tornare ad essere una mamma per i miei figli”*, *“eliminare i sensi di colpa”*, *“poter tornare a pensare al mio amore senza piangere”*.

Intense e diverse sono state le emozioni circolanti: incredulità, tristezza, rabbia, senso di colpa. Questo ha evidenziato come ognuno dei partecipanti si trovasse in una fase differente del processo di realizzazione ed elaborazione della perdita.

Queste emozioni sono state amplificate anche dall'impossibilità, per molti, di stare vicini ai propri cari a causa delle restrizioni legate alla pandemia. Abbiamo pertanto restituito loro l'importanza di accogliere e legittimare i loro vissuti, normalizzandoli e inserendoli all'interno di uno spazio e un tempo individuale.

Grazie all'autenticità e alla trasparenza dei loro racconti, anche in noi operatrici sono risuonate tutte queste sfumature emotive, essendo allo stesso tempo contenitori di questi stati emotivi ma anche portatrici di propri vissuti personali, di storie fatte di separazioni e lutti che, inevitabilmente, fanno sentire parte del gruppo stesso.

Infine abbiamo concluso l'incontro chiedendo ai partecipanti di pensare a un'emozione, un sentimento o un ricordo spiacevole da inserire in una scatola simbolica o reale. Il senso di colpa, la rabbia, i mille perché, il sentimento di vuoto, le immagini della malattia e della morte sono state condivise e lasciate all'interno della scatola.

Nel secondo incontro, dopo aver ripreso e condiviso le emozioni emerse nel primo, abbiamo proposto un esercizio di posizionamento. Abbiamo utilizzato l'immagine di Banksy *“Girl with balloon”* aggiungendo una serie di ulteriori palloncini e abbiamo chiesto ai partecipanti di collocarsi idealmente o di persona in prossimità del palloncino con all'interno descritto il sentimento che riconoscevano come prevalente in quel momento: tristezza, disorientamento, rabbia, disperazione, malinconia, senso di colpa, lasciando loro la possibilità di esprimere un sentimento, nel caso non ci si fosse riconosciuti in quelli proposti.

Una volta collocati nello spazio, abbiamo sollecitato i presenti a raccontarsi rispetto al loro sentire.

Partendo dalle emozioni da loro riportate, abbiamo fatto un intervento di psico-educazione e presentato le diverse fasi di elaborazione del lutto facendo riferimento a diversi modelli teorici tra cui Bowlby, Elisabeth Kübler-Ross, Terese Rando (Testoni, 2015).

Abbiamo quindi parlato di un'iniziale fase di disorientamento, incredulità e confusione a volte accompagnata anche dal rifiuto dell'evento a cui può seguire un periodo caratterizzato da emozioni intense come la rabbia, il senso di colpa, la preoccupazione. La successiva graduale realizzazione della mancanza si accompagna poi a profonda tristezza, malinconia, senso di solitudine, disperazione e paura. Fase, questa, in cui ci si rende conto della irrimediabilità della perdita.

Abbiamo infine introdotto la proposta che ogni partecipante aprisse un dialogo interno con la persona persa, con l'obiettivo di poter integrare gradualmente l'evento della morte, all'interno della narrativa personale,

utilizzando energie evolutive per scrivere un nuovo capitolo della propria storia. Questa trasformazione, che abbisogna anche di tempo, ci porta a riconoscere che la realtà della morte, dopo averci reso tristi e disperati, può anche portarci emozioni agrodolci, che rendono la nostra vita più profonda.

Riprendendo le parole di Lambruschi e Bettinali (2014, p.3) *“quando un lutto è risolto la persona riesce a collocare nel tempo gli eventi dolorosi e pericolosi senza che questi influenzino ancora il funzionamento mentale e quindi il comportamento presente e riesce a trasformare i sentimenti negativi dell'esperienza in sentimenti più complessi (Crittenden, 1997)”*.

Nel corso di questo intervento abbiamo sottolineato quanto il dolore sia unico e individuale; non ci sono assoluti nel dolore, non ci sono reazioni universali che tutti devono sperimentare (Pesci, 2015).

Il dolore del lutto non è di per sé patologico e la sofferenza non è espressione di disagio psichico ma può diventarlo se il dolore non trova spazio di espressione.

Offrire un modello con cui potersi “rispecchiare” ha permesso loro di sentire legittimate le proprie emozioni come sane e congruenti e nel contempo di collocarsi all'interno di un percorso in cui è naturale procedere, ma ci si può permettere anche di regredire, recuperando il valore del tempo che aiuta a lenire il dolore.

In seguito abbiamo chiesto ai partecipanti di scegliere delle immagini, pensieri, poesie che rappresentassero il passato, il presente, il futuro, includendo la persona assente, con l'obiettivo di favorire la riorganizzazione della propria esistenza e di promuovere forme di contatto con la persona cara che dessero sollievo e conforto e che facilitassero la transazione dal passato al futuro. Questo è stato possibile in quanto i partecipanti hanno avuto la possibilità sperimentare lo “stare” insieme all'interno di queste aree emotive critiche.

In questo caso, molti dei presenti hanno rappresentato il passato come un periodo felice, anche attenuando eventuali criticità o malesseri, il presente come doloroso e centrato sul sentimento di vuoto e mancanza, il futuro come ancora impensabile. Hanno poi ricordato la persona mettendosi in contatto nel presente attraverso una foto, un'immagine, un pensiero, una poesia e/o una canzone. A partire da questa sollecitazione molti dei partecipanti hanno iniziato a riportare delle esperienze in cui sentivano maggiormente la vicinanza della persona cara, simbolicamente presente attraverso dei segnali o dei riti.

Ines ad esempio, racconta che per sentire più vicina la mamma e aiutare le figlie a mantenere vivo il ricordo della nonna, ha pensato ad un rituale, che consiste nell'affacciarsi alla finestra la sera con le bambine, guardare il cielo e parlare con la “stella di Baba” (la stella della nonna). Riporta come le bambine spesso abbiano avviato dei discorsi con la nonna, immaginando anche le sue risposte e imitandone la voce.

Marco invece riferisce di essersi sentito molto sollevato quando, durante la preparazione del pranzo, dal prezzemolo è spuntata una coccinella. Ha vissuto questo come un segnale inviato dalla moglie, che amava particolarmente questo animale.

Proseguendo poi nel lavoro, abbiamo chiesto ai presenti di dedicare alla persona cara un tempo e uno spazio personale *cercando di scrivere in una*

lettera al defunto, esprimendo ciò che avrebbero voluto *dirgli* e che non hanno detto.

Negli incontri successivi abbiamo condiviso questi scritti rispettando i tempi e la volontà di ognuno.

Questo lavoro ha permesso e favorito la realizzazione dell'assenza e promosso simbolicamente un saluto per le situazioni in cui *ai parenti* non era stato possibile essere presenti nel momento della morte.

3. LE PAROLE DEI PARTECIPANTI

Nel quarto incontro la signora Milena inizia dicendo che lei qui sta bene. Gli altri si inseriscono aggiungendo che questo è uno spazio loro e che quando si è qui si sta bene.

