

Rivista fondata da Gianni Cambiaso e Roberto Mazza



Frattali

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

05

Anno III

Novembre 2022

Direttore

Gianni Cambiaso

Coordinamento Scientifico

Roberto Mazza

Redazione

Carmela Vaccaro (coordinamento)

Fabiana Faustini (coordinamento)

Patrizia Borella

Antonella Della Medaglia

Bianca Poggi

Alessandra Gritti

Valeria Botticini

Liliana Redaelli

Zelda Carta

Collaboratori

Valeria Pinoni

Ludovica Rosano

Laura Testa

SOMMARIO

EDITORIALE		3
<i>Gianni Cambiaso, Roberto Mazza</i>	Ceci n'est pas un éditorial.	3
ARTICOLI		4
<i>Giuseppe Vinci</i>	La competenza in psicoterapia.	4
<i>Giovanna Parimbelli Con il contributo di Tania Fasulo</i>	Dare parole e immagini alle emozioni nella prima infanzia: la scatola magica come strumento di narrazione del sé.	14
<i>Marco Vannotti e Michèle Gennart</i>	Comportamenti e volontà di suicidio. Una relazione per sostenere chi pensa a morire.	34
<i>Francesca Rosellini e Beatrice Vacchelli</i>	L'inizio del viaggio terapeutico: la sottile linea tra alleanza e collusione.	62
<i>Gianni Cambiaso e Roberto Mazza</i>	Si può chiudere una terapia?	71
RECENSIONI		82
<i>Mario Aldo Toscano</i>	Riceviamo e pubblichiamo una lettera.	82
<i>Alberto Vito</i>	I sommi sacerdoti: autismo e psicosi infantile.	85
<i>Matteo Selvini</i>	I segreti familiari. Quando il paziente non sa.	88
<i>Carmela Vaccaro</i>	Un amore senza fine.	92
<i>Bianca Poggi</i>	Il Metodo di Phil Stutz.	94
FORMAZIONE		99

EDITORIALE

CECI N'EST PAS UN EDITORIAL

Gianni Cambiaso e Roberto Mazza

“Ceci n'est pas une pipe” - Magritte.

E nello stesso modo “questo non è un editoriale”, ma nello stesso modo, in un giro un po' paradossale l'editoriale c'è: c'è dichiarando di non esserci. Con soddisfazione della Teoria dei tipi logici di Bertrand Russel e analoghe considerazioni di Gregory Bateson. Questo perché in realtà avevamo deciso di scriverlo sulla chiusura della terapia. Tema che ci viene spesso sollecito dai nostri allievi, addestrati e competenti nell'iniziarla e nel condurla, ma spesso in difficoltà nel gestire il suo termine, la sua fine, la sua chiusura.

Analisi terminabile o interminabile?

Abbiamo iniziato a scambiarci idee e materiali fino al punto che si è auto-organizzato più come un articolo, che troverete qui di seguito, che come un editoriale. E così abbiamo fatto: l'editoriale è un articolo e l'articolo nasce come editoriale. C'è senza esserci.

Ma per noi l'importante era aprire e condividere un filo di pensiero su un tema tanto fondamentale quanto poco affrontato nei percorsi di formazione.

ARTICOLI

LA COMPETENZA IN PSICOTERAPIA

Giuseppe Vinci¹

RIASSUNTO. L'essenziale di ogni cosa è quella qualità, o proprietà, o caratteristica senza la quale quella cosa non è più nominabile in quel modo. Qual è la qualità essenziale della psicoterapia, quella senza la quale essa non può definirsi tale? E una volta ipotizzata quella qualità essenziale, quali attitudini lo psicoterapeuta deve esercitare e sviluppare per definirsi competente?

Posto che la psicoterapia è essenzialmente la proprietà emergente di una relazione di alta qualità, l'essere competenti in essa si persegue e si sostanzia attraverso la coltivazione incessante, da parte del terapeuta, di tre attitudini: 1. Studiare, apprendere da chi ci ha preceduto, leggere e rileggere; 2. Vivere la complessità, cercare il senso, contemplare l'insensatezza; 3. Sentirsi limitati.

SUMMARY. The essence of each thing is that quality, property, or feature without which that thing is no longer definable in that way. What is the essential quality of psychotherapy, the one without which it cannot be defined as such? And once hypothesized that essential quality, which are the attitudes a psychotherapist has to perform and develop to call themselves competent?

Given that psychotherapy is substantially the emerging property of a high-quality relationship, the therapist's competence in it is pursued and takes form through the relentless cultivation of three attitudes: 1. Studying, learning from those who came before us, reading and re-reading; 2. Living the complexity, searching for a meaning, contemplating senselessness; 3. Feeling finite.

PAROLE CHIAVE. Psicoterapia, psicoterapeuta, essenza, competenza, complessità, relazione terapeutica, tecnica, proprietà emergente, limite

“Ci sono due giovani pesci che nuotano, e a un certo punto incontrano un pesce anziano che va nella direzione opposta, fa un cenno di saluto e dice: - Salve ragazzi. Com'è l'acqua? - I due pesci giovani nuotano un altro po', poi uno guarda l'altro e fa: - Che cavolo è l'acqua”

¹Psicologo psicoterapeuta, già direttore della Scuola di psicoterapia *Change*, Bari

INTRODUZIONE

Citerò qui più volte il mio saggio *Essere terapeuti. Forza e fragilità dello psicoterapeuta e della psicoterapia*², correndo il rischio di quella autoreferenzialità che svilisce chi scrive e irrita chi ha la sventura di leggere, dopo. Correrò quel rischio, perché voglio riprendere alcune delle idee lì riportate per declinarle verso una definizione sintetica di ciò che è la competenza dello psicoterapeuta, sentendomi peraltro perfettamente nella prospettiva tracciata da Mazza e Cambiaso nei loro lavori³.

Clara Mucci, nella prefazione a *Essere terapeuti*, scrive dello *speciale sapere* di cui è fatta la psicoterapia secondo l'accezione proposta dal testo, e cioè:

“...in un ambito a metà tra scienza e umanesimo, tra sapere e sentire, tra letteratura e ricerca, certezza e incertezza, tra conosciuto e inconosciuto o inconoscibile, tra una pratica acquisita con gli strumenti della tecnica, dello studio e della cultura, e un sapere che, pur racchiudendo in sé tutte queste conoscenze, esula da esse e ne è in qualche modo un presupposto imprescindibile, e allo stesso tempo presenta al suo fondo un elemento misterioso e da comprendere con strumenti non solo scientifici.”⁴

In quella complessa definizione dello *speciale sapere* si alternano e si scambiano di posto una serie di polarità: scienza e umanesimo; sapere e sentire; letteratura e ricerca; certezza e incertezza; conosciuto e inconosciuto o inconoscibile; pratica acquisita con gli strumenti ordinari (studio, tecniche, cultura) e sapere che racchiude tutte quelle conoscenze ma che *esula da esse nonostante siano il suo presupposto imprescindibile*. Un sapere che presenta (e accetta) al suo fondo la presenza del mistero, che in quanto tale si può solo contemplare, prima che possa essere avvicinato e studiato con strumenti scientifici, quando lo sarà.

C'è un senso di vertigine, in quella definizione, di fronte alla sfuggente vastità dei significati e delle relazioni su cui si fonda e che rilancia. Sino al paradosso indicato da Clara Mucci, ossia al suo essere, quel sapere, qualcosa che (1) contiene in sé conoscenze e tecniche, e insieme, (2) esula da esse, (3) pur restando - le conoscenze e le tecniche - un presupposto imprescindibile.

D'altronde, ogni umana arte⁵, per essere appresa e praticata, richiede esattamente quel *sapere speciale*, composto da una miriade di

² G. Vinci, *Essere Terapeuti. Forza e fragilità dello psicoterapeuta e della psicoterapia*, Alpes, 2022

³ G. Cambiaso, R. Mazza, *Tra intrapsichico e trigerazionale*, Raffaello Cortina, 2018
G. Cambiaso, R. Mazza, *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*, Armando, 2021

⁴ C. Mucci, prefazione a *Essere terapeuti*, pp V - VI

ingredienti, progressivamente assimilati durante il processo di formazione sino ad essere perfettamente fusi, disciolti, nell'interezza (consapevole e inconscia) del proprio essere, costituendo la struttura portante di quell'arte.

“Per essere veramente maestro nel tiro con l'arco la conoscenza tecnica non basta. La tecnica va superata, così che l'appreso diventi un'“arte non appresa”, che sorge dall'inconscio. Nel caso del tiro con l'arco questo significa che il tiratore e il bersaglio non sono più due cose contrapposte, ma una sola realtà”⁶

Il terapeuta ha sé stesso, e solo sé stesso come strumento del suo proprio lavoro, e lì è insieme, inscindibilmente, il bersaglio e il tiratore, il pilota e la sua macchina, il chirurgo e il suo bisturi, il musicista e il suo strumento, il pittore e i suoi colori.

A causa di questa fusione tra funzione e persona lo psicoterapeuta non potrà mai riuscire – al cospetto della sensibilità sofferta di chi ha chiesto il suo aiuto – a nascondersi con parole non autentiche o con gesti fittizi.

“Non esiste tecnica che possa renderci capaci di controllare *costantemente* gli innumerevoli fattori paralinguistici che danno vita ad una comunicazione appropriata e coerente con la relazione d'aiuto. Quale tecnica può mai insegnare a incarare appropriatamente il sopracciglio di fronte ad una comunicazione importante e inattesa? E quale dettato si dovrà seguire per avere in ogni istante la giusta tonicità dei settecento muscoli che ci sorreggono, affinché non risultino troppo tesi e comunichino timore o ostilità, o troppo rilassati e segnalino superficialità e disinteresse? Quale costrutto consentirà di commuoversi – di gioia o di pena – in un momento in cui sarebbe bello e sano che accadesse, oppure no?”⁷

Come tanti grandi della psicoterapia dichiarano esplicitamente alla conclusione della loro esperienza professionale, la funzione psicoterapeutica implica il dispiegamento, nella relazione terapeutica, dell'intero proprio “essere umani”, in ogni sua diramazione cognitiva e in ogni sua declinazione emotiva. Dispiegamento che è senza alcuna alternativa, poiché è una condizione ineludibile, non una scelta.

“La psicoterapia è, di fatto, un impegnativo immergersi con la propria vita nelle vite degli altri. Dal lato del terapeuta, dunque, la

⁵ L'incipit della voce “arte”, dal Dizionario Treccani Online: “In senso lato, capacità di agire e di produrre, basata su un particolare complesso di regole e di esperienze conoscitive e tecniche, e quindi anche l'insieme delle regole e dei procedimenti per svolgere un'attività umana in vista di determinati risultati: *l'a. del fabbro, del medico, del musicista, ecc.*”

⁶ E. Herrigel, *Lo Zen e il tiro con l'arco* (1948), Adelphi, 1975, p. 11.

⁷ *Essere terapeuti*, op. cit., p. 50

psicoterapia presuppone e implica un coinvolgimento personale senza il quale non esiste cura, neanche nel suo senso tecnico più stretto”.⁸

Marco Vannotti ci insegna, coerentemente con questa prospettiva, che una terapia diventa tale quando si riesce a “*vivere – pur senza ben rendercene conto, e accettando che sia così – il fatto di esistere di fronte all’altro*”⁹, sentendosi presenti e sentendo la presenza dell’altro.

In qualche intenso passaggio persino sincronizzati sulla stessa frequenza cardiaca, e con le onde cerebrali sintonizzate, mentre si vive la pienezza di una relazione che si è fatta nutriente per chi sta avendo la fortuna di prendervi parte.

Se il sapere speciale che richiede la funzione terapeutica appartiene a tale meraviglioso livello di complessità, come perseguirlo e afferrarlo, per quanto ciò sia possibile? Quali sono le competenze da coltivare e in quale assetto personale e relazionale?

Proprio perché siamo parte di un sistema di sistemi ciascuno dei quali complesso come una galassia (la persona, le famiglie, le culture, gli ambienti di vita, le biologie, i significati, i sistemi terapeutici, e così via), per orientarci dobbiamo *cercare ciò che è essenziale*, in ciò che pensiamo, sentiamo, facciamo nel nostro lavoro, e sapere con sufficiente approssimazione in quale punto dell’universo ci troviamo e la direzione in cui stiamo muovendo.

L’essenziale di ogni cosa è quella qualità, o proprietà, o caratteristica senza la quale quella cosa non è più nominabile in quel modo. La qualità essenziale di un oggetto che si possa chiamare coltello (uno dei mille coltelli immaginabili) è che tagli qualcosa, la proprietà essenziale di un oggetto che si possa chiamare sedia (una delle mille sedie che si possano immaginare) è che ci si possa sedere sopra, e se l’uno o l’altro oggetto non ha quella proprietà essenziale non possono definirsi “coltello” o “sedia”.

Qual è la qualità essenziale della psicoterapia, quella senza la quale essa non è tale? Cioè cosa deve avere in sé la psicoterapia per potersi definire tale?

Di seguito la mia proposta, intrisa al tempo stesso di esitazione e convinzione.

1. STUDIARE, APPRENDERE DA CHI CI HA PRECEDUTO, LEGGERE E RILEGGERE

Aiutare persone in difficoltà psicologiche, relazionali, esistenziali non è materia esclusiva di psicologi e psicoterapeuti: *l’aiuto psicologico esiste allo stato libero in natura da sempre*, perché da sempre gli umani, animali sociali per definizione, si aiutano tra loro stando dentro buone e

⁸ *Essere terapeuti*, op. cit., p. 22

⁹ M. Vannotti, in S. Cirillo, M. Selvini, A. M. Sorrentino, *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*, Raffaello Cortina, 2016

costruttive relazioni. Tutti abbiamo aiutato qualcuno, e tutti siamo stati molte volte aiutati da qualcuno, altrimenti non saremmo vivi, e capaci di aver letto sin qui.

Aiutare persone in un contesto professionale è però ben altra cosa, naturalmente. Lì occorre non solo costruire una relazione in cui siano massimizzati gli aspetti di qualità della relazione (pari dignità, trasparenza, autenticità, rispetto, e così via) – perché *la psicoterapia è essenzialmente la proprietà emergente, la risultante, di una relazione di alta qualità*. Occorre anche, nel contesto professionale, parallelamente e congiuntamente, massimizzare le competenze riguardanti la delicata gestione della relazione con persone in condizioni di vulnerabilità (e verso le quali si ha una responsabilità), e le competenze riguardanti il funzionamento bio-psichico del complesso mente/corpo/cervello.

Abbiamo, o potremmo avere, relazioni di alta qualità nella vita quotidiana, ma la relazione terapeutica impone la costruzione di un assetto in cui la perfetta parità umana, l'assoluta pari dignità dei protagonisti coesista con *l'asimmetria dei ruoli e delle responsabilità* – cosa che nelle relazioni umane quotidiane è presente solo quando si è nella funzione genitoriale, o di tutela di chi ha meno potere.

“È il terapeuta che ha la responsabilità (anche legale, non a caso) del prendersi cura dell'altro *insieme* all'altro, formandosi, sorvegliando attentamente il proprio stato psichico, facendo in ogni momento del suo meglio per guidare il processo terapeutico nel modo più idoneo a perseguire il benessere di chi a lui sta provando ad affidarsi. Nella chiarezza della definizione del problema, degli obiettivi, dei metodi del proprio lavoro.”¹⁰

Strutturando in ogni seduta un sistema cooperativo, in cui è necessario dare al paziente un ruolo attivo nel dialogo

“...assumendo la posizione di un retore che privilegia domande che amplino le competenze metacognitive e aprano a ipotesi su cui confrontarsi (sistema cooperativo), piuttosto che su affermazioni più o meno assolute e con valenza psicopedagogica (sistema di rango), secondo lo stile più proprio a un didatta o a un ermeneuta”¹¹

È parte essenziale di tale doverosa asimmetria l'acquisizione per quanto possibile del *sapere scientifico*, nel suo senso più esteso, sul funzionamento fisiologico e alterato della mente e delle relazioni umane nel contesto storico e sociale in cui prendono forma.

Essere psicoterapeuti, tuttavia, significa anche percepire o intravedere, o intuire, o almeno immaginare parte delle *infinite sfumature dell'animo umano*, e delle *infinite possibilità delle vite reali*, e

¹⁰ Essere terapeuti, op. cit., pag. 31

¹¹ G. Cambiaso, R. Mazza, *Tra intrapsichico e trigerazionale*, op. cit., p. 122

per questo occorre innanzitutto leggere, e rileggere, fondando *una propria personale biblioteca umanistica*.

“La biblioteca degli psicoterapeuti dovrebbe contenere non solo i libri degli studiosi della propria materia ma anche quelli dei poeti, dei letterati, dei filosofi – degli umanisti, insomma – sentiti come più vicini alla propria sensibilità. La buona letteratura, in particolare, apre la mente alla complessità che siamo, attraverso una moltitudine di opere umilmente pronte a essere scelte da chiunque solo lo volesse.