A questo punto, rileviamo un passaggio significativo della vita del gruppo: dall'essere qui per condividere un'esperienza dolorosa all'esserci in maniera globale, all'interno di un gruppo dove, oltre che di morte, si può parlare di vita. Permettersi di dire "io qui sto bene" significa anche legittimarsi nello stare bene nonostante l'assenza. Questo vorrebbe dire superare quel senso di "paura del tradimento" che in certi momenti si sperimenta perché si sta bene. Tale concetto viene ben rappresentato dalla signora Maria che esplicita "stare bene o essere contenta, in certi momenti, mi fa sentire di tradire mio figlio che non c'è più".

Nell'incontro avvenuto dopo il periodo natalizio, molti dei partecipanti hanno espresso il desiderio di ritrovarsi in gruppo dopo un lungo periodo di stacco, periodo, tra l'altro caratterizzato dall'incontro con un dolore più intenso per tutto quello che richiama il Natale.

In quel momento Milena introduce l'immagine della tavola imbandita del giorno di Natale in cui chiaramente la mancanza del coniuge era fonte di dolore. Quasi tutti i presenti si sono attivati su questo tema facendo emergere delle "fotografie" istantanee della loro tavola: Claudio descrive la tavola con ancora presente tutte le sere il piatto della mamma, Venanzio dice che quello è il momento più difficile perché l'assenza è tangibile, Rosa parla di fatica di stare a tavola e di prendersi cura di sé. Parlare della tavola imbandita ha permesso di entrare in contatto con la quotidianità di ognuno, di comprendere meglio il legame con la persona assente e al tempo stesso capire dove ognuno si collocasse rispetto alla elaborazione dell'assenza.

L'immagine della tavola che cambia nel tempo, esplicitata da Milena, ha inoltre permesso di introdurre il concetto del "divenire" della vita che ha viaggiato in parallelo con "il divenire" del gruppo.

I pensieri di Giacomo che dice "non sono pronto a lasciare questo gruppo, secondo me ognuno dovrebbe starci fin quando ne sente il bisogno", le parole di Beatrice che afferma "mi siete mancati e vi ho molto pensati in questo periodo", le frasi di Milena "io qui sto bene, sento che questa esperienza mi fa bene e ne sento ancora il bisogno" e Paola che aggiunge "solo qui si possono esprimere certe emozioni senza avere timore di essere giudicati" hanno confermato il pensiero di noi conduttrici del gruppo circa il fatto che sembrava prematuro per tutte e tutti chiudere questa esperienza. In sintesi abbiamo riscontrato una sinergia tra le istanze del gruppo e le nostre. Da lì è

nata l'idea di trasformare il gruppo da circoscritto nel tempo, come nella prima edizione, a gruppo aperto.

Nell'incontro successivo abbiamo pertanto proposto ai partecipanti la nascita di un gruppo stabile nel tempo con la possibilità di accogliere, secondo modalità ben definite, nuovi membri e preparare l'uscita delle persone che ritengono conclusa l'esperienza. Tutti i presenti hanno aderito al contratto presentato e ora ci si prepara per l'accoglienza di una nuova persona che ha chiesto di partecipare.

4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Tutte le culture accompagnano le stagioni della vita con tradizioni e riti sociali che si sono consolidati perché aiutano l'essere umano nella gestione di passaggi evolutivi, soprattutto quelli ardui e dolorosi. La nostra attuale cultura, mentre accentua e amplifica le emozioni proprie dei successi e delle competenze, occulta e misconosce quelle del fallimento e della perdita. Crediamo che nominare una proposta che contiene il termine lutto, offra già una possibilità a chi lo ha vissuto per legittimarsi nella sua esperienza, ineludibile, ma a volte non ancora comunicabile.

L'altro polo del titolo del lavoro "non da soli", ci parla della presenza di un'opportunità altrettanto preziosa, quella insita nel gruppo. Sappiamo che l'isolamento e le restrizioni della vita sociale che l'intera comunità (non solo chi ha perso persone care) ha patito durante la pandemia, l'hanno ancora più impoverita in quella funzione di riconoscimento e contenimento da offrire ai propri membri.

In questo lavoro abbiamo avuto la conferma che lo spazio del gruppo può proporsi come risorsa alternativa per favorire il processo di validazione relazionale che dà significato all'esistenza di ognuno di noi. Nel bilancio dei vari aspetti di questo lavoro, ci è parso forte e chiaro quanto sia efficace accogliere e "stare" con il dolore senza correre, senza pretendere di attutirlo o minimizzarlo.

Inoltre la presenza di persone eterogenee per età e ruoli diversi ha permesso al gruppo di esprimere, oltre alla funzione contenitiva e di rispecchiamento, anche un'altra grande risorsa: la capacità di accudire attraversando le generazioni e trasmettere la sua forza vivificatrice.

Ed infine

Per tutto c'è il suo momento, un tempo per ogni cosa sotto il cielo:
tempo di nascere, tempo di morire,
tempo di piantare, tempo di sradicare,
tempo di uccidere, tempo di curare,
tempo di demolire, tempo di costruire,
tempo di piangere, tempo di ridere,
tempo di lutto, tempo di allegria. (Qobelet 3 1-4)

BIBLIOGRAFIA

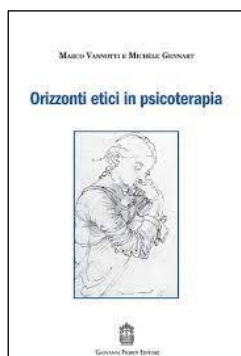
- Bowen M. 1979. *Dalla famiglia all'individuo*. La differenziazione del sé nel sistema familiare. Astrolabio, Roma.
- Bowlby J. 1979. *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, London. [Costruzione e rottura dei legami affettivi, Raffaello Cortina Editore, Milano 1982].
- Cambiaso G., Mazza R. 2021. *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*. Armando Editore, Roma.
- Cancrini T. 2002. *Un tempo per il dolore. Eros, dolore e colpa*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Corbella S. 2003. *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Corbella S., Girone R., Marinelli S. 2004. *Gruppi omogenei. Teoria e clinica del campo mentale omogeneo*. Borla, Roma.
- Costantini A. 2000. *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*. McGraw- Hill Italia.
- Freud, S. (1929). *Il disagio della civiltà*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1977
- Lambruschi F., Bettinali L. 2014. La funzione del lutto nel mantenimento della coerenza sistemica del sé. xv “Convegno Di Psicopatologia E Psicoterapia Post-Razionalista “Continuità, Cambiamento, Coerenza Sistemica E Complessità” Siena, Venerdì 23 Maggio 2014 <https://www.ordinepsicologitoscana.it/public/files/doc/files/000011/00001157.pdf>
- Kübler-Ross E. 1969. *On death and dying*. Macmillan, New York.
- Kübler-Ross E. 2006. *La morte è di vitale importanza*. Armenia, Milano.
- Pesci S. (2014). Sostegno psicologico e psicoterapia con il lutto e il lutto complicato. In <https://www.psicocitta.it/articoli-psicologi/345-lutto-terapia-sostegno-psicologico-3924.php>
- Pesci, S. (2015). Il Lutto e la sua elaborazione. In *Nuovi orizzonti*, XIV, luglio-dicembre.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (2012). “Ipotizzazione , circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta”. In *Terapia familiare*, 100, 211-225.
- Testoni I. (2015). *L'ultima Nascita. Psicologia del morire e “Death Education”*. Torino: Bollati Boringhieri.