Oltre al piacere, gli insegnamenti espliciti e impliciti assunti dalla loro frequentazione (assimilazione, verrebbe da dire, perché la parola richiama l'idea dell'incorporazione e del nutrimento), hanno il privilegio di depositarsi autonomamente dentro di noi – e senza chiederci il permesso – materializzandosi in nuove connessioni cerebrali, ai livelli più profondi (emozionali, integrandosi nell'amigdala) e più alti (filosofici, nella corteccia cerebrale). Senza sforzo né intenzione, perché quando siamo davvero immersi nelle storie – e, più in generale, nella fruizione artistica e della bellezza in ogni sua manifestazione – diventiamo permeabili e fertili come una buona terra, proprio mentre stiamo facendo qualcosa che potrebbe apparire improduttiva, inutile.”¹²

Il terapeuta competente è dunque innanzitutto persona che ha studiato e studia, che sente su di sé la responsabilità della cura, e che si rende consapevole, anche attraverso l'esplorazione artistica, *dell'enormità del possibile*, stando in quel possibile senza troppa paura.¹³

Anche qui essendo consapevoli dell'impossibilità di sapere *tutto*, e neanche di sapere *tutto il meglio* di ciò che si è prodotto, ma senza per questo sentirsi ignoranti o incapaci. Coltivando l'essenziale, ancora una volta, e lasciando al proprio destino libri “scientifici” inutilmente corposi, che tante volte avevano il solo scopo di evidenziare, con il loro peso in grammi, la potenza immaginaria di chi li aveva scritti (e, specialmente, l'irrelevanza di altri), libri che puntualmente trascurano, sino a una negazione che sa di violenza, le infinite diversità che caratterizzano l'umano.

Meglio selezionare autori innamorati del proprio lavoro e desiderosi di trasmetterlo con semplicità, profondità, persino gioia. Non sono tanti quelli che si incontrano ma, incredibilmente, bastano. (Evitando con cura il “vaneggiamento laborioso e avvilito di chi compone vasti libri; quello di dilatare in cinquecento pagine un'idea la cui perfetta esposizione orale

¹² *Essere terapeuti*, op. cit., p.2

¹³ “*Be afraid of the enormity of the possible*”, “Aver paura dell'enormità del possibile”, è un'opera – una scritta al neon di colori diversi – del 2015, di Alfredo Jaar, artista cileno. Artista cileno classe 1956, che vive e lavora a New York. L'opera di cui stiamo parlando si può vedere a questo link <https://g.co/kgs/PCxTJn>

richiede pochi minuti",¹⁴, per andare al nocciolo duro e necessario: l'essenziale che ci serve.)

2.VIVERE LA COMPLESSITÀ, CERCARE IL SENSO, CONTEMPLARE L'INSENSATEZZA

Edgar Morin ci insegna a guardare la realtà che siamo e viviamo come complessità di relazioni tra ogni cosa, complessità che è possibile intendere solo sino a un certo punto, e solo accettando che sia così. D'altronde, ogni tentativo di negare o comprimere la complessità dell'universo iper-relazionale che siamo e che abitiamo conduce solo a una minore comprensione del reale, e di noi stessi e all'inefficacia reale degli interventi - come accade drammaticamente nel campo della salute mentale con l'uso inappropriato di psicofarmaci, o con approcci banalmente comportamentistici, l'uno e l'altro ingiustificatamente spacciati come "scientifici".

“Per meglio cogliere la complessa semplicità dell'umano, e dell'umano sofferente in particolare, occorrono punti di vista più alti, più distanti, magari meno precisi ma più capaci di comprendere, prendere insieme, molteplici fattori: come siamo fatti, e perché in quel modo; cosa ci unisce e cosa ci differenzia; cosa ci fa stare bene e perché è sempre così difficile raggiungere e mantenere uno stato di benessere; cosa è ragionevole e cosa no, e perché; e così via.”¹⁵

La sfida della complessità impegna chi voglia sostenerla ad andare verso l'alto, insomma, verso *punti di vista panoramici, capaci di includere ampie porzioni di paesaggio (sistemi relazionali, storie, significati)*. Siamo abituati a pensare che le cose si capiscono vedendole da vicino, osservandole nei loro dettagli più particolari, e questo è sempre vero.

Tuttavia, più andiamo nel dettaglio più si perdono elementi del circostante che spiegano e sostengono quel dettaglio. Esso, scollegato dal contesto e preso in sé, perde di capacità esplicativa e, potendo essere parte di molte cose tra loro assai diverse, diventa insignificante, quando non anche fuorviante. È quel che accade in psicoterapia e in psichiatria quando della persona che chiede aiuto si vede solo la sintomatologia e si cerca più o meno vanamente di cancellarla, con farmaci o con tecniche comportamentali, trascurandone il significato relazionale ed esistenziale, cioè la condizione (il contesto) da cui si origina e che sostiene nel tempo quella sintomatologia.

¹⁴ J. L. Borges, *Finzioni*, Adelphi, 2003

¹⁵ *Essere terapeuti*, op. cit., p. 47

Così come quando osserviamo un oggetto lo avviciniamo e lo distanziamo per mettere a fuoco i particolari e l'insieme, allo stesso modo, in psicoterapia, dobbiamo alternare lo sguardo ampio che la complessità impone, al focalizzare dettagli importanti, per tornare subito dopo allo sguardo grandangolare in cui i dettagli assumono senso. Sapendo che la materia di cui ci occupiamo si spinge sino al confine estremo della nostra capacità di dare senso alle cose che accadono e che siamo. Specie quando ci confrontiamo con il mistero che è la vita stessa e tocchiamo l'impossibilità di andare oltre nella comprensione, o con l'insensatezza di ciò che è così perché è così, pur avendo potuto essere altre differenti cose - come nel caso delle mutazioni genetiche, che nel corso di milioni di anni hanno determinato, senza alcuna intenzione, tutte le forme di vita, e come per ogni altra forma di casualità, che felicemente o tragicamente attraversa le esistenze.

Ciò che differenzia la psicoterapia e la psicologia clinica dalla pedagogia e dall'insegnamento meccanico, superficiale - e perciò labile negli effetti - di nuovi comportamenti, è lo sforzo congiunto del terapeuta e della persona che a lui si rivolge di *costruire insieme un sapere sensato*, capace di illuminare le ragioni della difficoltà che, a qualsiasi livello di intensità, ha condotto all'incontro terapeutico e di accogliere il misterioso e l'insensato.

Da quella *comprensione-nella-relazione* terapeutica si avvieranno i passaggi successivi, entrando nei nodi irrisolti, confrontandosi con essi e attraversandoli, poiché che "non c'è via di uscita se non attraverso. Non c'è via di fuga se non da dentro."¹⁶

Il terapeuta competente, perciò, *accoglie la complessità del reale e delle vite che incontra*, e sa che *la difficoltà, il dolore, l'incapacità che le attraversano vanno onorate*, per essere considerate e trattate con l'impegno umile e la fatica necessari quando si voglia realizzare qualcosa di importante.

3.SENTIRSI LIMITATI

Viviamo immersi nei nostri limiti - dal più elementare e generale (non possiamo avere, sapere, potere tutto) ai mille più specifici e circoscritti, riguardanti la nostra incerta capacità/possibilità di comprendere ciò che abbiamo di fronte, o di fare la cosa migliore in quel preciso momento, o di essere nel modo giusto - *e siamo circondati dai limiti che il contesto impone*: culture, risorse, rapporti di potere, e così via. L'individuazione accogliente di ogni limite, tuttavia, non genera né debolezza né impotenza.

Al contrario, libera energie e forze incagliate nell'impossibile, e le rende disponibili per ciò su cui la giusta postura e l'azione per il cambiamento necessario, sono perseguibili e attuabili. La consapevolezza

¹⁶ M. Mengiste, *Il re ombra*, Einaudi, 2021, p. 48

del limite ci protegge, dunque, e ci consente anche di valutare scientemente la possibilità di superarlo, e il conseguente predisporre in tal senso, ove sia desiderabile.

La consapevolezza di non essere migliori (più intelligenti, più buoni) delle persone che proviamo ad aiutare, poiché siamo tutti ugualmente imperfetti, e tutti esposti a ciascuno dei sentimenti possibili, compresi quelli che esplicitamente combattiamo e ripudiamo, deve accompagnare il terapeuta in ogni istante del suo lavoro.

“È semplice accettare l’idea che tutti si condivide l’identico universo emozionale quando si faccia riferimento a emozioni, idee e sentimenti positivi, cioè appropriati, benèfici, promossi o richiesti dal contesto. E così riconosciamo, e ci piace pensarlo, di avere tutti lo stesso bisogno di amore, di sicurezza, di rispetto, di sostegno, e facciamo del nostro meglio per approssimarci a quei sentimenti.

Più difficile e faticoso è, invece, il tenere a mente che il terapeuta e il suo partner di lavoro condividono tra loro anche ciò che è interiormente oscuro e negativo – cioè brutto, cattivo, inaccettabile, moralmente discutibile o addirittura ripugnante, socialmente riprovevole. Sentimenti, stati, caratteristiche che di solito proiettiamo sugli altri (i quali puntualmente contraccambiano, rendendo la pariglia).

Quando invece si riesce a integrare realisticamente l’immagine del curante, de-idealizzandola e restituendola alla sua contraddittoria umanità, si diventa direttamente e autenticamente più capaci di comprendere, più vicini e solidali, meno giudicanti, più compassionevoli, più autentici e chiari; liberi dalla fatica di immaginarsi diversi e migliori e perciò più capaci di vedere ciò che esiste al di là dell’oscuro del sintomo o del disturbo, ovvero il luminoso che ciascuno ha dentro di sé, sempre, anche quando coperto dalla polvere della sfiducia, o dalla cenere dell’incendio di un tempo.”¹⁷

La capacità del terapeuta di essere competente di sé, e di curare sé stesso, anche attraverso la terapia personale, e di farlo senza troppe resistenze, per sé stessi e per proteggere chi passerà dalle proprie mani, è talmente autoevidente da non meritare altre sottolineature, ed è essenziale per qualificarsi *terapeuti*.

BIBLIOGRAFIA

Borges J. L., *Finzioni*, Adelphi, 2003

¹⁷ Essere terapeuti, op. cit., p. 87

- Cambiaso G., Mazza R., *Tra intrapsichico e trigenerazionale*, Raffaello Cortina, 2018
- Cambiaso G., Mazza R., *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*, Armando, 2021
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M., *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*, Raffaello Cortina, 2016
- Herrigel E., *Lo Zen e il tiro con l'arco* (1948), Adelphi, 1975
- M. Mengiste, *Il re ombra*, Einaudi, 2021
- Vinci G., *Essere Terapeuti. Forza e fragilità dello psicoterapeuta e della psicoterapia*, Alpes, 2022
- Wallace D. F., *Questa è l'acqua*, Einaudi, 2017, p. 140.

DARE PAROLE E IMMAGINI ALLE EMOZIONI NELLA PRIMA INFANZIA:

La scatola magica come strumento di narrazione del sé

Giovanna Parimbelli¹ con il contributo di Tania Fasulo²

RIASSUNTO: La scatola magica, uno strumento di lavoro che durante la pandemia da Covid-19 ha permesso di raggiungere i bambini nelle loro case attraverso un canale social live. Uno strumento familiare per i bambini che si collegavano, e ora per i bambini che accedono ad una consultazione psicologica con le loro famiglie. La scatola magica, come altre produzioni fantastiche, può essere inserita all'interno del processo psicoterapeutico in momenti e con modalità diverse: diventa Storia terapeutica, un racconto costruito o su cui si lavora per conseguire un preciso scopo terapeutico. Un "facilitatore di narrazioni" che, grazie al suo aspetto ludico e creativo, può aiutare i terapeuti ad "affacciarsi" sul mondo interiore del bambino, una sorta di narrazione attraverso gli oggetti; oggetti nei quali rispecchiarsi o che risuonano in loro. La scatola magica rispecchia la visione magica che il bambino ha delle cose, le sue paure, i suoi desideri; come le fiabe gli permette di superare le sue insicurezze e accettare le responsabilità che lui è in grado di comprendere a livello profondo perché sfrutta le sue potenzialità immaginative e di fantasia. Non ha l'obiettivo di indurre ricordi, ma si pone come un possibile facilitatore di narrazioni e di relazioni. Essa è una porta per entrare nella storia del paziente, uno strumento per "far succedere qualcosa di emotivamente importante" che faciliti il processo di cambiamento.

SUMMARY: The magic box is a work instrument that permitted reaching out to children locked in their homes during the Covid 19 pandemic using a live social channel. It was a familiar instrument for the children which would tune into the channel and is an instrument today for the children which have to face a psychological consultation with their families. The magic box, as with other fantastical objects, maybe be inserted into the psycho-therapeutic process in different moments and in different ways. It becomes a therapeutic Story, a story which is constructed or on which one may work in order to reach a specific therapeutic goal. A 'storytelling facilitator' which, thanks to its playful and creative aspect, may help therapists 'look onto' the interior world of the child, a kind of story through the use of objects; objects they may mirror themselves in or objects that resound in them. The magic box reflects the magical vision that the child has of things, their fears, their hopes; as in fairy tales he helps them overcome their insecurities and to accept the responsibilities they are capable of understanding on a profound level because it exploits their imaginative and fantastical potential. It does not have the objective of inducing memories but is a mere facilitator of stories and relationships. It is a door to enter the patients story, and instrument to 'make something emotionally important happen' which facilitates the change process.

PAROLE CHIAVE: simbolico, narrazione, bambini, psicoterapia, ipotesi in psicoterapia, covid-19, cambiamento, il gioco, memoria autobiografica.

¹ Psicologa e psicoterapeuta in formazione presso la Scuola Mara Selvini Palazzoli. Fondatrice e coordinatrice pedagogica dell'Asilo Nido la Stellina e creatrice dello strumento "la scatola magica.

² Psicologa e psicoterapeuta in formazione presso la Scuola Mara Selvini Palazzoli

MALCOM: “Su vecchio mio! Non calarti il cappello sulla fronte.

Dà parole al dolore:

La pena che non parla sussurra al cuore affranto e gli ordina di spezzarsi”

MACDUFF: “Anche ai bambini?”

ROSS: “Tua moglie, i bimbi, i servi. Tutti quelli che hanno trovati.”

Shakespeare, Macbeth, atto IV scena 3³

*“Per offrire una speranza di vita anche alle parti più nascoste
ed inascoltate di sé, occorre metterle in condizioni di esprimersi,
prestando loro un suono, e poi una lingua”⁴*

Di Benedetto, A.

INTRODUZIONE

Silenzio assordante, elicotteri sopra la testa, strade vuote, nastri bianchi e rossi a bloccare altalene di un parco deserto sotto casa, e sirene, continue sirene di ambulanze che punteggiavano come una melodia quei giorni in molte città ma in particolare a Bergamo dover vivo. Il tempo cristallizzato e mille pensieri e adesso cosa fare per sé e per gli altri in una gara di solidarietà senza precedenti. Sono una psicologa clinica, e psicoterapeuta sistemica in formazione, ma la spinta mi è venuta da anni, oltre 15, di lavoro come pedagoga con i bambini da 0-3 anni e le loro famiglie: come stare accanto a loro senza che fosse una DAD “improvvisata”, come sostenere i bambini in quello scenario apocalittico che li ha visti strappati da quotidianità, routine e relazioni, ma soprattutto esposti a paure e lutti: utilizzare la scatola magica come strumento relazionale. Forse, anzi senza forse serviva a me per darmi un senso in quell’impotenza che ci ha assaliti. Mi permetto di citare John Bowlby, grande esperto dei rapporti di attaccamento-separazione, il quale affermava che “non è possibile elaborare completamente un lutto senza la presenza di un’altra persona”. Dovremmo tener presente proprio questo, di come nelle situazioni difficili siano importanti ed efficaci rapporti affettivi basati sul dialogo e l’apertura. Nonostante siamo erroneamente convinti che i bambini siano estranei al concetto di morte, in realtà soprattutto oggi essi incontrano continuamente questo tema “pescando qua e là” da conversazioni di adulti e, soprattutto, dalle immagini costanti sui nostri televisori, ai quali assistono indifesi perché gli adulti sono convinti che siano concentrati su altro. La questione, quindi, non è se i bambini debbano essere educati alla morte ma come educarli, quali sia il modo più utile e credibile per farlo. I bambini sono costantemente alla ricerca di conoscenza e di significato di tutto ciò che li circonda e come genitori ed educatori spesso ci troviamo a rispondere

³ Shakespeare, W., 1964

⁴ Di Benedetto, A., 2006

a domande quali: da dove vengo? Dov'ero prima di trovarmi nella pancia della mamma? Ma anche domande che mettono noi adulti ancor più in difficoltà: perché si muore? Dove si va quando si muore? Può spaventare ed apparire strano ma parlare della morte è un discorso che aiuta a crescere. È importante oggi più che mai preavvisare, annunciare l'arrivo della morte, permettendo anche ai figli di piangere delle perdite che hanno così drasticamente alterato la loro vita. Quando, però il dolore è così intenso da non avere più accesso alla coscienza, quando i pensieri sono così dispersi da non essere più comprensibili ai propri simili, quando i contatti più vitali con il mondo sono recisi neppure allora lo spirito dell'uomo soccombe e il bisogno di creare può persistere⁵, mi è nata così l'idea di traghettare uno strumento di lavoro che da anni stavo mettendo a punto, "La scatola magica" e di raggiungere i bambini nelle loro case quotidianamente attraverso un canale social live, sempre alla stessa ora alle 18.00 per circa 30-40 minuti. Chiunque, in particolare in un momento di crisi e di difficoltà quando, per esempio, si trova di fronte scelte o decisioni drastiche e non procrastinabili, che prevedono evoluzioni antitetiche, ha bisogno di certezze. Certezze che mitigano il senso di instabilità, a costo di attaccarsi a riferimenti rigidi, in cui si privilegia l'immobilità e la certezza⁶, l'appuntamento con la scatola magica era una certezza, e lo è ora entrando nel mio studio. La scatola magica così è diventato qualcosa di noto e familiare per i tantissimi bambini che si collegavano, ed ora per quei bambini che accedono ad una consultazione.

Prendendo in prestito la metafora del guardaroba scritta dal Dott. Cirillo nell'introduzione dell'articolo di Lamas⁷ "Solitamente i nostri clienti dispongono di un guardaroba di modeste dimensioni, oppure proprio non ce l'hanno, motivo per cui devono indossare sempre lo stesso abito... tutti i vestiti sono utili a determinate circostanze, ma può essere pericoloso disporre di un solo capo o di un guardaroba eccessivamente ristretto." Allo stesso modo il terapeuta deve a mio avviso disporre di più abiti da indossare non per ostentare la sua conoscenza in modo maieutico ma per apprendere, contaminare il suo sapere e dividerlo. Da questa riflessione è nata l'idea di scrivere il libro "La scatola magica"⁸ e successivamente questo articolo che mi è stato chiesto ma che ci è voluto tempo per permettermi di scriverlo, ma ho umilmente visto nel tempo nella scatola magica il potenziale rituale di "facilitatore relazionale" e così mi sono messa all'opera.

"Il nostro cervello è una macchina complessa che deve gestire una quantità impressionante di informazione appena può utilizza schemi che ha già elaborato e che conosce. Qualcosa di nuovo attira la sua attenzione, prima di cominciare da zero guarda se al proprio interno ci sono immagini e concetti che possono essere utilizzati "Non ce ne accorgiamo

⁵ Arieti, S., 1979

⁶ Cambiaso, G., Mazza, R., 2018, p.39

⁷ Lamas, C., P., 2020

⁸ Parimbelli, G., 2021

perché il 93 % dell'attività cerebrale avviene a livello inconscio, ma nella nostra testa procediamo per schemi e metafore: utilizziamo qualcosa di noto e familiare per meglio comprendere qualcosa di nuovo e insolito" (George Lakoff, 1980, intervista rilasciata per la Repubblica il 21-7-2016) ⁹ Il terapeuta ricorre, quindi, a metodi analogici e con l'ausilio di metafore, esercizi esperienziali, oggetti "fluttuanti", fa parlare il corpo della relazione, si genera così un discorso carico emotivamente che dice qualcosa di nuovo ai soggetti in relazione, come esperienza che può contribuire a trovare soluzioni originali.¹⁰ Sogni, metafore, etimi, hanno spesso l'effetto di favorire la nascita di una prospettiva differente e a volte imprevista e imprevedibile. Possono rappresentare un'inedita chiave di lettura, che permette l'apertura del pensiero laterale. Un meccanismo collegato al cambiamento di prospettiva innescato dallo spostamento, nell'analisi di un sistema, verso un inedito angolo di osservazione. Non sono un semplice ornamento del discorso ma esprimono un modo di vedere la realtà.¹¹ La metafora; infatti, è parte integrante della nostra realtà quotidiana numerosi approcci terapeutici si sono interessati alla metafora come strumento di cambiamento. Infatti, la metafora è considerato non solo un abbellimento linguistico, ma una forma di pensiero, uno strumento che permette di categorizzare le nostre esperienze. La realtà è definita in termini metaforici e le metafore incidono sul modo di percepire, di pensare, di interagire, e giocano un ruolo molto significativo nel determinare ciò che è reale o no"¹², inoltre la metafora stimola tra terapeuta e paziente il rafforzamento del canale emotivo-affettivo creando empatia e sintonia. Così come la metafora può supportare il paziente nel dare spiegazioni alternative alle situazioni vissute, per accettare una spiegazione alternativa e farla sua. ¹³

Ma se dare parole al dolore e alle emozioni è sicuramente una parte importante del lavoro di terapeuta, talvolta però la parola è una sponda lontana, incapace di dare immediatamente senso e pensabilità all'esperienza umana¹⁴. Spesso, infatti, i bambini non sono in grado di parlare delle proprie emozioni, usando il linguaggio comune ma possono mostrarle ed esprimerle molto bene attraverso i disegni, i giochi, le storie per esempio con le marionette, i peluches (Lamas¹⁵) la sabbia o i racconti ¹⁶. Inoltre, i bambini amano molto le storie; ogni bambino mostra un forte bisogno del mondo narrato dalle fiabe e riceve da queste come notato da Landini e Lambruschi¹⁷ "sollecitazioni emotive, senso di sicurezza, carica affettiva; conferme del proprio sé e, contemporaneamente,

⁹ Cambiaso, G., Mazza, R., 2018, p. P196-197

¹⁰ Caillé P., Rey Y., 2005

¹¹ Cambiaso, G., Mazza, R., 2020, P.99

¹² Lakoff & Johnson, 1998.

¹³ Lakoff 1998, p195-208

¹⁴ Atti del convegno: Arte e Arti Terapie, più di un confronto, più che un dialogo, Bologna 25-26 maggio 2012

¹⁵ Lamas,P.,C.,Alonso,R.,A., et al., 2019

¹⁶ Dale & Lyddon, 2000; Dale & Wagner,2003; Sunderland; 2007, Walker, 1998

¹⁷ Landini e Lambruschi, 2004 p.217

sapienti perturbazioni integrabili”, basta pensare all’insistenza di un bambino nel farsi raccontare o leggere la sua fiaba preferita. Inoltre, a partire dall’infanzia, quando gli individui sviluppano lentamente la capacità di comprensione del significato della loro esistenza nel mondo stesso ¹⁸, le fiabe possono essere viste come modalità di interpretazione della realtà, attraverso le quali il bambino dà un senso all’esperienza; sono strumenti privilegiati per la conoscenza del mondo, delle caratteristiche delle azioni umane, del sistema di norme e valori propri della cultura in cui vive. La fiaba, come altre produzioni fantastiche, come ad esempio la scatola magica, può essere inserita all’interno del processo psicoterapeutico in momenti e con modalità diverse e diventa Storia terapeutica¹⁹, un racconto costruito o su cui si lavora per conseguire un preciso scopo terapeutico. La scatola magica può raccontare storie spontaneamente riferite dal bambino o costruite dal Terapeuta ma solo per illustrare scenari possibili partendo sempre dalle narrazioni personali dei bambini o dei genitori per la comprensione del bambino stesso. Ogni esperienza influenza nel bene e nel male le nostre abitudini, nel decidere le qualità delle esperienze che seguiranno, e così come un’esperienza è in grado di suscitare curiosità, rafforzare l’iniziativa, far nascere desideri propositivi, può essere una forza propulsiva. Qualsiasi esperienza fatta, subita, modifica il soggetto che agisce e crea nuove attitudini emotive ed intellettuali, di sensibilità fondamentali e di modalità di risposte alle svariate condizioni in cui ci si imbatte nella vita e così è stato anche per me. Il mio incontro con la scatola magica è inizialmente avvenuto, come spesso mi è successo nella vita, un po’ per caso ma all’interno di un continuo desiderio di sapere e con il tempo ho cercato cornici teoriche di riferimento, una scatola di cartone, di plastica, la mia di legno, al cui interno riporre infiniti oggetti ai quali ogni terapeuta dà un personale significato in una continua relazione. Uno strumento che mi ha permesso di narrare mille altri mondi possibili, che permettere di dare voci alle emozioni, un canale di comunicazione analogico che è successivamente entrato a far parte del mio bagaglio ancor minimo di strumenti.

“Giocare” con la scatola magica è giocare con la produzione di immagini e gesti, può aiutare a riprendere il filo di un discorso, talora sospeso o spezzato, di fronte alla complessità di quei giorni ho pensato che la scatola magica potesse divenire un’esperienza qualitativamente positiva in ambito psico-educativo. La scatola magica ha in sé anche l’aspetto del gioco e ciò che connota il gioco come tale è il suo carattere ludico²⁰. La ludicità si riferisce al fatto che il giocatore assume uno stato mentale caratteristico che gli permette di giungere ad una diversa visione del mondo una “inclusio”. Infatti, una delle caratteristiche dello stato mentale ludico è disposizione ad essere “come se” ma nei bambini della fascia 0/6 la scatola magica si ancora al pensiero magico tipico di

¹⁸ Bettelheim, 1984

¹⁹ Burns, 2006

²⁰ Bateson, G., 1956

quell'età. I bambini inizialmente attribuiscono vita sia ad oggetti animati che inanimati, l'attribuire vita ad oggetti inanimati diminuisce con l'età. La tendenza del bambino a considerare i corpi come vivi e dotati di intenzione è da Piaget chiamata *animismo infantile*. Fino all'età di 6-7 anni tutti i corpi per il bambino sono coscienti vivi anche quelli immobili in quanto per il bambino non possono esserci azioni non accompagnate da coscienza. Piaget sostiene che all'origine dell'animismo vi siano due fattori: individuali o biologici e sociali. I fattori di ordine individuale sono l'indissociazione e l'introiezione, nei primi anni di vita il bambino è incapace di differenziare se stesso dal resto del mondo, sviluppa una sovrapposizione tra i suoi sistemi ambientali, le sue sensazioni suoi sentimenti e le caratteristiche degli oggetti che lo circondano di conseguenza il reale è per il bambino magico animistico. Il bambino estende il suo sentire su tutto ciò che lo circonda essendo egli stesso unica cosa di cui possiede una percezione, gli oggetti che lo circondano assumono i suoi sentimenti le sue volontà e le sue possibilità d'azione.²¹ Già con la mia tesi di laurea magistrale in psicologia clinica mi sono occupata di una metanalisi rispetto all'efficacia della scrittura autobiografica nella costruzione del sé. Lavorando da oltre vent'anni con minori da 0-6 anni e non solo, in ambito educativo prima e psicologico poi, ho riflettuto molto sull'utilizzo della scatola magica come facilitatore di narrazioni, infatti, grazie al suo aspetto ludico e creativo, ci può aiutare ad "affacciarci" sul mondo interiore del bambino, comprendendo non solo ciò che è esplicito ma anche e soprattutto "sbirciando" nel "non detto", nel ciò che viene evitato, in quanto nelle relazioni intergenerazionali anche il non detto diventa trasmissibile, così come le difese ... non parlare della morte con i bambini, sono piccoli non capiscono ... ho ritenuto che la scatola magica potesse diventare un facilitatore narrativo. Vi sono un'infinità di tecniche specifiche per aiutare i bambini/preadolescenti ad esprimere le loro emozioni, il mio obiettivo è quello di aiutarli a prendere consapevolezza, a dare loro voce e a credere aprioristicamente alle loro narrazioni, "e ad una maggiore consapevolezza di sé segue la possibilità del cambiamento"²². L'ipotesi è che la scatola magica aiuti a fare in modo che parlino di sé grazie ad uno strumento divertente e piacevole, attraversando i momenti difficili della loro vita, una sorta di narrazione attraverso gli oggetti, oggetti nei quali rispecchiarsi o che risuonano in loro o che appunto vengono sistematicamente evitati. E ancora, la scatola magica potrebbe permettere ai bambini di narrare le proprie esperienze che costituiscono la memoria autobiografica. La memoria autobiografica, infatti, immagazzina fatti e eventi accaduti alla persona in relazione a schemi o percorsi di significato, impliciti o espliciti, consapevoli o inconsapevoli che contribuiscono alla costruzione della nostra identità. I ricordi autobiografici rappresenterebbero, quindi, i blocchi per la costruzione dell'identità personale, utili a dare un senso di continuità dal

²¹ Piaget, J., 1926

²² Oaklander, 2021

passato al futuro²³. Permette ad ognuno che la svolge di essere diverso ogni giorno, di essere unico ogni volta che la apre, perché anch'egli possa scegliere di estrarre e narrare ciò che in quel momento può condividere in modo autentico ed "ogni racconto è un'iniziativa di liberazione"²⁴. Mi piace pensare ogni volta che la utilizzo che sia ogni volta una prima volta per le personalissime storie che ascolto. Un racconto non è il ritorno dal passato, è una riconciliazione con la propria storia. Si rimette a posto un'immagine, si dà coerenza agli eventi, come se si riparasse un'ingiusta ferita. La costruzione di un racconto che riguarda noi stessi, che riempie il vuoto di ciò che può offuscare la nostra identità. "Quando non si ha memoria si diventa nessuno, e quando si ha paura del proprio passato ci si lascia intrappolare dalla propria ombra"²⁵. Il primo passo per la resilienza è poter condividere il dolore e la sofferenza in modo autentico "è possibile ritornare ad essere persone vere a condizione che l'ambiente ci lasci parlare"²⁶. A prescindere dal fatto che si sia trattato di un solo evento traumatico, di una serie ripetuta di esperienze negative o di un aspetto traumatizzante del contesto di sviluppo legato all'attaccamento, la mancata risoluzione del trauma comporta il permanere di influssi negativi sul funzionamento della mente. Anche esperienze meno gravi, ma che compromettono la comunicazione sintonizzata possono ferire il bambino lasciando un segno nella sua vita²⁷. Anche questi traumi con la T minuscola vanno considerati ferite psicologiche che possono essere in parte rielaborate, narrate e rimarginate con l'utilizzo della scatola magica all'interno di sedute psicologiche/psicoterapeutiche.

L'utilizzo della scatola magica in quei giorni, e poi adottata in studio, è avvenuto anche grazie alla mia attuale formazione in psicoterapia sistemico-relazionale presso la scuola Mara Selvini Palazzoli sede di Brescia, infatti ho iniziato ad approfondire e sperimentare l'utilizzo di tecniche espressive ed esperienziali che possono aiutarci con il paziente, nel creare una connessione tra il canale non verbale e quello verbale, permettendo al pz di raccontarci la sua realtà, perché "noi possiamo sempre solo parlare di immagini della realtà e non della realtà"²⁸. La scatola magica può essere un tramite tra le nostre 2 lingue: quella obiettiva, cerebrale, logica e analitica la lingua della ragione e la lingua dell'immagine analogica, la lingua della metafore, forse del simbolo, in ogni caso della totalità e complessità (non della scomposizione analitica).²⁹ Se vi sono due lingue, ci sono due immagini diverse del mondo fondamentalmente differenti, giacché è noto che un linguaggio non rispecchia la realtà ma piuttosto crea una realtà.³⁰ Il mio approccio

²³ Mammarella, D., D., 2011

²⁴ Cyrulnik, 2009

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ivi. P.21

²⁷ Malacrea, 2021

²⁸ Watzlawick, P., 1980, p.19

²⁹ Watzlawick, P., 1980, p.23

³⁰ Watzlawick, P., 1980, p.24

all'utilizzo della scatola magica all'interno della stanza di psicoterapia è come quello dello scienziato: aspirare a conoscere la realtà ignota che sta oltre i confini dei propri sensi, ma la loro conoscenza della realtà sarà sempre approssimata, nessuna congettura intorno alle realtà è convalidabile da prove".³¹

Obiettivi	Indicatori	Atti professionali	Strumenti	Tempi
Cosa ci proponiamo di ottenere	Su quali elementi misuriamo il raggiungimento degli obiettivi	Cosa facciamo per raggiungerli quali sono le modalità di lavoro	Quali eventuali strumenti pensiamo di utilizzare	Quali tempi ipotizziamo necessari per il raggiungimento degli obiettivi
Narrazione del sé, narrazione della sua realtà	Apertura emotiva, acquisizione di consapevolezza, convalida emotiva	La scatola magica come posto al sicuro in un setting terapeutico	Scatola magica del terapeuta e del paziente	Non c'è un tempo predefinito

La scatola magica, quindi come una fiaba rispecchia la visione magica che il bambino ha delle cose, le sue paure, i suoi desideri; come le fiabe gli permette di superare le sue insicurezze e accettare le sue responsabilità e lo pongono di fronte alle reali difficoltà della vita attraverso un linguaggio facilmente accessibile, che lui è in grado di comprendere a livello profondo perché sfrutta le proprie potenzialità immaginative e di fantasia. La scatola magica, come le fiabe, offre a mio avviso possibili soluzioni non sempre rappresentate in maniera esplicita, e il bambino attraverso la propria fantasia decide come applicare a se stesso quanto viene rivelato dalla storia sull'oggetto circa la vita e la natura umana. La fiaba ... e per me la scatola magica, come una metafora, una forma di comunicazione di genere narrativo in cui un'espressione viene trattata da un campo di esperienza e utilizzata per dire qualcosa a proposito di un altro campo di esperienza³² attraverso il quale il bambino tenta di rendere esplicite nel costante sforzo di connessione e differenziazione nei confronti delle sue figure di riferimento.