Siamo grate di aver avuto il prezioso supporto di supervisione di Giovanna Grasso, psicologa e psicoterapeuta con formazione sui gruppi e sulle tecniche EMDR, lavora presso l'ASST di Monza.

Per approfondimenti rimandiamo a Corabella, 2003; Corabella et al, 2004; Costantini, 2000).

RECENSIONI

SAGGISTICA, NARRATIVA, ARTICOLI, FILM, TEATRO E VIDEO
Di oggi e di ieri



Marco Vattotti e Michèle Gennart
Orizzonti etici in psicoterapia
Giovanni Fioriti Editori, 2022
188 pagg.

Liliana Redaelli¹

Chi sceglie di intraprendere il lavoro di psicoterapeuta nutre un desiderio riparatore teso al ben-essere del paziente. La prima domanda che potremmo porci è se l'agire terapeutico è teso a fare il bene del paziente o del bene al paziente. Sottigliezza sintattica che apre a strade assai differenti rispetto alla visione dell'azione del terapeuta, del paziente e di ciò che è bene.

Nella prima opzione, fare il bene del paziente, l'articolo determinativo "il" suggerisce che ciò che è bene e ciò che non lo è pre-determinato. Il terapeuta appare come colui che agisce nei confronti del paziente a cui viene dato poco margine di parola rispetto a ciò che è bene, perché esso è inteso nella sua visione più aulica e assoluta. Provocatoriamente potremmo immaginarcela come un'idea che arriva direttamente impacchettata dall'iperurario!

Nella seconda opzione, fare del bene al paziente, il passaggio al complemento partitivo "del bene", sottende la soggettività del concetto di bene, la visione attiva e partecipe del paziente e la parzialità del nostro agire.

Innanzitutto, noi professionisti abbiamo una stessa idea di ciò che è bene? Se la visione certa e adamantina di ciò che è bene rassicura il terapeuta, la

¹ Psicologa e Psicoterapeuta

presa di consapevolezza che non esiste un'unica idea di bene apre sia all'inquietudine dell'incertezza che alla ricchezza della complessità.

In questa accezione linguistica l'introduzione del complemento di termina "al paziente", ridona dignità al paziente, che non è solo oggetto di cura, ma attivo protagonista.

Quando e in che misura l'idea di bene del professionista corrisponde con l'idea del paziente? Come è possibile parlare di bene quando il paziente non è vittima ma autore del male? Come coniugare il nostro desiderio di fare del bene quando il paziente rinuncia alle cure?

Di fronte a queste domande non sempre vi è accordo, anzi, è frequente il disaccordo!

Come è possibile dunque orientarsi se non vi è un'unica via ma un intreccio di vie?

Marco Vannotti e Michèle Gennart in questo libro ci accompagnano in un percorso verso il vivere bene con se stessi, con gli altri, all'interno di istituzioni giuste, ancorati in una realtà fisica e respirando un orizzonte di senso.

Tornando all'affermazione "fare del bene", questa frase ci confronta anche con la parzialità del nostro intervento. La nostra solerzia e dedizione verso il paziente, seppur generosa e onesta, sarà pur sempre un contributo circoscritto rispetto alle numerose esperienze di vita del paziente. Il nostro impegno verso il ben-essere del paziente non dipenderà solo da noi e da ciò che accade durante l'ora di terapia, ma anche da ciò che avviene fuori dalla stanza di terapia con altri soggetti: familiari, amici, professionisti e istituzioni.

Attraverso i capitoli il lettore può riflettere sulle sfide etiche che orientano il processo terapeutico sia nel contatto diretto con il paziente che nel lavoro di rete con gli altri professionisti, sul contributo che possiamo dare verso una società più attenta e sensibile alle difficoltà.

Il libro si conclude con una riflessione relativa all'etica degli scambi. In ottica di una mutualità reciproca e consapevole della ricchezza nata al confronto e dall'incontro degli sguardi, ho chiesto ad alcuni colleghi di condividere una riflessione rispetto alla lettura del libro, ecco il loro prezioso e acuto contributo.

Dott. Diego Barbisan, psicologo psicoterapeuta, lavora in Veneto, docente della Scuola Mara Selvini Palazzoli presso la sede di Brescia: *"Leggendo Marco Vannotti e Michèle Gennart ho fatto una scoperta importante: etica e operatività professionale sono la stessa cosa."*

Per me l'etica era un dovere morale nella vita e nella professione. Mi dicevo che ci sono gli obiettivi di campare il meglio possibile e di lavorare nella modalità più efficace, ma il tutto deve rispettare i criteri etici, cioè del bene comune. Dunque ho sempre pensato all'etica come ad un Super Io correttivo degli impulsi più individuali e meno sociali: mentre cerchiamo di sentirci capaci bisogna star attenti ad esser anche buoni."

*In realtà nelle pagine di questo testo diventa evidente che la cura di sé, di noi e dei pazienti, **prevede** quella di chi sta intorno, un'attenzione che non va considerata come un 'anche' perché è in essa che sta il percorso stesso.*

Per esempio, in merito ai pazienti autori di maltrattamenti sui quali qualche curante può glissare in nome dell'alleanza terapeutica, si legge: "[...] nessuno trae beneficio dall'essere confermato - attraverso il silenzio o l'ignoranza - nel proseguimento di comportamenti indegni".

Ecco qui il (terribile) compito clinico di far riconoscere ai nostri pazienti sia il dolore patito che quello inflitto: affinché le identità di vittima e carnefice siano abbastanza evidenti da essere integrabili in un individuo unico. Empatizzare e responsabilizzare sono operazioni tecniche o etiche? Entrambe, pare.

Insomma questo testo aiuta a lavorare meglio, non solo in modo più nobile".

Dott.ssa Vincenza Bonsignore, psicologa, psicoterapeuta e mediatrice familiare, lavora in Lombardia, allieva didatta della Scuola Mara Selvini Palazzoli presso la sede di Milano: *"Ho trovato il testo davvero molto interessante e a tratti addirittura avvincente. In modo asciutto e chiaro Marco Vannotti e Michèle Gennart affrontano moltissimi aspetti. Alcune considerazioni rappresentano validi approfondimenti rispetto a temi sui quali avevo già riflettuto, come ad esempio le conseguenze della crisi di coppia sui bambini e come affrontare i bisogni degli adulti a lasciarsi preservando l'attenzione e la cura verso i figli. Altri capitoli, invece, mi hanno interpellata nel considerare e definire con maggiore chiarezza la mia posizione rispetto a determinati temi, come la questione delle istituzioni giuste e alle ricadute cliniche sulla terapia.*

Vannotti e Gennart ispirano pensieri su cosa sia il benessere e sul senso della terapia. È un libro che promuove nei terapeuti il coraggio di prendere posizione, di segnalare e denunciare le ingiustizie, sempre accanto a chi soffre."

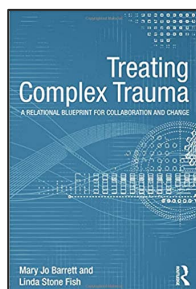
Dott.ssa Fabiola Martina, psicologa psicoterapeuta, lavora ad Aosta, allieva didatta Scuola Mara Selvini Palazzoli presso la sede di Torino: *"L'esperienza ci rende terapeuti migliori se non dimentichiamo quali professionisti siamo stati alle prime armi, quando era più facile rimanere concentrati sulle potenzialità dell'incontro perché più insicuri in merito a tecniche e teorie. Questo libro mi ha riportata lì, al mio inizio, e mi ha ricordato la responsabilità insita nel nostro ruolo nonché il coraggio necessari per restituire la libertà ai nostri pazienti".*

Prof. Roberto Mazza, psicologo psicoterapeuta è didatta presso la Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli di Milano e Brescia e Professore di Metodologia e tecnica dei servizi sociali all'Università degli Studi di Pisa.

"Una lettura per non recensire un testo, ma solo per riordinarne due particolari risonanze prodotte in me, e in connessione tra loro. La prima riguarda la grande domanda che si pongono Gennart e Vannotti su come nasca il sentimento etico (p.4). È una domanda che stimola e interroga il

pensiero filosofico e quello biologico-antropologico degli autori. È naturalmente scomoda l'ermeneutica di Ricoeur, l'infant research e la sociologia della famiglia, ma è nell'originalità del pensiero degli autori che trovo le più convincenti riflessioni sul rapporto tra sentimento etico e valori condivisi (più o meno tacitamente) all'interno della famiglia, in un mix di apprendimento e imitazione, condivisione e trasmissione intergenerazionale, pur su una "sensibilità etica innata". Uno tra i più celebri studiosi del temperamento, Jerome Kagan, era piuttosto convinto che "essere benevoli, piuttosto che malevoli, è, con tutta probabilità, una caratteristica intrinseca (filogenetica) alla nostra specie". La seconda risonanza mi è ancora più cara e riguarda i fenomeni dissociativi e la loro implicazione nei processi terapeutici. I pazienti che non hanno consapevolezza di commettere un danno o un sopruso sulle vittime, le vittime che non riconoscono il danno subito e minimizzano ("sono stato molto picchiato, ma mi è molto servito. Chissà cosa sarei diventato...") e i grandi interrogativi clinici sul significato, gli esiti interpretativi e l'eventuale efficacia dello svelamento (p.50). L'esperienza di essere picchiati duramente all'età di cinque anni potrebbe certamente provocare una disregolazione emotiva, ma la sfortuna di avere un genitore (dissociato) che ritiene essere stata la giusta punizione per un bambino insopportabile, può essere molto più probabilmente la causa di un suo futuro disadattamento. Ma come poter lavorare con questo paziente diventato adulto? "Gradualmente", senza oltrepassare i limiti di sicurezza, con la giusta distanza/vicinanza. E quando il ritiro sociale del paziente e la sua sfiducia nei legami non gli consente neppure di formulare la domanda d'aiuto (p.86)? Credo che da qui il libro inizi a parlare dell'etica del terapeuta e della terapia (e dell'etica degli autori), dove dedizione e cura si fondono senza diventare "autorità", ma sostituendosi al senso di "mancata appartenenza alla comunità umana del paziente", alla sua rinuncia a credere negli altri, o in un futuro migliore, anche attraverso il lavoro di rete (p.90); una rete fatta di piccole solidarietà e naturalmente principi etici."

Ringrazio i colleghi che ci hanno fatto dono delle loro riflessioni e rinnovo a tutti l'invito a leggere questo libro.



Mary Jo Barrett e Linda Stone Fish.
**TREATING COMPLEX TRAUMA: A RELATIONAL
BLUEPRINT FOR COLLABORATION AND
CHANGE**

Taylor & Francis Ltd, 2014
162 pagg.

Matteo Selvini¹

Mary Jo Barrett, Chicago, è una storica terapeuta familiare femminista, collaboratrice della rivista USA di psicoterapia più diffusa *Psychotherapy Networker*, dove da tanti anni ho il piacere di leggere i suoi contributi. Dal 1974 lavora nel campo della violenza familiare, nel 1989, con Trepper, ha pubblicato *Systemic treatment of incest. A therapeutic Handbook*. (Routledge, New York) molto apprezzato nei lavori di Stefano Cirillo sul maltrattamento. Pur non avendola mai conosciuta, mi sono lanciato ad invitarla a tenere un seminario a Milano ottenendo una sua molto lieta adesione: “*the need to work systemically with Complex Developmental Trauma it has been the missing piece in all most of all the discourse about the trauma...*”

Per preparare questo importante evento voglio presentare e commentare il suo recente (2014) manuale scritto con Linda Stone Fish, TREATING COMPLEX TRAUMA. A RELATIONAL BLUEPRINT FOR COLLABORATION AND CHANGE.

La Barrett è davvero, purtroppo, una delle pochissime voci sistemiche ad essere stata ed a rimanere protagonista nel mondo del trauma, integrando l’approccio sistemico con EMDR, sensomotoria, ecc. in modo davvero analogo al nostro. Siamo separatamente arrivati a procedure molto simili, pur con alcune differenze che sarà interessante studiare, confrontare e discutere.

Per trauma complesso s’intende un trauma relazionale prolungato nel tempo, noi preferiamo aggiungere “dello sviluppo”, e la mail di Barrett conferma che anche lei è d’accordo. Chissà perché l’ha tolto dal titolo del suo libro?

Anche la Barrett si basa sulla teoria dell’attaccamento, anche se nella sua forma più semplificata, senza entrare esplicitamente nei temi della disorganizzazione, sistemi motivazionali interpersonali, riorganizzazioni, fobia dell’attaccamento, dissociazione, frammentazione del Se, rimandando ad altri approcci al trauma, ad esempio, come fa anche Van Der Kolk, per la

¹ Psicoterapeuta sistemico-relazionale

frammentazione in parti del Sé rimanda alla *Internal Family Systems Therapy di Schwartz* (1997).

Suo concetto di fondo è quello di fare sì che i pazienti riconoscano di essere in uno STATO MENTALE DI SOPRAVVIVENZA (*survival mindstate*) per potersi dare l'obiettivo di passare ad uno stato mentale impegnato (*engaged mindstate*). Per *survival mindstate* s'intende qualcosa di molto simile a quello che Cancrini chiama "funzionamento *border*" parlando soprattutto delle oscillazioni sopra e sotto la finestra di tolleranza, dove per iperattivazione s'intendono gli stati *fight* e *flight*, e per disattivazione lo stato *frozen*. Qui noi potremmo aggiungere anche le oscillazioni affettive della disorganizzazione tra troppo vicino e troppo lontano (*need/fear dilemma*).

Anche se la Barrett accenna appena alla dissociazione, leggerla mi è stato molto utile per riflettere se sia corretto considerare dissociativi anche gli stati *fight* e *flight*. Infatti nella iperattivazione il dolore/pericolo è presente alla coscienza, quindi "associato" anche se drammatizzato... Lo stato più palesemente dissociativo è quello *frozen*, dove troviamo la distorsione del contatto con il dolore/pericolo, fino alle anestesie, amnesie.... In passato mi aveva confuso pensare a *flight*, la fuga, come una fuga mentale e quindi fenomeno dissociativo di alterazione della coscienza. Invece la Barrett mi ha aiutato a capire che la fuga mentale (ad esempio la bambina abusata che si vede da fuori) è stato *frozen* purissimo! Stress insopportabili producono necessariamente apprendimenti *frozen*, che poi divengono i sintomi più gravi: depressioni, agiti, dipendenze e somatizzazioni.... Poi questi stessi pazienti gravi, nel loro funzionamento per definizione scisso, attraversano anche stati d'iperattivazione *fight/flight*. Quindi anche l'evitamento dei ricordi traumatici fa parte di uno stato *frozen*.