A volte ci troviamo a dover affrontare una situazione che appare complessa, sia dal punto di vista psicopatologico, sia dal punto di vista di

³¹ Cambiaso, G., Mazza, R., 2018, p.93

³² Burns, 2006 p.11

evidenti conflitti relazionali. In questo caso può essere consigliabile far precedere la convocazione dei bambini da alcune sedute di lavoro con i soli genitori.³³ Dopo il primo colloquio o più colloqui esplorativi, cerco di aver in mente quale potrebbe essere la fatica che li ha portati a contattarmi e penso se nella mia scatola ci siano oggetti significanti, qualche volta è necessario che cerchi nuovi oggetti per nuove fatiche da inserire, ma spesso i bambini si rispecchiano in oggetti che nemmeno avevo ipotizzato. L'uso della scatola magica richiede il giusto "timing" come in tutti gli interventi, ma di fatto è presente in bella vista sullo scaffale sin dalla prima seduta con il bambino/preadolescente, magari con un oggetto che fa capolino e genera curiosità. Ci sono peluche di Koala con cui lavoro in seduta e libri ma non altri giocattoli. La stanza di terapia essendo il luogo dell'emozione deve risultare confortevole, caldo, accogliente, curato come in effetti il paziente desidera che sia la figura a cui mettere in mano le sue sofferenze, le sue fatiche, le sue ansie e anche i suoi più inconfessati segreti³⁴

Quando si è creata l'alleanza e il setting è secondo me percepito come un possibile posto al sicuro, la scatola magica accoglie il bambino e la famiglia in mezzo alla stanza, sul tappeto, ed io seduta accanto ed invito il bambino a sedersi accanto a me, mentre se possibile mamma e papà aspettano seduti sul divano nella stanza dopo aver chiesto loro di non intervenire, altre volte i genitori vengono invitati ad uscire. Per prima cosa occorre ricevere i bambini in un contesto accogliente e cordiale, ma che a un tempo segnali chiarezza e rispetto. I bambini devono essere messi in grado di cogliere la natura del contesto di terapia, così che possano essere consapevoli dell'importanza di ciò che si sta facendo. L'atteggiamento più semplice che il terapeuta può assumere è quello di mostrare, fin dalle prime battute, che conosce i genitori, del suo nome, dell'età, della scolarità e anche delle difficoltà, definite come qualcosa che preoccupa i genitori e che li ha motivati alla consulenza³⁵ Dopo aver dedicato una parte al colloquio anche con il bambino secondo l'età, la seconda parte dell'incontro potrà invece utilizzare materiali di gioco che permettano ulteriori approfondimenti³⁶ ed è in questo contesto che si può a mio avviso utilizzare la scatola magica. prestare attenzione ad alcuni accorgimenti che consentono di trarre dall'incontro le informazioni utili.

Quando apro e utilizzo la scatola magica, come ogni terapeuta nel suo lavoro non sono un osservatore esterno, ma parte integrante del sistema osservato, l'immagine cioè del terapeuta come "allenatore"³⁷ lavora con il pz per cercare di ampliare il suo orizzonte narrativo generando nuove mappe³⁸ ... nuovi altrove. "Scosto appena il coperchio e lascio che scrutinio, spostino gli oggetti e tocchino e aspetto... raramente non viene

³³ Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin et al., 1974

³⁴ Cambiaso, G., Mazza, R., 2018, p. 110

³⁵ Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., (2016), p. 215

³⁶ Ibidem, p.216

³⁷ Vario;1985; Perizzi, Viario 2000

³⁸ Cambiaso, G., Mazza, R., 2018, p. 63

estratto nulla, se così fosse estraggo io un oggetto e inizio a narrare a seconda della motivazione della richiesta ma non andando direttamente... si va per gradi, come direbbe Dott. Cambiaso “appoggio” ipotesi leggere. È fondamentale tenere altresì presente che la nostra memoria, e quindi anche quella dei bambini, archivia talvolta in modo imperfetto i ricordi e che a volte può produrne di falsi. Barlett, ha fornito un fondamentale contributo teorico sul tema degli errori di memori, e che ha suddiviso essenzialmente in due tipi di errori: errori di sintesi ed errori di intrusione, quest’ultimi dovuti all’aggiunta di elementi o particolari che non erano presenti nello stimolo originale³⁹. Nell’uso della scatola magica, così come di altri strumenti favorevoli le narrazioni autobiografiche, occorre quindi tener conto che si può verificare il caso di una falsa produzione di ricordi che ha molteplici spiegazioni, una tra tante quella di colludere con chi pone i quesiti⁴⁰.

Occorre quindi tener presente i principali paradigmi, ovvero quelli che si sono rivelati più efficaci nell’induzione di falsi ricordi autobiografici infantili:

il Paradigma del falso ricordo familiare⁴¹

il Paradigma della dilatazione dell’immaginazione⁴²

La scatola magica, quindi, non ha l’obbiettivo di indurre ricordi, ma si pone come un possibile facilitatore di narrazioni, spesso infatti, iniziano a narrare il loro racconto facendo giri immensi, servono più sedute e molti oggetti, ma la partenza è già una possibilità al cambiamento, così la scatola magica diventa un attivatore emotivo all’interno di uno spazio protetto. Perché non siamo solo noi gli esperti, lo siamo per i modelli teorici, le chiavi di lettura, strumenti e tecniche, e della mente umana, ma il paziente, sia pur bambino è l’esperto di sé, così a volte estraggono loro dalla mia scatola o da quella che abbiamo creato insieme in seduta e nella quale ripongono gli oggetti che vogliono. Così come talvolta può accadere che sia il terapeuta, in condizioni certamente speciali e non riconducibili a una conversazione ordinaria a inserire in terapia pensieri connessi a riferimenti artistici, film, libri, viaggi ⁴³ e oggetti che divengono simbolo, aggiungo io. L’etimologia del termine simbolo, infatti, rimanda ad un oggetto che acquista significato quando le due parti in cui all’origine è stato diviso si ricongiungono; dal greco σύμβολον: mettere insieme, l’idea che il simbolo crei legami tra dentro e fuori di sé. Nel contesto psicoanalitico, il concetto di simbolo ha sempre ricoperto un ruolo fondamentale nonostante nel corso del tempo la sua accezione si sia modificata. M. Klein nella sua teoria il processo di simbolizzazione acquista un ruolo intermediario tra mondo interno del bambino e il mondo esterno reale: è su di esso che si edifica il rapporto del soggetto

³⁹ Barlett, F., 1932

⁴⁰ Leone, 2001

⁴¹ Loftus E., F., & Pickrell, J., E., 1995

⁴² Vannucci, M., 2008

⁴³ Cambiaso, G., Mazza, R., 2018, p. 206

con il mondo esterno e con la realtà nel suo complesso “⁴⁴. La funzione del simbolismo per la Klein in età precoce è quella di contenere e tollerare l'angoscia generata dal sadismo proprio di questa fase, spostando altrove le fantasie distruttive dirette al corpo materno ed ai suoi contenuti. Per Milner la capacità di simbolizzazione nasce dalla necessità del bambino di fondere l'ignoto con il noto per dare un ordine alle proprie esperienze, altrimenti resterebbe preda di angosce tremende. Il bambino così crea il mondo, cioè lo conosce nella illusione onnipotente di crearlo. Il processo di simbolizzazione, la capacità di creare simboli, sin dall'origine, non solo dei rapporti da mondo interno e mondo esterno, ma soprattutto dell'evoluzione e strutturazione dell'Io dell'individuo. La formazione del simbolo è quindi funzionale se non indispensabile alla conoscenza. Per Winnicott la capacità di simboleggiare e la crescita, sono un esito della relazione oggettuale con una madre che si lascia distruggere in fantasia ma sopravvive.⁴⁵

Bion, infine, descrive il simbolo come la base del pensiero, nella sua teoria della mente, come apparato per pensare i pensieri, infatti, la capacità di simbolizzazione è all'origine dell'evoluzione dell'Io. Bion come la Milner sostiene che il bambino ha la necessità di fare ordine nel caos delle sensazioni e delle percezioni perché per ciò che non conosce lo spaventa, allora è il pensiero che collega tra loro percezioni sensoriali attraverso legami emotivi⁴⁶. La funzione più vera ed originale del simbolo è più semplicemente, al di là di considerazioni a valle, quella di riunire. Il simbolo mette insieme linee di pensiero e di esperienza, idee, moti, sentimenti - una sintesi che funziona non in maniera esauriente in sé, ma come funziona una chiave: il simbolo è un'immagine che apre le porte di tutto ciò che lo compone, ad ogni livello. La scatola magica è una porta per entrare nella storia del paziente, o meglio ancora “far succedere qualcosa di emotivamente importante per poi ragionarci sopra”⁴⁷. La scatola magica per come l'ho studiata e proposta è qualcosa di molto personale, per questo non è così semplice dare indicazioni, sicuramente serve una scatola discretamente grande che ognuno di noi può decorare. Può essere di cartone, di plastica o in legno. La parte più complessa è sicuramente il contenuto che è strettamente legato con i significati che vogliamo dare a ciascun oggetto: possiamo partire dall'oggetto e pensare cosa narrare, oppure, di fronte ad una fragilità, possiamo immaginare e cercare l'oggetto corrispondente. La mia scatola magica nel tempo ha accolto svariati oggetti provenienti da viaggi lontani o regali curiosi anche ad opera dei miei figli che hanno contribuito al suo sviluppo. Ho scelto via via di veicolare, attraverso oggetti nuovi, possibili scenari familiari e sociali in relazione alle costanti modificazioni sociali, così una matrioska multi-etnica mi aiuta a mostrare i possibili mondi materni, o affrontare argomenti come l'adozione. Mi stupisce come i

⁴⁴ Klein, M., 1930, p. 251

⁴⁵ Winnicott, D., 1971

⁴⁶ Bion, W., 1962

⁴⁷ Yalom, I., 2005

bambini mi chiedano ripetutamente di mostrarla loro e di sottolineare che tutti sono stati nella pancia di una mamma. Oppure una marionetta con un elefante adulto e due cuccioli mi aiuta a parlare di separazione. Per prima cosa occorre ricevere i bambini in un contesto accogliente e cordiale, ma che a un tempo segnali chiarezza e rispetto. I bambini devono essere messi in grado di cogliere la natura del contesto di terapia, così che possano essere consapevoli dell'importanza di ciò che si sta facendo. L'atteggiamento più semplice che il terapeuta può assumere è quello di mostrare, fin dalle prime battute, che conosce i genitori, del suo nome, dell'età, della scolarità e anche delle difficoltà, definite come qualcosa che preoccupa i genitori e che li ha motivati alla consulenza⁴⁸ Dopo aver dedicato una parte al colloquio anche con il bambino secondo l'età, la seconda parte dell'incontro potrà invece utilizzare materiali di gioco che permettano ulteriori approfondimenti⁴⁹ ed è in questo contesto che si può a mio avviso utilizzare la scatola magica.

Un ragnetto con otto zampe di cui una più corta mi permette di parlare di inclusione, il tutto con la canzoncina di "Willy il ragnetto". È un po' come sottolineare aspetti faticosi con sensazioni piacevoli e routinarie, pertanto, rassicuranti: Caterina ha un problema muscolare ad un arto e estraendo Willy il ragnetto dalla mia scatola sottolineo come anche lui abbia una zampa più corta ma cantando la canzoncina evidenzio che "Willy il ragnetto ce la fa lo stesso e sale sale su e non lo vediamo più". E ancora animali per le dita che fanno il girotondo mi supportano nello spiegare l'unicità e la preziosità di ognuno, la ricchezza negli scambi e la mancanza di pregiudizi. Oggetti rotti mi aiutano a parlare della malattia e delle possibili cure.

Anche l'utilizzo di oggetti di dimensioni, lunghezze e pesi diversi aiutano ad esprimere il significato di crescere e diventare grandi. Un fenicottero che morde un maiale con un evidente cerotto mi supporta nello spiegare che è normale essere arrabbiato ma che dobbiamo trovare altre strategie e che dopo aver litigato si può tornare a giocare insieme. Elisabetta ha 5 anni ed un fratellino più piccolo di 3 dal quale fatica a difendersi, subisce molto e si sente in colpa se reagisce perché "lei fa la brava bambina". Attraverso il maiale che viene morso dal fenicottero (il maiale ha una vistosa medicazione) ho legittimato Elisabetta a dire di no, ed ho iniziato a narrare che è normale litigare ma che non si morde, si usa la parola, che poi chi è morso è molto triste. A quel punto Elisabetta mi ha detto: "allora lo dico a mio fratello che non deve mordermi e poi lo spiego alla mamma e al papà che è normale litigare". Un koala con la mascherina mi ha aiutato durante questa pandemia a familiarizzare sia con il virus che con la mascherina stessa. Un topolino di paglia a cui accidentalmente si è staccato un orecchio mi introduce alcuni gesti nella lingua dei segni per bambini sordi. Federico, 17 mesi sordo dalla nascita per lui l'approccio alla scatola magica è molto complesso per questo ho pensato di inserire un "topolino con un solo orecchio e con lui la parola si

⁴⁸ Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., (2016), p. 215

⁴⁹ Ibidem, p.216

unisce alla lingua dei segni. Una marionetta triste per parlare di emozioni, o ancora due mostri che non fanno paura mi introducono in narrazioni sulle possibili paure. Francesco, 3 anni, non ha paura di nulla, in realtà non si autorizza a sentirle, allora dalla mia scatola estraggo un primo mostro e subito dopo un altro... “Perché il mio mostro ha paura del buio e ha bisogno di un amico, ognuno di noi ha paura di qualcosa. Io per esempio dell’altezza. Possiamo chiedere a mamma e papà di cosa hanno paura. I miei mostri per affrontare la paura stanno insieme sempre e poi canto una canzone modificata “i miei mostri stanno in soffitta ben nascosti nell’armadio ma con la lucina della notte, quando arriva mezzanotte saltan fuori dall’armadio attraversano il lucernario e vanno sui tetti a passeggiar perché c’è la luce della luna. Tutti abbiamo paura di qualcosa. Un oggetto che si rompe e sparisce dalla scatola mi aiuta ad elaborare un lutto. Chiara, educatrice, ha esperito come di fronte al suo “pollo Giovanni”, che si era rotto in modo irrecuperabile ed era stato tolto dalla sua scatola, ogni volta alcuni bambini le chiedevano dove fosse finito e lei rispondeva “Non c’è più!”. Abbiamo dunque ipotizzato di far “scompare definitivamente” un oggetto noto ai bambini quando verificavano lutti in famiglia per rendere nel loro immaginario più consapevole il concetto del “non c’è più” e non erroneamente è “andato via”, così che alla sensazione di tristezza della perdita ci fosse comunque quella piacevole della scatola che continua. Mi stupisce sempre come i bambini utilizzino letteralmente le nostre parole, perciò facciamo molta attenzione nello sceglierle.

L., 8 anni, estrae molti oggetti, si ferma su un dinosauro ma mi dice “Non fa paura”. Io ammetto di avere alcune paure, ma è evidente che non è di quello che vuol parlare, parla tra sé e sé mentre estrae oggetti e poi... poi estrae la marionetta dell’elefante adulto con due cuccioli e mi chiede “Secondo te questo elefante è il papà o la mamma? G: Sai che non saprei non ha niente di caratteristico, secondo te? L.: Secondo me è la mamma G.: Ok ci sta, può essere L.: Ma secondo te loro possono telefonare al papà? Così inizia il nostro confronto rispetto al suo essere faticosamente in mezzo ad un conflitto. Qualche seduta dopo mi chiederà di mostrare la scatola alla mamma e andando diritto alla marionetta L. riesce a dire “Sai mamma che questi due elefanti possono telefonare al papà quando sono con la mamma?”. Non ha aggiunto altro, potente e diretto, almeno su questo punto L. ha ottenuto di non essere triangolato, ed è forse riuscito a dirlo senza pensare di ferire direttamente la madre, inoltre abbiamo costruito insieme la sua scatola magica in seduta, decorandola e nella quale poteva mettere oggetti che traghettassero da una casa all’altra in accordo con i suoi genitori.

M., 6 anni, estrae in prima seduta un pollo di gomma, di quelli che suonano per far giocare i cani, molto logorato perché è nella mia scatola da quindici anni, lo guarda un po’ e dice: “Io sono un po’ come il pollo, suona ancora ma è un po’ tutto rotto fuori”, e mi mostra le cicatrici di alcuni interventi ospedalieri di cui parleremo successivamente. Abbiamo

poi deciso di costruire una scatola che l'avrebbero accompagnata nei suoi ricoveri ospedalieri.

F. 30 mesi e un prossimo ricovero ospedaliero. Nella scatola è arrivato un nuovo giocattolo ma già rotto “succede che a volte gli oggetti si rompano, e allora serve pazienza, un po' di attesa e un pizzico di fatica e poi si riaggiustano”. Federica dopo diversi giorni con questo racconto mi ha confidato: “Anche io sono un po' rotta ma vado all'ospedale e mi aggiustano”, dopo qualche giorno di ricovero ha chiesto di portarle la sua scatola, ha preso un suo gioco ha chiesto aiuto alla mamma per romperlo e l'ha mostrato ad infermieri e medici utilizzando le stesse narrazioni chiedendo al dottore “tu mi aggiusti?”.

A., 4 anni, estraendo un mostro che però non incute timore, mi chiede se ho delle paure. Ammetto di averne diverse, ad esempio l'altezza, mi segue per un po', poi sale il magone e crolla in un pianto. Mi racconta che qualche mese prima era rimasta bloccata da sola in ascensore e mi ha descritto esattamente l'accaduto, i genitori invece erano convinti che tutto fosse superato e che le sue maggiori paure fossero legate al cambio di scuola dell'infanzia. Alice insieme a me in seduta disegnerà un decalogo di cosa fare quando si resta chiusi in ascensore: “1) si schiaccia il tasto giallo con il campanello anche se poi il suono fa un po' paura perché è forte, oppure Giovi 2) si prendono le scale.”⁵⁰

Non si tratta quindi della semplice estrazione di un oggetto e di qualche canzone cantata, ma dell'oggetto che veicola significati più ampi e profondi. Il mio consiglio è che ogni oggetto mantenga la narrazione costante nel tempo proprio per la natura rassicurante implicita nei riti. Se sapremo guardare gli oggetti in modo nuovo non sarà difficile riempirla ed arricchirla continuamente. Una volta che la nostra scatola è pronta possiamo proporla semplicemente sedendoci a terra ed iniziando ad estrarre un oggetto alla volta lasciando che la curiosità innata dei bambini li porti a noi. La magia scaturita della scatola magica, intesa come il semplice piacere di assistere ad una sorta di spettacolo, un libro narrato che ogni volta può avere trame diverse, si può difficilmente raccontare in parole impresse su queste pagine.

Mentre scrivo queste pagine siamo stati nuovamente catapultati bruscamente in una realtà che nemmeno i film più fantascientifici potevano immaginare o ipotizzare come sceneggiatura: una guerra dopo una pandemia. Siamo in un girone dell'inferno, dove ogni giorno ci troviamo di fronte a spaccati di caos, incertezza, paura, incredulità e morte. Ho pensato alla scatola magica anche come una delle possibili tecniche per spiegare il lutto ai bambini (scrivere una lettera, tecnica della sedia vuota, cerimonia dell'addio, stimoli visivi e adattamento della tecnica dello zaino⁵¹ Veniamo da anni di vita sociale in cui la morte era un tabù, riguardava sempre qualcuno lontano, spesso spettacolarizzata, che non trovava concretezza nella vita quotidiana. La morte aveva una vita parallela tra social e media, forse perché è stata a lungo vista come

⁵⁰ Parimbelli, G., 2021, pp. 54-55

⁵¹ Di Caro, S., 2020

la sconfitta per la medicina e per la tecnologia in una società che, al contrario, si erge su infallibilità e supremazia costanti. Abbiamo trattato la morte come se non fosse niente, o peggio ancora, invisibile. Ognuno di noi quando ha sfiorato un lutto ha messo in atto strategie per proteggersi ma tutti abbiamo compreso come inevitabilmente l'angoscia di una perdita persiste, perché la morte fa parte della nostra vita. Non serve ora analizzare la causa di questa bonificazione del dolore, perché ci spaventava così tanto da chiuderla in vite virtuali e parallele, ma è evidente a tutti come solo alcuni decenni fa la morte fosse considerata per quello che è: un evento naturale, frequente, talvolta violento e traumatico, che fa parte della vita. In passato la morte veniva "semplicemente" condivisa in famiglia, compresi i bambini, e ancora tra la cerchia degli amici ci si univa per attraversare il dolore, un dolore che se si riesce ad esperire e integrare è capace di rafforzare legami familiari e amicali. Ciò che è invece accaduto negli ultimi anni, è guardare solo all'aspetto doloroso del lutto e per questo gli adulti hanno deciso di proteggere i più piccoli tenendoli fuori. Educatori, professionisti, genitori sono stati pronti ad educare all'affettività i propri bambini/ragazzi, ma quando si è trattato di lutto non siamo stati altrettanto preparati. Abbiamo cresciuto generazioni di bambini/ragazzi ricchi di nozioni e di informazioni tra riscaldamento del pianeta e capitali di Stati lontanissimi persino in diverse lingue, ma non li abbiamo preparati se non in modo edulcorato e fuorviato alla morte di un caro, di un amico, che così arriva nelle loro vite in modo improvviso e li trova del tutto impreparati e spaesati. Ma la condizione oggi, dettata da un agente invisibile e mortale, ci proietta in una nuova dimensione nella quale le regole precedenti non valgono più. Spesso mi sento chiedere a che età sia giusto spiegare la morte: oggi più che mai deve divenire qualcosa del nostro quotidiano, perché essere piccoli non significa essere incapaci e non c'è mai un'età per essere pronti alla morte per come noi adulti pensiamo, soprattutto se non la conosciamo. I bambini hanno bisogno di autenticità, di rispetto, di verità, di fiducia per dare un senso a quello che sta accadendo intorno a loro, così da ritrovare la sicurezza e la fiducia per continuare a crescere. Mai come in questi giorni i bambini hanno bisogno di parole chiare, semplici, di qualità, che possono aiutarli a lenire un evento drammatico come la morte di una persona cara. Alcuni intendono il lutto come una malattia da curare, ma in realtà il lutto è il tempo doloroso della vita legata alla perdita, sono piuttosto le soluzioni trovate per affrontarlo che possono rivelarsi problematiche, e far finta di nulla è tra queste. Mai come in questi giorni non c'è casa che non sia stata toccata da qualche lutto, riguarda tutti senza distinzione, a qualsiasi gruppo si appartenga, senza differenze di età, di nazionalità. Noi come adulti potremo parlare della morte in tranquillità solo se abbiamo noi stessi raggiunto un buon equilibrio interiore che ci fa accettare la condizione umana in tutti suoi aspetti, ma situazioni drammatiche e di enorme entità come quello che ci sta travolgendo, ci rende in qualche modo tutti poco preparati, non sappiamo parlarne e fatichiamo ad ammetterla per come è: una realtà di

fatto. Mi permetto di citare John Bowlby, grande esperto dei rapporti di attaccamento-separazione, il quale affermava che “non è possibile elaborare completamente un lutto senza la presenza di un'altra persona”. Dovremmo tener presente proprio questo, di come nelle situazioni difficili siano importanti ed efficaci rapporti affettivi basati sul dialogo e l'apertura. Nonostante siamo erroneamente convinti che i bambini siano estranei al concetto di morte, in realtà soprattutto oggi essi incontrano continuamente questo tema “pescando qua e là” da conversazioni di adulti e, soprattutto, dalle immagini costanti sui nostri televisori, ai quali assistono indifesi perché gli adulti sono convinti che siano concentrati su altro. La questione, quindi, non è se i bambini debbano essere educati alla morte ma come educarli, quali sia il modo più utile e credibile per farlo. I bambini sono costantemente alla ricerca di conoscenza e di significato di tutto ciò che li circonda e come genitori ed educatori spesso ci troviamo a rispondere a domande quali: da dove vengo? Dov'ero prima di trovarmi nella pancia della mamma? Ma anche domande che mettono noi adulti ancor più in difficoltà: perché si muore? Dove si va quando si muore? Può spaventare ed apparire strano ma parlare della morte è un discorso che aiuta a crescere. È importante oggi più che mai preavvisare, annunciare l'arrivo della morte, permettendo anche ai figli di piangere delle perdite che hanno così drasticamente alterato la loro vita. Come genitori in prima linea, e noi educatori/ professionisti restando a disposizione per eventuali sostegni, confronti, supporti, dobbiamo avere un atteggiamento sincero e aperto verso la morte utilizzando un linguaggio corretto e privo di bonificazione: dire ad un bambino che il nonno è andato via lo proietterà nell'attesa di un ritorno, vanno spiegate le cose come stanno, con amore, sincerità e tanta delicatezza. Hanno bisogno della conferma della reale morte della persona cara altrimenti passeranno mesi o anni alla ricerca e all'attesa del ritorno, o peggio ancora potrebbero pensare che la persona che amano abbia semplicemente scelto di andar via da loro perché essi hanno fatto qualcosa di sbagliato. Occorre mettersi nell'ottica di chiedere al bambino se abbia capito o se necessiti di ulteriori spiegazioni e a tal fine può essere utile utilizzare dei libri che parlino della morte, creare occasioni per educare alla morte, dove la morte è assenza dalla vita per cui si può piangere e si può essere tristi, cercando un momento della giornata per parlare dell'assenza della persona, e soprattutto mostrando noi adulti le nostre fragilità, i nostri dolori con sufficiente equilibrio. Fondamentale è senz'altro l'uso di un registro linguistico non specialistico ma colloquiale cioè quello che accompagna la quotidianità banale, normale della vita. Non lasciamo da solo il bambino con il proprio dolore o con la presupposta assenza di dolore, se noi abbiamo mostrato soltanto una bonifica del dolore i nostri figli avranno imparato a fare altrettanto e non si concederanno il lusso di piangere. I bambini hanno bisogno di sapere che a loro non si mente, che non saranno all'oscuro di cose importanti, questa consapevolezza li proteggerà da un'ansia incessante. Se siamo sinceri e diretti con loro, sapranno che anche nel dolore potranno contare su

persone disponibili e degne di fiducia. Questo senso di sicurezza è fondamentale in un momento in cui un bambino, ma anche un adulto, sta affrontando una perdita. “Non bisogna aspettare che la morte si verifichi per entrambi i genitori educare i propri figli all’elemento che tutti ci accomuna: la mortalità “(Fitzgerald), questa affermazione oggi più che mai è importante, per questo mai come ora è fondamentale educare i nostri figli alla morte, anche se ci fa paura. La scatola magica può essere un supporto utile a far comprendere il concetto semplice ma straziante del “non c’è più”, così un gioco da sempre presente nella mia scatola magica, di colpo non c’è più... la tristezza piano piano lascia spazio alla consuetudine rassicurante della scatola, tutto continua non uguale ma in modi altri. Altre volte se devo aiutare un bambino che incontro per la prima volta, sapendo che ha vissuto un lutto, creo inizialmente abitudini e oggetti stabili facendo in modo che poi uno di questi “non ci sia più”, altre volte piano piano un oggetto si degrada, si rompe come accade per le malattie che poi, per questo, “non c’è più”.⁵² La scatola magica mi ha permesso di stare accanto a bambini anche piccoli e provare insieme a comprendere la morte e provare ad attraversare quel dolore con una prassi rassicurante e intima, familiare e quotidiana: giocare con la scatola magica, consapevole che la mia è una sorta di ricerca sul campo, in itinere, poco standardizzata diremmo, ma può a mio avviso essere uno strumento ricco di simbolismi e quindi di legami.

Ogni psicoterapia è un viaggio simbolico-esperienziale nel tempo e nello spazio, con caratteristiche che variano a seconda di come si struttura la relazione di aiuto, il mio viaggio con la scatola magica è iniziato da poco ma mi ha già permesso di percorrere molti sentieri inaspettati, irti e faticosi ma che mi hanno regalato scorci inaspettati. Ma tengo sempre ben presente la metafora del guardaroba e del vestito da mago “Nell’indossarlo devi agire con convinzione e sicurezza. Ma stai attento a non abusarne, o tutti gli altri vestiti spariranno dal tuo guardaroba”⁵³ Il professionista allora come promotore dello sviluppo e non più solo come correzione del deficit, scostandosi così da un modello descrittivo dei sintomi di ogni individuo e rifacendosi invece al modello comprensivo psicoanalitico dove la centralità è il soggetto, l’oggetto è il soggetto, ma dove adesso il soggetto è diventato soggetto contestuale, l’individuo nella sua globalità⁵⁴. Bateson negli anni Trenta lancia una sfida alla filosofia e alla psicologia moderna, l’idea cioè che l’essenza vera dell’uomo non si identifichi con qualcosa di interno, di separato da tutti gli altri uomini all’“esterno”⁵⁵, tutto ciò che accade all’individuo è legato a come è il soggetto, al suo corredo personalogico, storico ed evolutivo, il soggetto è legato ad oggi e ad allora, la personalità è un mix affettivo cognitivo, somatico, psichico e permette di attribuire una continuità spazio temporale. Occorre un risveglio di coscienza che è una vera e

⁵² Parimbelli, G., 2021 pp.45-48

⁵³ Lamas, P., C., 2020

⁵⁴ Molinari, Labella, 2007, p. 166-167

⁵⁵ Molinari, Labella, 2007, p. 53

propria metanoia, significa letteralmente “andare al di là del nostro modo di pensare⁵⁶, uscendo dalle cornici che ci imprigionano”, quindi “cambiamento di mentalità”, cambiamento di punto di vista, più propriamente “liberazione” da un certo modo di pensare. La nuova sfida nei contesti psico-educativi non è l'improvvisazione, né barricarsi dietro programmazioni statiche e impersonali, la vera sfida è saper progettare nel quotidiano con disponibilità all'inatteso, sostenuti da una costante e profonda conoscenza. Dobbiamo ai bambini il dovere di interrogarci sul senso del nostro agire, cercare conferme e dubbi, approfondire e diffondere: un sapere condivisibile. Il desiderio che attraverso la scatola magica in quanto intensa esperienza emotiva/cognitiva possano scaturire cambiamenti importanti⁵⁷

BIBLIOGRAFIA

- Arieti S., *Creatività la sintesi magica*. Il pensiero scientifico, 1979
 Atti del convegno: *Arte e Arti Terapie, più di un confronto, più che un dialogo*, Bologna 25-26 maggio 2012
- Barlett, F., *Remembering: War of Gosth, A study in experimental and social psychology*, NY Cambridge University Press, 1932
- Bateson G., *The message "This is a Play"*. Josiah Macy Jr. Foundation (trad.it.: Questo è un gioco. Cortina, Milano, 1996)
- Bettelheim, B. (1976). *The use of enchantment: The meaning and importance of fairytales*. New York: Knopf. (Trad. it. Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicanalitici delle fiabe. Milano: Feltrinelli, 1984)
- Bion, W.R., *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, 1972
- Burns, G.W. (2005). *101 healing stories for kids and teens*. New York: Wiley. (Trad.it 101 storie che guariscono. L'uso delle narrazioni in psicoterapia con bambini e adolescenti. Trento: Erickson, 2006)
- Caillè P., Rey Y., *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*, Armando Editore, 2005
- Cambiaso G., Mazza R., *Tra intrapsichico e trigenerazionale*, Raffaello Cortina Editore, 2018
- Cambiaso G., Mazza R., *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*, Armando Editore, 2020
- Cirillo S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., *Entrare in terapia: le sette porte della terapia sistemica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016
- Cyrułnik, B., *Autobiografia di uno spaventapasseri*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009
- Dale M. A., & Lyddon, W. J., *Sandpaly: a constructivist strategy for assessment and change*. Journal of Constructivist Psychology, 13, 135-154, 2000

⁵⁶ Manara, 2006, p. 16.

⁵⁷ Cirillo S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., 2016, p.12

- Dale M. A. & Wagner, W. G., *Sanplay: an investigation into a child's meaning system via the self confrontation method for children*. Journal of Constructivist Psychology, 16, 17-36, 2003
- Di Benedetto, A., *Prima della parola: l'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte*, Franco Angeli, Milano, 2000
- Di Caro, S., *La psicoterapia del distacco: dinamiche intrapsichiche, funzionamenti familiari e trattamento del lutto in terapia relazionale*, (Bi)sogno di psicoterapia, Roma, 2017
- Frobenius L., *Kulturgeschichte Africas, Prolegomena zu einer Historischen Gestaltlehre. Leipzig (trad. it.: Storia delle civiltà africane*. Einaudi, Torino, 1958
- Klein M., *L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'io*, Scritti 1921-1958, Boringhieri, 1978
- Lakoff G. & Johnson M. *The metaphorical structure of human conceptual system*. Cognitive Science, 4:195-208, 1998
- Landini, A., & Lambruschi, F., *L'osservazione della relazione d'attaccamento bambino-genitore*. In F.Lambruschin (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche* (pp.177-222). Torino: Bollati Boringhieri, 2004
- Lamas, P., C. acompañado por el equipo de psicólogos del área infantil del CTRFT: Alonso, A., Andreu, S., Ricote, I., y Yoti, E., , Publicado a Mosaic, June 2019, Td. It. Per scuola specializzazione Mara Selvini Palazzoli, *Terapia familiare con i bambini: la fase di consultazione*,
- Lamas, P., C., *Il guardaroba del terapeuta*, Ecologia della mente, vol. 43, n.2, 2020
- Leone, G., *La memoria autobiografica*, Roma, Carrocci Editore, 2001
- Loftus E., F., & Pickrell, J., E., *The formation of false memories*. Psychiatric Annals, 25(12), 720-725, 1995
- Mammarella, D., D., *La memoria autobiografica*, (7-67), Roma, Carrocci Editore, 2011
- Oaklander, V., *Il gioco che guarisce*, edizioni la meridiana, Molfetta, 2021
- Parimbelli, G., *La scatola magica: uno strumento per facilitare le relazioni con il bambino*, La meridiana, Molfetta, 2021
- Piaget, J., *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Einaudi, Milano 1966
- Piaget, J., *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*, Bollati Boringhieri, 1926
- Sunderland, M., *Aiutare i bambini a superare lutti e perdite*. Trento: Erickson, 2007
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1974), *"Il trattamento dei bambini attraverso la terapia breve dei genitori"*. In *Neuropsichiatria infantile*, 46, pp.539-554
- Shakespeare, W., *Macbeth*, in *Id, Tutte le opere*, Sansoni, Firenze, 1964
- Sunderland, M., *Aiutare i bambini a superare lutti e perdite*. Trento: Erickson, 2007

- Vannucci, M., *Quando la memoria ci inganna*, Psychonomic Bulletin & Review, 9(3), 597-603, 2002
- Watzlawick, P., *Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica*, Feltrinelli, 1980
- Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Armando Editore, 1974
- Yalom, I., *Il dono della terapia*. Tr. It. Neri Pozza, Milano, 2015.