Invece l'evitamento della vicinanza affettiva, o fobia dell'attaccamento avrebbe a che fare con le riorganizzazioni, di cui la Barrett non si occupa. Così come non si occupa della parte normale della personalità (concordo con il dubbio della Fisher sul chiamarla "apparentemente" normale (Van der Hart), in quanto troppo svalutativo...). La parte normale la Barrett la considera implicitamente tra le risorse su cui fare leva, ed io penso che non vada considerata intrinsecamente dissociativa, lo diventa solo nella globale dissociazione della coscienza.

Il modello della Barrett punta moltissimo sulla collaborazione: con il paziente, con le persone a lui vicine (qui soprattutto viene fuori la forza della sua identità sistemica), con i colleghi di altri approcci alla cura del trauma. Forse, sul piano della collaborazione, anche se siamo migliorati, abbiamo ancora da imparare: restano dentro di noi le vecchie stagioni della direttività e delle provocazioni.... Me lo ha fatto pensare il tema del RICONOSCIMENTO DEL TRAUMA. La Barrett segue sostanzialmente il modello su tre fasi della Herman, ma, quello che è originale, anche nella pianificazione di ogni singola seduta.

Collaborative Change Model: le tre fasi sono:

- 1) *Creating a context for Change*
- 2) *Challenging Patterns and Expanding Realities*
- 3) *Consolidation*

Mi ha colpito lo scarso rilievo dato al riconoscimento del trauma, tema che viene trattato un po' marginalmente alla fase 1) e 2), mentre per noi è la fase 1 della resilienza. Ho poi però capito che la Barrett ritiene che sia frequente,

nei casi più gravi, sia la negazione/rimozione/banalizzazione del trauma dello sviluppo (con parallela idealizzazione della famiglia di origine) che la negazione dell'impatto di tali traumi.

Ma tutto ciò fa parte del *survival mindset*, e non può essere affrontato di petto: bisogna lavorare prima con pazienza sulla messa in sicurezza e sulla stabilizzazione emotiva del paziente. Questo concetto mette quindi in discussione la nostra posizione che il riconoscimento venga sempre al primo posto... O perlomeno viene sempre al primo posto nella mente del terapeuta, ma non possiamo "imporlo" ai pazienti ed ai loro familiari...Anche se esiste anche il rischio di perderlo per sempre per strada, scadendo in una presa in carico "psichiatrica". E lo scrivo pensando a quei fallimenti terapeutici nei quali mai siamo riusciti ad arrivare a far riflettere dei genitori sui loro comportamenti spaventanti/disorganizzanti, rassegnandoci a lavorare, talvolta con scarsi risultati, solo con i loro figli, rimasti esposti ad inevitabili ritraumatizzazioni....

Si tratta di un manualetto di agile lettura ,160 pagine appendici comprese, che ho proposto a Raffaello Cortina per una traduzione in italiano.

Provo ora a passare in rassegna le idee che ho trovato più interessanti.

La Barrett rimarca come una delle importanti componenti della genitorialità sia quella di aiutare il bambino a regolare e modulare le sue emozioni, ad esempio, la classica osservazione sul bambino incapace di tollerare la frustrazione rimanda immediatamente alla disorganizzazione, o *survival mindset*. Questo concetto è centrale anche nel modello del Circolo della sicurezza di Ben Powell, Glen Cooper, Kent Hoffman, Bob Marvin, libro uscito per Guilford nello stesso 2014, tradotto da Cortina nel 2016.

Il manuale della Barrett è collaborativo anche nel senso che è costruito moltissimo sulle interviste a pazienti trattati con il suo modello (registrato come CCM, Collaborative Change Model) e, altra affinità con noi, sottolinea come essenziale che ogni terapeuta segua delle precise procedure o linee guida: blueprint, un progetto. In questo ci siamo per fortuna molto allontanati dalla caotica "creatività" dei sistemici narrativisti.

Dal punto di vista della collaborazione con altri approcci il ruolo centrale è sicuramente quello della *mindfulness*: ingrediente essenziale della stabilizzazione e del contrasto al *survival mindset*. Nella cordata di aiuto, oltre alle consulenze psichiatriche, ci sono il citato IFS di Schwartz, invii alla CBT *cognitive behavioral therapy*, la DBT *Dialettica Behavior Therapy di Linehan*, EMDR, *life force yoga*, *trauma sensitive yoga*, *sensorimotor, somatic experiencing* (Levine). Tutto questo teorizzato sulla base dell'accettazione che non esiste un unico modello terapeutico che funzioni per tutti i pazienti. Gli esseri umani non sono biscotti e quindi non possono essere forzati in uno stampo che li modelli. (p114)

Barrett insiste molto sulla messa in sicurezza (*safety*) a partire dallo stesso contesto terapeutico, nel quale ingrediente essenziale è la totale trasparenza (si veda anche Yalom su questo punto, ed anche qui mi chiedo se stiamo facendo abbastanza...) la presenza di confini molto chiari, niente caos, sedute molto strutturate e prevedibili

(e su questo si fa esplicitamente riferimento a Minuchin)

Un capitolo è dedicato alla persona ed all'etica del terapeuta (*Ethical Attunement*) ed alla necessità di trovare un punto di equilibrio tra l'essere troppo tecnici/distaccati (immagino alluda ai cognitivisti o forse anche ai

sistemici costruttivisti) e l'essere troppo coinvolti (*compassion fatigue* Figley 1995). Mi ha colpito la sottolineatura (p 103) di come la negazione di avere un problema o di essere stati traumatizzati di molti pazienti sia molto stressante per il terapeuta.

Un'altra affinità con noi, oltre a procedure che combinano lavoro familiare e lavoro individuale (anche se noi facciamo più fatica a “mescolarci” con altri approcci, piuttosto cerchiamo d'impararli noi stessi...) sta nel pensare di dover capire le cause della sofferenza, come essenziale premessa di un buon trattamento, posizione che spacca davvero in due il mondo della psicoterapia.

Ci sono poi una serie di suggerimenti tecnici che Barrett potrà meglio insegnarci di persona, come il disegno del posto al sicuro (p 76), l'uso di tecniche comunicative in terapia di coppia che ricordano molto la tecnica dell'empatia (p 122) o l'uso di strutturate istruzioni sia per chi parla che per chi ascolta (appendice 2)

L'uso degli allargamenti è centrale, il modello CCM è sicuramente ispirato da una visione “comunitaria” della cura, come il nostro.

Il tema della violenza è trattato in modo molto interessante (p84), citati i lavori di Johnson e Ferraro (2000) su quattro tipi di violenza nella coppia, solo uno dei quali è trattabile nella terapia di coppia (violenza situazionale di uomini che non sono mai stati violenti al di fuori della coppia).