COMPORAMENTI E VOLONTÀ DI SUICIDIO. UNA RELAZIONE PER SOSTENERE CHI PENSA A MORIRE

Marco Vannotti¹ e Michèle Gennart²

RIASSUNTO. Il suicidio è spesso considerato come un diritto individuale, come una decisione alla quale il soggetto arriverebbe per autodeliberazione. La clinica ci offre qualcos'altro da vedere e da pensare. Da un lato, il suicidio emerge come una delle ferite più dolorose che colpisce i legami e l'affidabilità nelle famiglie. D'altra parte, si verifica molto spesso quando l'appartenenza del soggetto al suo contesto interumano viene "mortalmente" colpita. Invece di appellarsi all'altro in cui non crede più, il soggetto ferito si rivolge contro se stesso, ma indirettamente ferisce gli autori del torto subito. Una delle sfide dell'intervento terapeutico mira quindi a riscoprire il campo interumano originario del movimento suicida, e a lavorare sulle esperienze di ingiustizia senza creare nuove vittime. Si tratta anche di mobilitare concretamente i parenti - la cui presenza va sfumando nell'orizzonte suicida - per riaffermare i vincoli di attaccamento, solidarietà e sostegno reciproco. Infine, gli autori si chiedono come restare saldi, come terapeuti, di fronte a questi duri confronti con la vicinanza - o l'irruzione - della morte.

SUMMARY. Suicide is often considered as an individual right, as a decision which the subject would reach by self-deliberation. The clinical approach gives us a different picture. On the one hand, suicide is one of the most painful wounds affecting the bonds and reliability in families. On the other hand, it most often occurs where the subject's affiliation to his/her interhuman context is being "deathly" affected. The injured person, rather than appealing to the other in which he/she no longer believes, turns against him/herself, but indirectly bruises his/her relatives. One challenge of therapeutic intervention is therefore to recover the original inter-human field of suicidal movement, and to work on experiences of injustice without creating new victims. It is also necessary to concretely mobilize relatives - whose presence fades in the suicidal horizon - to reconfirm the attachment links, solidarity and mutual support. The authors also discuss how therapists can stand up to these stressful confrontations with the proximity - or intrusion - of death.

PAROLE CHIAVE: Suicidio, prevenzione, processo terapeutico, famiglia, deliberazione etica, approccio sistemico e fenomenologico.

¹ Marco Vannotti, medico, psichiatra e psicoterapeuta. Pratica a Losanna e insegna presso la Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli a Milano.

² Dr Phil. Michèle Gennart, filosofa e psicologa-psicoterapeuta, Centre Médical de la Source di Lausanne. Pratica e insegna presso il Centro di Ricerche Familiari e Sistemiche di Neuchâtel.

INTRODUZIONE

Il tema del suicidio produce un atteggiamento evitante nei terapeuti. E se ne può comprendere la buona ragione. Le possibilità di vivere e l'attaccamento alla vita, così come le possibilità di morire e la tentazione di uccidere se stesso, sono inerenti alla natura umana, tuttavia il tema della morte o della minaccia di morte per suicidio sconvolge profondamente le nostre sicurezze e le nostre emozioni.

Nel proporre qualche riflessione sul tema del suicidio ci interesseremo all'incontro con i pazienti che presentano tali idee, dell'impatto che tali pensieri possono avere su di noi e alla posizione che potremmo prendere quando ci vengono comunicati e di come valutare il rischio e prevenire il passaggio all'atto. Sì, perché il suicidio tocca radicalmente il campo interumano e **non** è un diritto come **non** è il frutto di una *libera* scelta esclusivamente individuale; ma resta comunque una possibilità il più delle volte legata alla solitudine e alla disperazione, a quello che Émile Durkheim (1893) aveva già chiamato la rottura del legame sociale.

UN'ULTIMA VIA DI USCITA

Il comportamento suicidario pone diversi interrogativi a noi come terapeuti. Per questo dobbiamo riflettere sui principi etici che animano il nostro lavoro con i pazienti, sugli a priori che condizionano a volte inconsapevolmente il nostro accostare il tema del suicidio, sui nostri mezzi di valutazione del rischio. Certo, perché dobbiamo essere preparati - in qualche modo in anticipo - ad assumere la responsabilità della prevenzione, a conoscere delle strategie di intervento e la direzione che vorremmo dare alla cura dei soggetti con idee o volontà di suicidio.

La tentazione del suicidio colpisce il paziente immerso nel dolore o **nella** rabbia, colpisce la famiglia, la società nel suo insieme. La propensione al suicidio presuppone quindi una responsabilità collettiva; non è la libera scelta di un individuo che ha il controllo della propria vita. È la scelta disperata di una persona che ha perso la capacità di scegliere, la percezione della sua libertà e il sentimento della sua appartenenza. Con il vissuto che l'altro stia venendo meno al suo impegno, la persona suicida si rivolta contro se stessa; ma allo stesso tempo cerca di raggiungere e ferire l'altro. Il suicidio tocca quindi radicalmente il campo interumano.

La tentazione della morte sorge là dove non si vede più una via di uscita, dove la sofferenza diventa insopportabile, in uno stato di abbandono, dove la persona si sente come gettata fuori dalla sua famiglia, dal suo mondo.

Il suicidio procede più dalla volontà che qualcosa finisca che dalla volontà che qualcosa accada³. Se la perdita di slancio vitale disegna il paesaggio mentale del depresso, l'idea del suicidio contiene anche qualcosa che può essere considerato come la volontà di costruirsi un'altra vita, di cambiare il modo di esistere, di trovare un altro orizzonte futuro. In situazioni disperate, il suicidio può apparire come un'ultima "porta di emergenza" che potremmo essere tentati di varcare, per aiutare noi stessi, appunto.

È una scelta ma allo stesso tempo non è proprio una scelta. O più precisamente non è necessariamente una scelta solo di morte: ne faremo un esempio più avanti con il caso di Diane.

Vorremmo quindi presentare una breve riflessione sul suicidio a partire dalla nostra posizione teorica piuttosto sistemica e fenomenologica.

NÉ VIETARE NÉ CONSENTIRE. IL SUICIDIO COME POSSIBILITÀ.

Appartiene a noi come umani l'aver questa terribile e preziosa possibilità. Non può essere soppressa, come possibilità. È una possibilità che ci definisce come esseri umani e che ci permette, se stiamo soccombendo a un insopportabile dolore mentale, fisico o esistenziale, di immaginare una liberazione. In questo senso, proibire il suicidio⁴ potrebbe essere, paradossalmente, una delle strategie più disumane di controllo e tirannia.

Ma permettere il suicidio, agire come se si trattasse di una libera scelta individuale tra le altre, e non di una possibilità-limite del tutto unica ed eccezionale nell'ordine delle possibilità, significherebbe mostrare un drammatico disimpegno e una cinica indifferenza. Ciò significherebbe affermare il disimpegno sociale come principio di esistenza. *“La tua vita conta solo per te, riguarda solo te. Sono affari tuoi, non miei”*. Una tale posizione non può che rinsaldare e portare al proprio acme la disperazione suicida.

Se né il proibire né il permettere sembrano appropriati, in quale altro “ambito” dovremmo collocarci?

Vorremmo aprire una piccola parentesi esponendo il pensiero di Victor von Weizsäcker (2011), e in particolare attraverso la sua *Pathosophie*, l'ultima delle sue opere. V. von Weizsäcker vi descrive la

³ Il caso specifico del suicidio assistito per anziani malati o in fin di vita non sarà trattato in questo testo. Per alcune riflessioni sull'argomento vedi: Odier et Vannotti, 2010

⁴ In Inghilterra il suicidio fu vietato per legge; e lo è ancora in un certo numero di paesi poveri. La criminalizzazione rende più complicate la prevenzione e la cura della salute mentale. L'OMS stima che il 79 per cento dei suicidi avvenga nei paesi in cui il reddito medio è più basso.

condizione patica dell'uomo. Lo citiamo, in un passaggio che tocca direttamente il nostro problema della "tentazione suicida":

"La morte in lotta con la vita è un fenomeno patico, non ontico. Né della morte né della vita, possiamo dire che siano, né quello che sono, ma possiamo dire che possiamo o che dobbiamo vivere, che vogliamo, che possiamo o dobbiamo morire." (pag. 71)

POTERE, DOVERE, VOLERE

I verbi modali (potere, dovere, volere) corrispondono quindi a modalità patiche dell'esistenza. Nel suicidio, il "voglio" (morire) è sostenuto da un: "non posso più fare altro che morire"; morire è l'ultima cosa che *posso*, e quindi l'ultima cosa che *voglio* e che *devo*.

Parafrasando V. von Weizsäcker (2011, p. 72): quando un paziente dice: "Non ce la faccio più", sta esprimendo molto chiaramente: "questa possibilità (che è, in questo caso, la mia vita che deve ancora venire) è un impossibile per me".

Si tratta di opporre un "dovere" a chi non ne *può* più? Il vivere, per la persona suicida, ha già assunto il tono del dovere: si sente obbligato a vivere, condannato a vivere, anche quando non ne ha più i mezzi. Il dovere, ci dice von Weizsäcker, ha il tono di un sospiro⁵. La questione sarebbe piuttosto quella d'infondere del "potere" a colui che non ne *può* più – non potere nel senso di "avere potere" (*können*) – ma il potere che è dato e ricevuto (*dürfen*), il potere che è piuttosto del registro della "grazia".

Ecco un esempio dello psichiatra svizzero Roland Kuhn: l'uomo che va nel bosco con la sua corda per impiccarsi e che, mentre cammina, viene *abbagliato* da un raggio di luce che attraversa le chiome degli alberi... e lo lascia come *attonito*. Cos'è... cosa accade lì, che interrompe la volontà suicida? Non è solo un'esperienza estetica ma come un sospiro dell'essere, qualcosa dell'aspirazione a vivere, del "vivere amarevole" che riappare.

Tocchiamo qui la categoria fondante – patica diremmo noi, nel senso del sentito, del vissuto e del sofferto – del potere. È la categoria del di potersi permettere, di osare (*dürfen*, in tedesco). Citiamo V. von Weizsäcker: "La possibilità di osare c'è solo quando ci viene offerta". (2011, p. 59) Come la luce, questa grazia dell'osare vivere costituisce come l'apertura di una breccia nelle rigide conclusioni dei disperati: "niente vale più la pena".

⁵ "Colui che deve qualche cosa *sospira* a tal punto che colui che sospira sembra dovere qualche cosa", p.61

C'è infatti, nella risoluzione suicida, qualcosa dell'ordine di una conclusione totale e fatale: "Tutto è nero, niente vale la pena, io non sono utile, a niente e a nessuno". C'è qualcosa di imponente, monopatico, come un flusso di lava nera che copre tutto.

Come sfidare la persona preda di questa eruzione di lava nera, come risvegliarla a un altro tono? Vorremmo presentare una prima situazione clinica che ci ha provocato: che ci ha commosso e insieme ha dato spunti di riflessione.

Situazione clinica

Madeleine è stata curata da una di noi. È la maggiore - ben parentificata - di quattro fratelli, da subito considerata dai genitori come "responsabile dei piccoli, ma senza veri bisogni propri". I genitori escono la sera, quando lei ha circa dieci anni, affidandole la custodia dei più piccoli; Madeleine aspetta, sveglia, per ore, il ritorno dei genitori e si nasconde nel suo letto al loro ritorno, per non essere punita. Ancor più grave: quando, ancora bambina, Madeleine ha un braccio rotto e rimane giorni senza cure prima di essere ingessata, perché i genitori credevano che "stesse facendo storie per niente".

Un'estate, all'età di 15 anni, viene brutalmente violentata e lasciata sanguinante da un vicino di casa. All'inizio dell'anno scolastico seguente, si avvicina e cerca l'appoggio di un vecchio insegnante, apparentemente *gentile*, che abuserà di lei per diversi mesi. Chiede al dirigente scolastico di cambiare classe in modo da non averlo più come insegnante, cosa che le viene rifiutata. Si libererà del suo professore solo rischiando la vita: in macchina, gli dice che se non la smette di molestarla lei si butterà fuori dall'auto in corsa. Da allora, ha smesso di tormentarla.

Una volta terminato il liceo, si scompensa durante un soggiorno in Sud America, viene ricoverata in ospedale e rimpatriata. Aiutata dai medici, ha sporto denuncia contro il professore. Le indagini e il processo sono un incubo. Nessuno a scuola (a parte due studentesse della sua età) la sostiene. I suoi genitori le dicono che sta distruggendo un buon padre di famiglia. Il docente in questione riesce a far durare la procedura fino alla prescrizione; lei è sottoposta a una perizia psichiatrica, lui no, ecc. Durante la sentenza fu dichiarato colpevole, ma non ebbe altra pena che il divieto di insegnamento nelle scuole pubbliche (l'anno successivo insegnerà in una scuola privata). Inoltre, è condannato al pagamento di una somma irrisoria a titolo di risarcimento. I genitori, che leggono sul giornale le conclusioni della sentenza, chiedono alla figlia di dare loro la piccola somma ricevuta per risarcire loro per la perdita di un anno di università...

Quando la terapeuta ha incontrato per la prima volta questa giovane donna, poco più che ventenne, questa era rannicchiata sotto il tavolo nella sua stanza d'ospedale, quasi mutacica. Era spaventata, depressa e

con idee di suicidio. La sua terapeuta ha fin dall'inizio stretto con lei un patto: per potersi assumere la responsabilità della terapia Madeleine doveva promettere di impegnarsi in un progetto di vita piuttosto che in un piano di morte.

E bisogna dire che, per tutti gli anni che la terapeuta l'ha seguita, Madeleine ha rispettato questo impegno senza il minimo passaggio all'atto suicida. Naturalmente, questo non le ha impedito di essere regolarmente invasa da idee di suicidio, né di essere periodicamente ricoverata in ospedale per la sua protezione.

Madeleine, infatti, si sente distrutta: ha la fortissima sensazione che, dopo gli stupri, qualcosa si sia rotto nella sua vita, nel suo rapporto con la vita. Non è più quella che era: dinamica, leader, impegnata nell'atletica, circondata da amici. È come se si fosse rotta una molla; sente che il suo rapporto con la vita non riacquisterà mai la sua integrità. Da quando la terapeuta la segue, percepisce una pensione di invalidità, che l'autorizza a lavorare qualche ora a settimana. Dedicava notevoli energie al mantenimento di un lavoro ridotto – dove dimostra grande impegno – ma oggettivamente non raggiunge il 20% di attività professionale. Il resto del tempo deve riposare.

La sua vita quotidiana è invasa da sordidi flashback sessuali. Descrive anche come le appaiono le lettere della parola **DISTRUGGERE**, in lettere fluorescenti. Soffre di gravi disturbi del sonno e vari sintomi somatici post-traumatici. Si sente anormale e si vergogna della sua situazione sociale di invalida, che nasconde peraltro a tutti. Nella sua famiglia cattolica e di destra, a volte si parla con disprezzo delle persone che dipendono dai sussidi che la società consente di offrire loro.

Un giorno in cui ansia e tristezza la attanagliavano particolarmente, Madeleine disse: “Dottoressa, ma riesce a capire quanto stia male?” Un po' sorpresa e sconcertata, la terapeuta risponde che sì, le sembra di aver capito. Poi Madeleine le scaglia addosso: “se capisce davvero quanto soffro, allora c'è una cosa che può fare per me, uccidermi!” Questa richiesta scosse e riempì di movimenti contraddittori la terapeuta: un misto di orrore, preoccupazione, ma anche di frustrazione che finirono per irritarla.

L'anno seguente – perché Madeleine ha continuato comunque a vivere – comincia a parlare di **EXIT** che, in Svizzera, è un'associazione di accompagnamento verso il suicidio assistito. Chiede ancora una volta se i medici coinvolti nella situazione e la sua terapeuta siano in grado di comprendere le sue sciagure, di riconoscere la sua “insopportabile sofferenza” – che è la condizione per poter accedere al suicidio assistito...

È ovvio che di fronte a queste richieste di aderire in un modo o nell'altro a tali progetti suicidi, noi, come terapeuti, dobbiamo problematizzare queste scelte, prendere posizione, accompagnare il percorso verso altre alternative.

FAR FRONTE AI PROPOSITI DI SUICIDIO: EMPATIA E CONFRONTO, CUCCHIAIO E FORCHETTA.

La *prima condizione* è quella di ascoltare la persona suicida in tutta la profondità della sua disperazione. È spesso una prova per noi operare questa forma di contatto, ma è essenziale. Se non cerchiamo di raggiungere la persona nell'indicibile del suo dolore, se cerchiamo prematuramente di portarla dove vogliamo che sia (nel mondo delle cose buone e delle risorse), la confermeremo piuttosto nella disperazione della sua solitudine. Sta a noi intraprendere in primo luogo la strada necessaria per *raggiungerla*, piuttosto che cercare di riportarla nel mondo della vita.

Il *secondo punto* importante, a nostro avviso, è quello di prendere posizione. una posizione e dichiarare al paziente la nostra contrarietà rispetto al suo desiderio suicidario, privilegiando gli elementi di condivisione umana, da persona a persona, in quanto persona prima ancora che come professionista, rispetto all'enunciazione astratta di principi generali⁶. Siamo infatti in una situazione limite, dove le regole, gli obblighi e i divieti non hanno più molto significato, dove il loro richiamo è sentito come brusco e inopportuno e rischia d'aumentare proprio il senso di solitudine, d'incomprensione, di disperazione. Quando parliamo di presa di posizione, intendiamo soprattutto una presa di posizione da persona a persona di fronte a questo momento in cui paziente ostinatamente vuole il passaggio dalla vita alla morte.

Siamo d'accordo che quando un paziente esprima desideri di morte, non sempre c'è quest'ostinazione melanconica. Ma dobbiamo valutarne la presenza. Non è evidente. A volte si può negoziare, altre volte non ci si riesce proprio. Allora prendere posizione deve combaciare con la messa in atto di misure urgenza e di protezione (cf. infra). Una prima misura quasi obbligata, come suggerisce Canevaro (2020, p.31-34), dato che il suicidio è segno di una sorta di dolorosa impotenza, di crollo delle strategie protettive adeguate nell'entourage significativo del paziente, è quella di convocare in seduta uno o più membri della famiglia.

Per noi, terapeuti, che terrore provoca, che cosa significa ascoltare queste storie di disperazione? E cosa vogliamo? A cosa aspiriamo, di

⁶ Lévinas, trattando dell'etica della responsabilità si è chiesto: Chi è l'Altro e qual è il senso profondo del volto? Noi siamo interpellati dall'altro e incontrare il volto dell'altro ci obbliga a rispondere con un: "io sono qua". Nell'incontro con l'altro, Lévinas vede l'esperienza fondamentale del nostro essere e del nostro vivere; nella manifestazione del volto, nell'intima verità dell'incontro si rivela l'umanità dell'essere, la sua vulnerabilità. Vulnerabilità alla quale siamo tenuti a rispondere come persona che è presente all'altro. È quindi a partire dal pensiero di Lévinas che affermiamo la necessità di dire: "io desidero che tu ti mantenga in vita" come manifestazione della nostra responsabilità in quanto esseri umani prim'ancora che in quanto terapeuti.

fronte a queste persone che ci raccontano il loro terrore di aver perso gli agganci con loro stessi e con la vita e che perciò ci sbattono in faccia il loro desiderio di farla finita?

Prima di fare appello alla loro responsabilità di vivere, prima di costruire una spiegazione psicopatologica e storica che ci può dire perché queste persone stanno così male, dobbiamo parlare di noi e giustamente testimoniare ciò a cui aspiriamo: che la persona si mantenga in vita. Ma solo se lo pensiamo veramente, se la nostra testimonianza possiede i caratteri dell'autenticità.

Affermare: “*Desidero che tu viva e che tu resti in vita!*” non è enunciare una convinzione teorica, né una tecnica. Al momento della convocazione della famiglia cerchiamo di condurre i familiari presenti a fare, a loro proprio nome, questa affermazione. È un posizionamento in questa zona limite, da uomo a uomo, tra la vita e la morte.

Non si tratta di mettere in gioco un dovere astratto: il dovere vale poco per i morti. Si tratta di risvegliare il legame vivo che lega e, in questo preciso senso, obbliga, (nel senso forte e originale del termine solo il legame può *ob-ligare*) e può tornare così anche qualcosa affine alla possibilità di credere. “Posso credere in qualcosa?” Non si tratta di credere in alcun contenuto, ma di credere nell'esistenza. E questo scaturisce solo dal legame vitale che ci unisce e ci dà qualcosa su cui appoggiarci.

La posizione del terapeuta deve talvolta implicare, come svilupperemo in seguito, l'attuazione di misure urgenti e protettive.

Il *terzo punto*, quindi, che ci sembra cruciale, in presenza di intenzioni suicidarie e, a fortiori, di comportamenti suicidari che emergono nell'ambito della terapia individuale, è la mobilitazione dei parenti. A questo dedicheremo un capitolo successivo, ma vorremmo insistere su questo fin dall'inizio, perché troppo spesso ci accorgiamo di quanto poco sembri ovvio questo coinvolgimento dei familiari, anche tra terapeuti di orientamento sistemico.

Tuttavia, questa misura, che consiste nel convocare uno o più familiari ad almeno una seduta, è una misura *quasi* obbligatoria, come suggerisce Canevaro (2020). La tentazione del suicidio, infatti, fa nascere una sorta di dolorosa impotenza, che implica anche il crollo di adeguate strategie di protezione da parte dell'entourage significativo del paziente. In questo senso, la riaffermazione del legame di attaccamento e la dichiarazione esplicita dei parenti del loro desiderio che il paziente rimanga in vita sono molto più determinanti di qualsiasi cosa possano dire i terapeuti.

Il *quarto punto* da affrontare, una volta che si è stabilito il legame con il paziente, è quello di decifrare il nucleo mortifero insito nell'ideazione suicidaria. Si tratta di avvicinare e portare alla luce il trauma e il danno che hanno ferito l'attaccamento alla vita: quale violenza subita la persona rivolge contro se stessa?

In effetti, l'intenzione suicida nasce molto spesso quando *l'appartenenza* del soggetto al suo contesto interumano viene "mortalmente" colpita, colpita in modo tale da non poter più sopportare di vivere. Più che appellarsi all'altro, il soggetto ferito si rivolge contro se stesso, trasformando una sconfitta intersoggettiva in una lotta tra sé e sé - l'unico campo dove sembra rimanere un certo potere: quello, fatale, di finirla.

Ma c'è di più. Abbiamo parlato prima della *lava nera* della disperazione, la lava che invade e ricopre ogni cosa. Potrebbe essere che questo flusso di lava nera abbia una doppia polarità. La prima, che abbiamo sottolineato, è la dimensione dell'oscura disperazione che travolge chi soccombe all'insopportabile sofferenza, che non vede più un futuro. La seconda - l'elemento vulcanico, *parossistico*, come vedremo più avanti - potrebbe assumere un significato più attivo. Come un vulcano, la persona in difficoltà sputerà la sua lava rossa che, raffreddandosi, ricoprirà di un manto minerale la casa della sua famiglia "pietrificando" i suoi occupanti insieme a tutti coloro che l'hanno sottoposta a violenza. Nell'abisso della sua disperazione, il suicida ne vuole a chi non l'ha considerato, a chi l'ha ferito a morte e abbandonato⁷.

Il movimento suicida va così inteso nella sua dimensione relazionale più invisibile, e come oscillante tra due polarità: quella della violenza contro se stessi e quella contro gli altri.

Szondi: Il suicidio presuppone disturbo dell'umore e parossismo

Prima di tornare alla nostra situazione clinica, vorremmo fare una breve digressione segnalando un aspetto del pensiero di Szondi⁸, che ci ha aiutato a lavorare su questo tema. Szondi pretende che lo stesso movimento istintivo, che lui chiama parossistico, anima sia il movimento omicida che il movimento suicida (suicidio etimologicamente significa omicidio di sé).

Szondi sottolinea così che un disturbo dell'umore non basta per suicidarsi: chi è solo depresso può trascurare se stesso, lasciarsi deperire. Ma per suicidarsi occorre una componente aggiuntiva: la componente parossistica omicida⁹. Il vettore parossistico designa l'intensa corrente

⁷ Vedi anche l'idea del suicidio vendetta così acutamente descritta da Malinowski. Malinowski B. (1926) *Crime and Custom in Savage Society*, London. In questo testo l'autore descrive una forma di suicidio che aveva studiato in un'isola della Papuasias. La persona disperata piena di odio si buttava da un'alta palma del villaggio in cui abitava; ma prima di buttarsi gridava a gran voce il nome della persona che le aveva fatto male, e questo di fronte agli abitanti del villaggio.

⁸ Per l'opera di Szondi vedi il suo testo maggiore: *Introduction à l'analyse du destin*. 1984. Ma per meglio districarsi nel pensiero di Szondi intorno alla "parossimalità" vale la pena di leggere due commenti: Stassart M., 1999 e Lekeuche, Ph., 2010

⁹ Secondo una ricerca: L'impulsività gioca un ruolo importante nell'acting out suicida. Nelle persone che tentano il suicidio, il 75% impiega meno di un'ora per prendere la decisione, il 25% in meno di cinque minuti, solo il 7% ci pensa per più di 24 ore. Quando si assume alcol, aumenta l'impulsività e le idee di suicidio si verificano nella mezz'ora precedente il tentativo di suicidio. Nel 75% dei casi, il desiderio di uccidersi scompare entro 24 ore. Benzakour L. (2019)

affettiva (affetti brutali, dice Szondi), che sta alla base della collera, della rabbia, dell'omicidio passionale, ma anche della colpa, dell'intensa preoccupazione per l'altro, del bisogno di riparare e di fare pace.

La suicidalità supporrebbe quindi queste due componenti: disturbo dell'umore e una pulsione parossistica. Ma se questo riferimento a Szondi ci interessa è soprattutto per le vie di intervento che apre. Perché per Szondi la spinta parossistica è anche la passione per *il giusto* e la radicale allergia verso *l'ingiusto*. E questo tema della giustizia parla e risuona sorprendentemente nelle persone in preda all'ideazione suicidaria.

Tornando a Madeleine

Cerchiamo di dare un'idea di come questa premessa sul senso Szondiano di giustizia ha funzionato con Madeleine.

M - Non ce la faccio più, voglio morire.

T - Ho sentito che c'è di nuovo della violenza in Lei. Ma so che questa violenza si è depositata in Lei; non è Lei che l'ha scelta o voluta. È arrivata in Lei con tutti i maltrattamenti e le ingiustizie che ha subito. Ed è questo che può farla desiderare, a volte, di distruggere a sua volta. Ma non credo sia giusto, personalmente, che Lei si distrugga.

M - Non ho potuto... (fermare l'abuso, dire più chiaramente di no, superare il trauma).

[Terapeuta e paziente hanno molto lavorato sul multiforme senso di colpa]

M - allora arriva la domanda ancora più dolorosa: Ma allora (se non sono colpevole), perché mi hanno fatto questo? e perché tutti i miei mi hanno abbandonato?

T - È vero. È profondamente ingiusto: le ferite che le hanno inferto e il fatto che nessuno, nemmeno i suoi stessi genitori, fosse lì a proteggerla. È profondamente ingiusto. Ma questo non è un motivo per farsi del male. Non merita la morte. Penso che davvero non sarebbe giusto che Lei si condannasse alla pena di morte. La sua ira è giusta, ma non è giusto rivolgerla contro di Lei. Quell'insegnante che l'ha abusata, quel vicino che l'ha violentata, i suoi genitori che l'hanno scaricata, il preside che ha preferito sostenere il suo amico insegnante piuttosto che Lei; tutti questi meriterebbero il suo rancore e i suoi fulmini. Non se stessa; ha già sofferto abbastanza. Mi sembra che Lei meriti tutta la sua gentilezza e compassione.

(Quello che è difficile, con Madeleine, è che anche la giustizia ha fallito...)

**RICERCARE E VALUTARE LA SUICIDALITÀ.
PRENDERE SE NECESSARIO DELLE MISURE.
La sola psicoterapia può non essere sufficiente per prevenire.**

Quanto abbiamo scritto finora è una rielaborazione di un nostro recente seminario¹⁰ tenuto a Parigi. Quanto segue nasce da un'esperienza dolorosa di uno di noi. Qualche anno fa abbiamo seguito in terapia un padre di due figli, orfani di una madre, Juliette, che si era suicidata sei mesi prima. Cos'era successo? Juliette, sulla quarantina, ha perso il terzo figlio alla nascita a causa di una malattia inoperabile. La tristezza, il dolore immediati sono sfociati in una depressione grave. Juliette aveva accettato di farsi seguire in psicoterapia da una collega psicologa che non era stata in grado di abordare anticipatamente il tema del suicidio, che non aveva convocato i familiari, che non aveva indirizzato Juliette da uno psichiatra per un trattamento farmacologico. Purtroppo, le cose si sono peggiorate e Juliette una mattina parte per la casa isolata, in una valle de Jura, dei suoi genitori che erano via. Assume qualche tranquillizzante, mette la macchina in garage, chiude la porta e accende il motore. Fu trovata morta dal marito qualche ora dopo.

Se la terapia ci ha rivelato ancora una volta il dolore, la disperazione e l'annientamento dei suoi familiari, ne parliamo qua soprattutto per ricordare agli psicologi psicoterapeuti la necessità di non sottovalutare mai i rischi di scompensazione dopo un parto. Il caso di Juliette non è un caso isolato. La depressione del post-partum deve essere postulata e trattata farmacologicamente oltre che con una psicoterapia. Del resto, dobbiamo rilevare che la diagnosi di depressione nelle nostre scuole di psicoterapia sistemica è poco formulata. Crediamo che questa diagnosi venga considerata come l'affare degli psichiatri e non una realtà esistenziale profonda che deve essere messa in evidenza per essere correttamente trattata.

L'emergere di comportamenti e desideri suicidi è certamente multifattoriale¹¹. Dipende dal contesto (diminuiscono i suicidi in tempo di guerra); la sua prevalenza segue criteri geografici (nei paesi nordici è maggiore che nei paesi mediterranei); varia nel tempo, a seconda del ciclo

¹⁰ Journées d'études de l'Institut d'Etudes Systémiques; *De l'idéation suicidaire au retour de l'élan vital*, Paris, 2-3 juin 2022.

¹¹ Possiamo dire globalmente che l'approccio del suicidio segue due vie: una macro che rileva degli studi della sociologia, iniziati da Durkheim nella sua opera magistrale *Il Suicidio* del 1897, e dagli studi epidemiologici e statistici che si sono generalizzati in moltissimi paesi a partire dalla seconda metà del XX secolo. L'altra via parte all'esperienza dell'individuo singolare: è quella seguita dalla psicologia con diversi contributi filosofici. Anche clinicamente abbiamo vantaggio a tener conto delle due prospettive. Durante la recente pandemia abbiamo assistito a un aumento dei comportamenti suicidari soprattutto tra i giovani. Apparentemente meno, all'inizio, per il lockdown, che in seguito per l'isolamento, la precarietà, l'accesso limitato alle cure di salute mentale hanno determinato questo incremento. Come terapeuti sistemici dobbiamo evidentemente essere attenti al contesto.

di vita, del genere, dei mezzi a disposizione e di molte altre variabili, tra cui i sistemi sanitari, assistenziali e di prevenzione.

Noi terapeuti dobbiamo tenere conto di queste diverse sfaccettature, ma anche dei fattori familiari, psicopatologici, con la chiara consapevolezza che essi contribuiscono – senza necessariamente essere gli unici responsabili – all'emergere di tali pensieri, di quei comportamenti che sfidano così profondamente il nostro senso della vita.

Abbiamo detto all'inizio che il suicidio induce un atteggiamento globalmente evitante nei terapeuti. L'evitamento si spiega con il fatto che se i pazienti ci annunciano una volontà suicidale non sappiamo cosa dire e cosa fare... Allora forse varrebbe la pena di valutare il rischio, presi, come lo siamo spesso, tra la paura di drammatizzare e un nostro movimento difensivo che ci porta a banalizzare. Vorremmo proporre quindi un breve strumento largamente diffuso (ma evidentemente in modo non ancora sufficiente se pensiamo al caso di Juliette) nel nostro contesto professionale in Svizzera francese¹².

UNO STRUMENTO: IL RUP - RISCHIO, URGENZA, PERICOLOSITÀ

Basandoci su una valutazione promossa da questo strumento il rischio può essere globalmente ripartito tra basso, medio, alto. Ma attraverso quali criteri? Dobbiamo dire che la valutazione può rivelarsi comunque incerta e complicata. Anche se abbiamo in testa i diversi parametri che sono qui esposti, non di rado rimaniamo in una zona grigia e la frontiera tra i diversi tipi di rischio resta fluttuante e incerta. Lo ripeteremo, ma queste situazioni devono ricordarci che non possiamo decidere o agire da soli.

Formarsi nella valutazione della gravità dei pensieri o delle velleità di suicidio riduce il rischio di passaggio all'atto, come lo testimonia la ricerca di Gotland¹³.

Rischio

¹² Groupe Romand Prévention Suicide, Échelle RUD: Risque, Urgence, Dangerosité. Vedere anche Bally N. (2020); Benzakour L. (2019); Michaud (2017).

¹³ Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. *Acta Psychiatr Scand*. 1989. Nel 1983 e nel 1984, il Comitato svedese per la prevenzione e il trattamento della depressione (PTD) ha organizzato un programma di formazione sulla diagnosi e il trattamento per tutti i medici generici nell'isola di Gotland, in Svezia. Negli anni successivi, la frequenza dei suicidi e delle cure ospedaliere per la depressione è diminuita in modo significativo. I risultati dello studio Gotland hanno fornito prove a sostegno dell'opinione che il riconoscimento precoce e il trattamento adeguato della depressione siano un metodo essenziale di prevenzione del suicidio. Vedi anche per la catamnesi: Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H.: *J Affect Disord* 1995.

La corretta valutazione del rischio è inficiata da una serie di pregiudizi che emanano perlopiù dal senso comune: "Coloro che ne parlano non rischiano di passare all'atto"; "Parlarne rischia di indurre il suicidio"; "Se il paziente desidera davvero uccidersi, ci arriverà"; "Le persone che prendono le medicine non vogliono morire davvero; è una richiesta dimostrativa per attirare l'attenzione". O ancora: "Il suicidio è un atto libero e autonomo": un approfondimento dei limiti di questo pregiudizio è stato presentato all'inizio del presente articolo.

Enunciamo qui una breve lista dei fattori di rischio, evidentemente non esaustiva. Si tratta di una valutazione basata su dati psichiatrici, epidemiologici e sociali.

Tra i fattori di rischio generali dobbiamo annoverare gli antecedenti di tentativi di suicidio nei soggetti che incontriamo: in effetti il 30 al 40% delle persone che tentano anche una sola volta il suicidio finisce per recidivare. Anche la storia familiare di depressione, di ricoveri in ospedale psichiatrico e di suicidio costituisce un fattore rischio.

L'integrazione sociale precaria, la disoccupazione, la povertà come le malattie croniche e terminali¹⁴ costituiscono altrettanti fattori di rischio. Il rischio è ancora particolarmente alto nei soggetti che sono stati vittime di maltrattamenti, e abusi sessuali, come il caso di Madeleine ci ha riccamente illustrato.