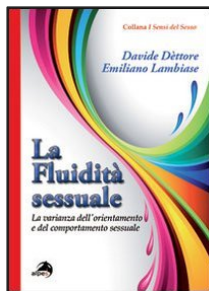
Anche la modalità di fondo per concepire la funzione del sintomo (a differenza del dono d'amore della Benjamin che lascia perplessi) è molto simile al nostro: aiuta le persone a sentirsi potenti, in controllo, apprezzate. Si veda la nostra psicoeducazione nelle prime sedute con le ragazze anoressiche.

In conclusione la lettura di questo manuale mi ha fatto ipotizzare di usare nelle prime sedute una psicoeducazione del tipo: “Vedo che ti trovi in uno stato mentale di sopravvivenza, uno stato post traumatico caratterizzato da forte instabilità tra essere troppo reattivo o troppo passivo... “

BIBLIOGRAFIA

- CANCRINI, L. (2006), *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*. Raffaello Cortina, Milano.
- CIRILLO, S., DI BLASIO, P. (1989) *La famiglia maltrattante*. Raffaello Cortina Editore.
- FIGLEY, C. R., (Ed.) (2002), *Treating Compassion Fatigue*. Philadelphia: Brunner/Routledge.
- FISCHER, J. (2017), *Guarire la frammentazione del sé*, tr .it. Raffaello Cortina, Milano.
- HERMAN, J. (1992), *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Tr. it. Magi, 2005.
- JOHNSON, M. P., & FERRARO, K. J., (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 948-963.
- POWELL, B., COOPER, G., HOFFMAN, K., MARVIN, B., (2000), *Il circolo della sicurezza. Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*. Tr .it. Raffaello Cortina, Milano 2016

SCHWARTZ, R., (1995), *Internal Family Systems Therapy*, Routledge, New York.
TREPPER, T.S., BARRETT, M.J., (1989), *Systemic Treatment of incest: A Therapeutic handbook*. Brunner March, New York.
VAN DER KOLK, B. (2014), *Il corpo accusa il colpo*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 2015.



Davide Dettore e Emiliano Lambiase
LA FLUIDITA' SESSUALE

Alpes Italia, 2011
112 pagg.

Laura Testa¹

Il tema della fluidità dell'orientamento sessuale degli adolescenti e, più in generale, di una modalità nuova e diversa della generazione Z di vivere la sessualità è ormai un dato di fatto.

Da diversi anni si usano, sempre con più frequenza, termini quali "pansessuale", "bisessuale", "asessuale" e la sigla LGBTQ+ è quasi di uso comune.

Questa molteplicità di termini ha creato, però, una situazione confusiva all'interno della quale le persone fanno sempre più fatica ad orientarsi.

Diventa quindi importante, quando si parla di sessualità, attuare prima di tutto un chiarimento terminologico.

Parliamo quindi di: ORIENTAMENTO sessuale (tipo di attrazione sessuale), IDENTITÀ di genere (il senso di se come maschi, femmine o ambivalenti) indipendente dal sesso biologico e dalla tipicità di genere, RUOLO di genere (tutti i comportamenti che esprimono un'appartenenza ad un genere, ad esempio machismo vs effeminatezza), IDENTITÀ SESSUALE (costruito spesso confuso con orientamento sessuale e identità di genere che viene visti a seconda degli autori- come composto da sesso biologico, identità di genere. Ruolo sociale sessuale, orientamento sessuale, valori, comportamento sessuale), FLUIDITÀ SESSUALE (capacità che tutti abbiamo, in quanto esseri umani sessuati, di provare attrazione per nessuno o tutti generi, a prescindere da quale sia l'orientamento sessuale in cui ci si riconosce), FLUIDITÀ DI GENERE (inteso come identità di genere e non

¹ Psicologa e Psicoterapeuta. Supervisore Scuola Mara Selvini Palazzoli

all'orientamento sessuale e persone gender fluid possono essere lesbiche, gay, etero ed avere altri tipi di orientamento sessuale, ma possono avere più di un genere contemporaneamente, per poi passare a nessuno o spostarsi tra singole identità di genere)

Uno degli aspetti che, in questo ambito, interroga maggiormente il mondo degli adulti è la dichiarazione di molti preadolescenti-adolescenti di essere non-binario (ossia di non definirsi come appartenete ad un genere). La difficoltà maggiore risiede nel fatto che i non appartenenti alla generazione Z hanno nel comprendere davvero questo aspetto. I cosiddetti Boomers, infatti, si sono formati in un mondo in cui la binarietà è presente come essenziale caratteristica di un individuo fin dalla gravidanza, dove, la prima cosa che si definisce di un individuo è il genere, in base al quale si sceglie il nome e si fanno diverse scelte educative. In questo un “mondo”, anche linguisticamente, si differenziano persone e cose con la caratteristica di maschile e femminile in considerazione anche del fatto che, nella lingua italiana, non esiste il “neutro”.

In proposito si vuole suggerire la lettura di un breve testo di Dettore e Lambiase che propone una prima serie di approfondimenti. Il testo parte con la fondamentale definizione dei concetti a tema nel libro e si chiude con la presentazione di alcune teorie di riferimento che cercano di individuare i processi alla base della fluidità sessuale. Nello specifico viene proposta la teoria della fluidità sessuale di Diamond, la teoria della plasticità erotica di Baumister, lo schema di aperto di Weinberg, Williams e Pryor e la costruzione della sessualità di Blackwood.

Le riflessioni sull'argomento sono ancora tutte aperte e il confronto inevitabilmente, completamente...fluidico.



**CONGRESSO
INTERNAZIONALE. LA
BUFERA E ALTRO.
LA CURA DELLE
FAMIGLIE NELL'ONDA
LUNGA POST-COVID.**

*A cura della Redazione di
Frattali*

Venerdì 13- sabato 14 maggio 2022 si è tenuto al Monastero Santa Croce di Bocca di Magra un congresso che ha radunato studiosi, clinici e psicoterapeuti per riflettere su come aiutare individui e famiglie nell'era pandemica. La bufera del Covid-19 ha investito il mondo imponendo a tutti la riflessione sul modo in cui intendiamo costruire il futuro dell'umanità. Come professionisti della cura che *“cercano di entrare in un mondo che non conoscono”* (Mony Elkaim), siamo coinvolti e sollecitati ad aiutare individui, coppie e famiglie che chiedono di essere supportati, in un momento di sconvolgimento, sgomento e assoluta imprevedibilità.

Il congresso si è aperto con una relazione magistrale tenuta dal Prof. **Camillo Loriedo** dal titolo Famiglie e individui dopo la bufera. Mappe e territori della salute mentale del post-covid. Loriedo riflette sulla pandemia e su quanto le sue conseguenze abbiano indotto e tuttora inducano un effetto stressante, acuto e cronico, individuale e sociale. Un impatto sulla salute mentale correlato a *lockdown* e restrizioni, distanziamento e perdita della vita sociale, paura del contagio e vissuti di malattia; e un impatto a medio-lungo termine con numerose e svariate forme di disagio psichico in reazione alle conseguenze economiche della pandemia, ai lutti, alla disgregazione di famiglie e nuclei sociali, e al trauma pandemico in generale.

Il congresso si è esteso a molte aree e contesti di cura e alle modalità di reazione di servizi e centri di terapia, dall'esperienza modenese (Giorgia Pifferi) che pone il focus sulla psicologia di comunità, la resilienza e il

cambiamento di paradigma con cui affrontare prevenzione e promozione del benessere, a **Serge Escots** (antropologo clinico) dell'Università *Toulouse-Jean-Jaurès*, e a **Paolo Frisina** (Bruxell) che hanno parlato anche se in modo diverso di un nuovo assetto epistemologico più efficace per affrontare le nuove sfide del presente, e, più in generale, di capire come il pensiero sistemico offra cornici nuove per attraversare una crisi (pandemica, climatica, sociale, migratoria, geopolitica...) che, in senso batesoniano, possiamo considerare innanzitutto come una crisi epistemologica. **Alberto Vito** (Napoli) si è soffermato sulle molte e complesse sfide al nostro sistema sanitario e sulle richieste di modifiche massicce che hanno coinvolto tutti i livelli dell'assistenza sanitaria.

In tale situazione di grave criticità, ha fortemente evidenziato anche la necessità della presa in carico degli aspetti psicologici, emotivi e relazionali non solo dei pazienti e dei loro familiari ma anche degli operatori sanitari.

Casa, scuola, famiglia, traumi collettivi (**Rocchietta Tofani**) sono stati gli altri argomenti della prima giornata dei lavori che hanno spaziato dalle fobie scolari in tempo di Covid (Pratelli) alle difficili coabitazioni e all'esasperazione dei contatti quotidiani.

Mauro Mariotti (Iskra Modena), **Andrea Mosconi** e **Laura Trotta** (Centro Padovano di terapia familiare) e **Roberto Mazza** (Scuola Mara Selvini Palazzoli), si sono soffermati sui trattamenti on-line, con esempi clinici di nuovi modi di fare terapia e supervisione individuale e di gruppo. **Mazza** ha ricordato che la prima forma di supervisione in ambito sistemico è quella che Lynn Hoffman sosteneva essere la vera rivoluzione portata dalle terapie sistemiche, ed è stata la supervisione diretta della terapia attraverso lo specchio unidirezionale (1981), sottolineandone anche la grande portata nella formazione, poiché per la prima volta tutto è diventato piuttosto trasparente per l'allievo (si entra nella stanza di terapia). Ha poi sottolineato i vantaggi, ma anche i molti limiti, delle supervisioni on-line, sia quelle dirette che indirette e soprattutto enumerando gli svantaggi, sul piano emozionale ed affettivo, sul gruppo di lavoro e di formazione. Tracciando un possibile metodo con una serie di isomorfismi col processo di terapia on-line.

Tra gli altri interventi **Gloriana Rangone** (IRIS e CTA Milano) ha rilevato alcuni importanti cambiamenti del nostro contesto sociale e quanto abbiano inciso sulla fisionomia delle famiglie e sul funzionamento familiare. E di come la pandemia e le conseguenti misure restrittive adottate abbiano impattato su adulti, bambini e adolescenti con conseguenze stressanti e difficilmente prevedibili.

Tra i diversi interventi **Marco Bianciardi** (CMTF Milano) ha spostato l'asse della riflessione sulla necessità di una svolta ecologica nel rapporto uomo ambiente.

Il congresso piuttosto ricco e dibattuto ha avuto un'appendice degna di grande interesse per i terapeuti sistemici. **Camillo Lorigo** (IIPR Roma) ha tenuto una mattinata seminariale su un tema molto originale, un territorio ancora inesplorato nella terapia sistemico relazionale, quello della "Dissociazione" come sintomo e come difesa dell'individuo, trattato con una particolare attenzione in relazione alle disconnessioni familiari. La

dissociazione è considerata una modificazione improvvisa o graduale, temporanea o cronica della capacità di integrare informazioni e funzioni personali che abitualmente dovrebbero essere integrate, insieme ad alterazioni della coscienza caratterizzate da una sensazione di distacco da se stessi o dall'ambiente.

Forse per l'apparente prevalenza di una esclusiva disfunzionalità intrapsichica, l'approccio sistemico non ha sviluppato ad oggi approfondimenti metodologici e specifiche proposte terapeutiche per trattarla. Il workshop, attraverso esemplificazioni cliniche, ha evidenziato che in realtà la dissociazione intrapersonale nasce in contesti in cui la disconnessione interpersonale rappresenta la regola e in cui, a sua volta, la dissociazione intrapersonale determina effetti disgreganti.

Nella cornice suggestiva di un monastero affacciato sul mar ligure, **Iva Ursini** coordinatrice del congresso e instancabile animatrice assieme a **Patrizia Frongia** (Presidente Sirts) hanno realizzato un ottimo risultato, di grande interesse scientifico e formativo.

TEATRO

IL FILO DI MEZZOGIORNO **Di Goliarda Sapienza**



Regia di Mario Martone
Adattamento Ippolita Di Majo
Con Donatella Finocchiaro, Roberto de Francesco

Alberto Vito¹

Goliarda Sapienza è un'importante scrittrice del novecento, divenuta nota solo dopo la sua morte, scoperta in modo improvviso innanzitutto in Francia. Deve la notorietà, oltre per il valore letterario, alla perseveranza del suo secondo marito, l'attore Angelo Pellegrino, nel rendere pubblici i suoi scritti. Il suo romanzo più importante, in larga parte autobiografico, "L'arte della gioia", fu pubblicato postumo da "Stampa alternativa" (solo la prima delle quattro parti che lo compongono fu data alle stampe durante la vita dell'autrice, nel 1994) e solo successivamente, dopo il successo all'estero, è stato rieditato da Einaudi. È stata anche attrice e docente di recitazione al

¹ Responsabile UOSD Psicologia clinica A. O dei Colli (NA). Didatta Scuola Romana di Psicoterapia Familiare

centro Sperimentale di Cinematografia di Roma. Nacque a Catania nel 1924, i suoi genitori furono entrambi figure importanti dell'antifascismo. A causa dell'arresto del padre, ne ha vissuto la distanza per anni. La madre fu una delle prime sindacaliste italiane. Entrambi vedovi, con numerosa prole dai precedenti matrimoni, fecero crescere gli ultimi figli in Sicilia in un ambiente libero, assolutamente dissonante con l'epoca. Goliarda è morta a Gaeta nel 1996, dove ha vissuto gli ultimi anni in sostanziale ritiro.

In questi mesi, è stato portato alle scene nei teatri delle maggiori città italiane, per la regia di Mario Martone, con l'adattamento di Ippolita di Majo, lo spettacolo "Il filo di mezzogiorno", tratto dall'opera omonima di Goliarda Sapienza, anch'essa autobiografica, dedicata al complesso rapporto clinico con lo psicanalista che la curò per anni dopo un ricovero in struttura psichiatrica a causa di un tentativo di suicidio.

Lo spettacolo teatrale, al di là del suo valore intrinseco, è quindi di grande interesse per gli psicoterapeuti e, più in generale, per tutti coloro che desiderano conoscere cosa avviene nelle stanze degli analisti.

Il medico in questione è Ignazio Majore, anch'egli di origine siciliana, che la prende in carico su richiesta di Citto Maselli, allora marito di Goliarda, importante regista cinematografico e intellettuale politicamente impegnato nella sinistra anche con incarichi dirigenziali. Viste le condizioni iniziali di grande confusione, il medico si recava a casa della paziente per 5 volte alla settimana, proprio alle ore 12. Da qui nasce il titolo del libro, mentre il filo da riannodare è quello che deve riportare la paziente a ricordare la propria identità, dimenticata a causa dei numerosi elettroshock a cui è stata sottoposta. Il trattamento analitico dura un lungo periodo e certamente ottiene risultati positivi importanti, nel senso che Goliarda lentamente si riappropria della propria memoria e della propria storia, riconoscendo anche la propria vocazione di scrittrice. All'inizio lei è confusa, smarrita, preda dei suoi incubi, mentre il dottore procede sicuro, certo dell'efficacia del suo metodo. Tuttavia, il prezzo del trattamento è alto, così come l'impegno richiesto sia al terapeuta che alla paziente. Il confronto con la personalità affascinante e l'intelligenza profonda di Goliarda Sapienza ha conseguenze importanti nella vita del medico, la cui vita è messa in discussione dall'intensità di questo rapporto. Alla fine, è lui ad essere confuso e messo in contatto con le sue fragilità che non riesce a padroneggiare. Prevale la libertà di giudizio, l'acume e la lucidità della paziente, mentre l'analista rimane imbrigliato nelle sue gabbie interpretative. Prigioniero del terribile meccanismo relazionale a cui lui stesso aveva dato vita.

Certamente, il paternalismo del medico e alcune sue battute appaiono storicamente superate e l'intelligenza della paziente appare sicuramente più contemporanea (ovviamente, si deve tener conto che l'opera è scritta a partire dai ricordi della paziente e non è nota l'opinione del terapeuta). In ogni caso, pare che fu lei a decidere di interrompere definitivamente il trattamento, con un telegramma che non concedeva replica, non reggendo più il peso di un innamoramento rifiutato dal suo analista.

Reputo che sia superficiale attribuire questo esito solo ad errori dello psicoanalista, va considerato pure legati che in quegli anni la psicoanalisi era ancora quasi agli albori in Italia, o alle anomalie del setting, pure esistenti: la terapia avviene a domicilio e su richiesta del marito della paziente che, successivamente, diventerà lui stesso per un breve periodo analizzato da

Majore. Mi sembra, piuttosto, che il testo e la sua messa in scena teatrale colgano l'essenza del problema. La psicoanalisi, per la durata e l'intensità del rapporto richiedono necessariamente un forte coinvolgimento emotivo ed affettivo. Quando esso si esprime, diviene poi riduttivo attribuirlo soltanto ad "un trasferimento". E questa la questione di fondo, ineludibile, e, pare che, alla fine, la paziente fosse più consapevole del suo analista.

A questi, va certamente riconosciuto il merito di un impegno profondo nel dedicarsi ad una "mission impossibile" e anche una coerenza al proprio metodo di lettura del mondo, che sfiora la cocciutaggine.

Infine, una curiosità biografica. Nelle note, Martone "confessa" il suo affetto per il proprio psicoanalista: il compianto Andreas Giannakoulas, alla cui memoria dedica lo spettacolo. Un'altra piccola curiosità, per gli appassionati di cinema: I. Majore compare con un'intervista nel film-documentario "E il Casanova di Fellini?" (1975). Inoltre, suo figlio Stefano, nel film Roma impersona Fellini da bambino, in una scena ambientata a Rimini in cui un bimbo vede passare un treno diretto alla capitale. Majore iniziò la sua analisi didattica nel 1952, fu nominato analista didattico della SPI nel 1960, ed è stato il più giovane analista didatta italiano. Nel 1965 si dimise dalla SPI per divergenze teoriche e di prassi, dando vita ad un proprio modello definito Analisi Mentale.

Per chi volesse leggere il libro che ha ispirato lo spettacolo, è stato rieditato nel 2019.

Sapienza G., (1969) *Il filo di mezzogiorno*, La nave di teseo, Milano, 2019

Sapienza G., *L'arte della gioia*, Einaudi, Milano, 2008



Seminario con Gianni Cambiaso e Roberto Mazza "La psicoterapia individuale sistemica al tempo della complessità"

Seminario
Sabato 10 Settembre 2022 h. 09.30 - 16.30

Il seminario svilupperà alcune considerazioni teoriche e metodologiche che gli autori hanno tracciato nei volumi *"Tra intrapsichico e trigenerazionale"* (Raffaello Cortina Editore, Milano 2018) e *"Le ipotesi in psicoterapia e nella vita"* (Armando Editore, Roma 2021) sulla necessità che la psicoterapia individuale sistemica oggi si doti di un pensiero multidimensionale che proceda costruendo "ipotesi" e (secondo la celebre sintesi di Edgard Morin) per "andirivieni", oscillando dall'individuo (con le sue esperienze primarie) alla famiglia, dalle storie individuali dei genitori alle reciproche relazioni intergenerazionali, connettendo il pensiero psicodinamico con quei modelli sistemico-relazionali che negli ultimi decenni hanno costituito il riferimento principale per i terapeuti familiari. Un modello quindi che pone particolare attenzione alla lettura del simbolico oltre agli accadimenti nelle diverse fasi evolutive. Una sorta di terapia individuale "analitico-sistemica", in grado di far dialogare inconscio e fatti, relazioni ed emozioni, intrapsichico e trigenerazionale. Un modello che consenta di leggere i sintomi con lenti multifocali, con un focus specifico sulla costruzione dell'alleanza terapeutica e sulla ricerca di isomorfismi, rilevabili nelle relazioni quotidiane del paziente, in quelle della sua storia familiare e nella loro riattualizzazione all'interno della relazione terapeutica.

Dr. Gianni Cambiaso e Dr. Roberto Mazza

Sono Psicologi e Psicoterapeuti; Didatti presso la Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli. Cambiaso è Direttore della sede di Brescia. Mazza insegna all'Università di Pisa. Ognuno di loro ha una doppia formazione, sistemica e psicodinamica. Tra i loro lavori: *"Tra intrapsichico e trigenerazionale"* (Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018) e *"Le ipotesi in psicoterapia e nella vita"* (Armando Editore, Roma, 2021); *"Terapie imperfette"* (Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016); *"La famiglia del tossicodipendente. Tra Terapia e Ricerca"* (Nuova edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017). *"Il Metodo nel Processo d'aiuto del servizio sociale"* (Pisa University Press, 2021).

Quote di partecipazione:
€ 50,00 + IVA (22%)
€ 40,00 + IVA (22%) ex allievi e didatti C.S.A.P.R.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi alla segreteria del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale

dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 15.30

Viale Vittorio Veneto, 78 - 59100 Prato

Tel. 0574 597662; Fax 0574 529075

e-mail: segreteria@csaprr.it; Sito: www.scuolarelazionaleprato.it

Scuola di Specializzazione riconosciuta dal M.I.U.R. ex M.U.R.S.T. (D.M. 29/09/94-G.U. 246 del 20/10/94-D.M. 25/05/01-G.U. 160 del 12/07/01)
Provider per la Formazione Continua in Medicina (ECM)-Codice identificativo 4290



www.rivistafrattali.it
rivista.frattali@gmail.com

ISSN 2724-5101
Frattali (Online)