In Svizzera, nel programma di formazione proposto dal gruppo di lavoro sulla prevenzione suicidio, si danno elementi epidemiologici per stabilire il rischio. Il rischio di morte in seguito ad un gesto suicidario è 3 volte superiore negli uomini rispetto alle donne, (ma non in Cina), (2 picchi: 15-40 anni e 65-95 anni); il rischio è 2 volte più alto tra i single; il rischio è 5 volte più alto nei vedovi; il rischio è 8,5 volte più alto tra i disoccupati.

È stato messo in evidenza che nel 90% dei decessi per suicidio presentassero un disturbo psichiatrico (, tra cui i più diffusi disturbo dell'umore (depressione e disturbo bipolare); disturbo di personalità; alcol e dipendenza da sostanze; disturbo psicotico (Michaud, Bonsack (2017).

Urgenza

Per valutare nel lavoro clinico la probabilità come imminente - entro 48 ore - di tentativo di suicidio o di morte dobbiamo ricercare: la presenza e l'intensità dell'ideazione suicidaria; la presenza o l'assenza di alternative al progetto suicidario; la presenza di un progetto e di uno scenario articolato e preciso; e l'imminenza annunciata dal paziente del passaggio all'atto. Più del 50% dei pazienti con pensieri o velleità di

¹⁴ Vedi: Odier C., Vannotti M. (2010).

suicidio hanno parlato del loro progetto a familiari, amici, colleghi, medici prima del loro passaggio all'atto, ma, spesso, non sono stati ascoltati. Il 10% delle persone che hanno manifestato dei pensieri o delle velleità di suicidio finiscono per suicidarsi davvero. Appare evidente che una richiesta di aiuto deve essere ascoltata e presa sul serio.

Secondo questi parametri sommari possiamo valutare il rischio come:

- Debole: pensieri di suicidio, ma senza uno scenario specifico
- Medio: scenario previsto ma differibile
- Alto: progetto preciso, azione pianificata in breve tempo (pochi giorni)

Pericolosità

La pericolosità si valuta attraverso l'apprezzamento di: Livello di sofferenza (disperazione; ritiro, isolamento relazionale, svalutazione o colpa); Grado di intenzionalità (rimuginazioni, piano, scenario); Elementi di impulsività (tensione psichica, instabilità comportamentale; agitazione, storia pregressa di passaggio all'atto...); Possibile elemento precipitante: conflitto, fallimento, rottura, perdita, ecc.; presenza di mezzi letali a disposizione: armi, droga, ecc.; qualità del supporto da parte dello stretto entourage.

Quindi: quando i pensieri di suicidio diventano preoccupanti? Quando si ripetono con rimuginazioni ossessive. Quando il contesto diventa preoccupante? Quando il paziente ha facilmente accesso a dei mezzi letali (armi da fuoco, veleni, l'abitare in un piano alto, etc.) per uno specifico scenario suicida. L'impatto positivo del ritiro dei mezzi letali è stato ampiamente documentato.

La pericolosità dipende anche dalla gravità della depressione di cui soffre il paziente, particolarmente nelle depressioni gravi con elementi psicotici. Percepriamo immediatamente la rigidità del pensiero, l'atmosfera di pesantezza e di minaccia che tali pazienti ci trasmettono. In questi casi, quando non si percepisce il minimo spiraglio di una negoziazione, bisogna prendere delle misure, spesso immediate.

Griglia orientativa che può essere utile per la valutazione della situazione, come vedremo nel caso di Diane.

	Debole	Medio	Alto
Rischio			
Urgenza			
Pericolosità			

COSA CERCARE, COSA CHIEDERE¹⁵

Presenza di pensieri suicidi:

Ci riferiamo ancora una volta alle eccellenti presentazioni di Bally e Benzakour. Abbiamo aumentato qua il ventaglio delle possibili formulazioni di domande intorno al soggetto.

- *Le capita mai di diventare così disperata da pensare che preferirebbe morire piuttosto che di soffrire così tanto? da avere pensieri di suicidio che le passano per la testa?*
- *Nel caso, avrebbe già pensato al modo con cui vorrebbe suicidarsi?*
- *In che misura il metodo da lei scelto è, secondo lei, efficace?*
- *Queste idee sono presenti in modo sporadico? spesso? ogni giorno? tutto il giorno?*
- *Cosa la aiuta a gestirli per ridurli? Cosa invece li stimolano?*
- *In che misura questi pensieri suicidi la preoccupano? O le fanno paura? La terrorizzano?*
- *Ha già avuto idee del genere in passato? Ha già tentato il suicidio? È stata ricoverata in ospedale per questo?*
- *Chi della sua famiglia potrebbe essere al corrente? Chi ha paura dell'idea che lei possa farlo ma non osa parlarne? Ha avuto modo di parlarne con qualcun'altro?*
- *Chi è stato in grado di ascoltarla? Chi ha banalizzato o l'ha sgridata per questo?*
- *Chi potrebbe soffrire o piangere di più se lei tentasse il suicidio?*
- *È stata seguita per questo da un punto di vista medico, psichiatrico, psicoterapeutico?*

¹⁵ Vedi Bally N. (2020)

Vorremmo sottolineare che chiedere positivamente se sono presenti dei pensieri di suicidio ha un valore eminentemente protettivo. Al contrario, non investigare può costituire un elemento incitativo.

- **Mezzi immaginati** per passare all'atto:

Abuso di farmaci; venosezione; impiccagione; arma da fuoco; defenestrazione; fare volontariamente un incidente mortale, etc.

- **Accessibilità delle risorse:**

Armi da fuoco in casa; Accesso a farmaci/veleni.

Accesso a un piano alto nell'edificio o altrove: Luogo appartato per passare all'atto.

- **Urgenza del progetto** immaginato:

Lasso di tempo che il paziente si è dato;

Scadenza per una situazione insopportabile

- **Possibilità di chiedere aiuto:**

appuntamenti regolari o meno con lo psichiatra/medico curante? Rete familiare e amicale.

- **Capacità di impegnarsi**

Difficile da valutare, dipendente dal legame terapeutico. Possiamo ricordare l'impegno assunto e mantenuto da Madeleine. Accettare da parte della paziente l'impegno non protegge totalmente di certo, né ha impedito di reiterare continuativamente le minacce di suicidio. Queste hanno necessitato anche dei ricoveri in ospedale psichiatrico. Ma ricordiamo che non è mai passata all'atto.

PENSIERI DI SUICIDIO NEL MIO PAZIENTE: COSA FARE?¹⁶

- **Pensieri di suicidio fluttuanti**, senza progetti, angoscianti ma gestibili per il paziente.

Restare in contatto con il paziente invitandolo a chiamare (il terapeuta o il pronto soccorso) se i pensieri peggiorano. Dare loro precise coordinate telefoniche avvertendo nel caso anche i servizi che potrebbero essere sollecitati.

Promuovere l'allargamento ai familiari soprattutto per i pazienti adolescenti.

Non restare da soli. Richiedere rapidamente una supervisione. Richiedere una consulenza psichiatrica se il problema non si risolve o si aggrava.

- **Pensieri di suicidio angoscianti**, invasivi con bozza di piano e ansie significative

¹⁶ Vedi Bally N. (2020)

Chiedere una consulenza psichiatrica entro 24 ore, se il paziente può impegnarsi a non agire. Sollecitare la rete familiare. In caso di dubbio, valutazione psichiatrica d'urgenza!

- **Pensieri di suicidio invadenti** con un progetto specifico, con o senza una scadenza fissa

Chiedere una consulenza psichiatrica d'urgenza o anche inviare immediatamente il paziente a un pronto soccorso.

Queste strategie sono quelle che vengono fortemente caldegiate in Svizzera.

Bisognerà poi valutare se possono anche essere adattate al contesto in Italia dove l'organizzazione sociosanitaria è comunque differente.

Per esplicitare come può essere declinata questa griglia di valutazione vorremmo esporre qua un caso relativamente poco preoccupante.

DIANE E LE RIPETUTE ESPRESSIONI DELLA TENTAZIONE DI MORIRE

Avevamo evocato all'inizio che l'emergenza di velleità di suicidio non è sempre l'espressione di un desiderio intenso di morire, quanto piuttosto l'aspirazione a una nuova vita, fruendo di una sufficiente libertà. Non di rado è il caso degli adolescenti.

Diane è una ragazza di 19 anni che ha lasciato i suoi che abitano in un paese lontano - in cui la madre di origine svizzera aveva emigrato al momento del suo matrimonio - per proseguire gli studi universitari nella città in cui era nata sua madre. Quest'ultima aveva conosciuto il marito, un commerciante che viaggia molto, durante un soggiorno linguistico a Londra e, dopo il matrimonio, la famiglia si è stabilita in un altro continente.

Fu sua madre, al momento di una sua visita alla figlia, a contattarmi in preda al panico: Diane la chiama ogni giorno per dirle che sta pensando al suicidio. La madre viene prima da sola: evidentemente voleva apprezzare personalmente le qualità del terapeuta prima di affidargli sua figlia.

Quando ricevo Diane è vestita con cura come una ragazza di buona famiglia. Mi ritrovo, in effetti, davanti a una giovane beneducata, quasi sussiegosa. Appare ansiosa, certo, anche preoccupata di soddisfare i suoi genitori, inquieta per i suoi studi. Si dice in preda a un sentimento di solitudine e con una certa dose di nostalgia, ambivalente, per le chiacchierate quotidiane con sua madre, che peraltro Diane accusa di impedirle di uscire con i suoi amici. Evidentemente, la madre teme come la peste la frequentazione di cattive compagnie.

Non sembra aver avuto esperienza di dipendenza da sostanze. Ci sono elementi di stalking sui social, ma non ricorda traumi o abusi. Certo è che

è preoccupata per suo padre che, quando non lavora, fa uso di alcol in maniera esagerata, a volte grida senza avere violenza fisica. Possiamo postulare che forse un motivo dei suoi pensieri di morte potrebbe essere quello che preferisce essere lei a morire piuttosto che capiti un incidente di macchina a suo padre quando guida in stato di ebbrezza. Il padre soffre anche di ipertensione e la famiglia ha paura di un attacco celebrale.

Anche se mi ripete che pensa costantemente al suicidio e che prova il bisogno imperioso di comunicarlo ogni volta alla madre, il rischio di un passaggio all'atto, sempre possibile, non mi pareva al momento particolarmente inquietante.

Se ci riferiamo allo strumento descritto precedentemente che riguarda l'ampiezza del rischio, dell'urgenza e della pericolosità, abbiamo stimato che il rischio nei tre campi poteva essere considerato globalmente come basso. In effetti, se le idee di suicidio fossero state insistentemente presenti, l'intensità di questa ideazione avrebbe potuta essere considerata come bassa. Di fatto Diane, quando interrogata, poteva evocare diverse alternative al progetto di passaggio all'atto. In più non aveva uno scenario articolato e preciso; anche da un punto di vista temporale, la paziente non percepiva il pensiero della morte come un'esigenza imminente.

La pericolosità dipende anche dalla gravità della depressione, che in un adolescente è meno caratterizzata dai sintomi negativi quanto piuttosto da forme ansiose e agitazione. Diane fin dalla prima seduta mi diceva - in un misto di francese e di inglese - di voler vivere, incontrare nuove persone, ma il trasferimento sette mesi prima in un ambiente diverso da quello in cui aveva vissuto, gli studi esigenti e la lontananza dei suoi avevano di fatto impedito la realizzazione di una vita sociale soddisfacente e questa assenza la *mortificava*. Mi pareva quindi certo triste, contrariata, a volte in collera con i genitori, ma la globalità del tono umorale faceva pensare a una depressione piuttosto lieve.

Il pensiero della morte traduce in Diane un evidente dolore interiore e un dilemma irrisolvibile: "se divento indipendente, se mi concedo un po' di buon tempo con gli amici, tradisco mia madre, il che mi porta a un senso di colpa mortale. Se non prendo delle distanze dal controllo, in fondo asfissiante, dei miei genitori morirò soffocata".

Ma il confine tra la disperazione e l'espressione dello slancio vitale per trovare un altro orizzonte di futuro non è sempre immediatamente evidente. Dobbiamo rimanere particolarmente vigili in quanto a volte i sintomi dei nostri pazienti possano fuorviarci. Per questo ho chiesto comunque a Diane di impegnarsi a non farsi del male e a telefonarmi nel caso in cui fosse stata presa da un impulso irresistibile a farlo. La capacità di impegnarsi è difficile da valutare, soprattutto all'inizio del lavoro terapeutico. In questo caso, anche se non particolarmente drammatico, la responsabilità terapeutica ci impone vigilanza e prudenza senza allo stesso tempo abbandonare la nostra fiducia nella *vitalità* di Diane.

Per concludere vorremmo esporre un caso di un'altra gravità, che ci ha dato del filo da torcere, trattato in una terapia congiunta e cooperativa tra i due autori.

IL CASO DI GASPARD

Questa è una situazione in cui l'ideazione suicidaria comporta ancora più pericolosamente la reversibilità tra aver subito il male, il farsi del male e il fare del male all'altro. Questo caso ci ha interessato perché la minaccia di suicidio veniva dal padre di una bambina di undici anni, Charlotte.

Gaspard, 48 anni, operatore umanitario, ha una relazione da 12 anni con Annette, 50 anni. Gaspard esitò a lungo prima di considerare di avere un figlio; avendo vivo il ricordo della sua infanzia infelice (conflitto genitoriale cronico; squalifica da parte del padre; mancanza di protezione dalla madre che protegge il padre più dei figli), non ha voluto ripetere o perpetuare in un figlio il suo dolore di bambino.

Ma ci sono altre condizioni della vita familiare che potrebbero aver favorito una certa vulnerabilità ai pensieri suicidi. Il padre di Gaspard era affetto da una grave patologia coronarica. Avrebbe potuto soccombere a un infarto in qualsiasi momento, soprattutto nei momenti di irritazione o di collera. Gaspard, dal carattere piuttosto vivace, sentiva la minaccia della morte, della morte del padre che poteva provocare con il suo atteggiamento insolente o ribelle. Questa paura, che era intrattenuta sia dal padre che dalla madre, lo fece precipitare in una sorta di abisso di sensi di colpa ingiustificati e distruttivi.

Di fronte alla possibilità di essere abbandonato da Annette, Gaspard vuole far vivere ai suoi familiari ciò che lui stesso ha vissuto da bambino: la minaccia di essere abbandonato dal padre e trascurato dalla madre. Vuole perciò punire tutti: i genitori, la compagna Annette e la figlia Charlotte.

La coppia è in crisi ed è seguita da l'uno di noi per due anni. Si tratta in effetti di una terapia congiunta perché Gaspard è seguito individualmente dall'altra di noi. Annette, la sua compagna, rimprovera Gaspard per le sue parole inopportune, i suoi continui rimproveri, la sua inadeguatezza come padre. Lui a livello globale non supporta la moglie e si sente trascurato da lei. La loro figlia, di fronte alla ridondanza dei conflitti dei genitori, presentava una forma di fobia scolastica e ritiro sociale. La coppia è attualmente in procinto di separarsi.

Uno dei punti controversi della coppia: l'uso della pornografia da parte di Gaspard e la sua relativa trascuratezza nel proteggere la sua famiglia, e soprattutto Charlotte, da tali immagini.

Lì, come nel resto della sua vita, Gaspard si comporta come un uomo pieno di contraddizioni, come un “umanitario aggressivo”; è dipendente dalla pornografia ma se ne vergogna molto perché contraddice completamente la sua posizione sul rispetto delle donne, sull'uguaglianza di genere, ecc.

Nella terapia individuale Gaspard appare molto ambivalente nel legame con la compagna:

- Non può fare a meno di criticarla, ritenendola la principale responsabile dei problemi (es. lei non va in terapia per assumersi la sua parte di responsabilità; lui se la cava bene...). Continua a ripetere come Annette sia insufficiente e frustrante.

- Ma non appena sorge un rischio di separazione, si “scompensa”. È la sua compagna che garantisce la vita sociale della coppia, lui ha pochissimi amici; ha un legame poco rassicurante con la sua famiglia. Lei è anche il pilastro della genitorialità; si sente dipendente da lei nella cura della loro figlia. Nel complesso si sente, come dice lui, “non adatto alla vita”.

Fu durante il periodo in cui la coppia si preparava più concretamente alla separazione che Gaspard ha cominciato ad esprimere delle idee di suicidio, anche se queste non erano state assenti in altri momenti della sua esistenza.

Un'ulteriore accentuazione di questi pensieri si verifica quando riceve una lettera in cui si afferma che Gaspard è sotto inchiesta penale per pedopornografia. Il suo mondo sta crollando; la sua doppia vita rischia di venire alla luce. La tentazione di scomparire è brutale; vuole saltare dal ponte più alto di Losanna. La terapeuta è colpita dalla prossimità del rischio, dall'urgenza del progetto immaginato. Fortunatamente, Gaspard controlla meglio la posta ricevuta su Internet e vede l'inganno: l'autore dell'e-mail è un hacker. Nel seguito, la crisi è meno acuta ma la prospettiva della separazione mina fortemente il sentimento di “vitalità” di Gaspard.

Annette scrive allora una lettera al terapeuta di coppia, avvertendolo delle sue paure. In seguito a una discussione d'équipe, avvenuta rapidamente, decidiamo di approfondire nei due ambiti di terapia, in particolare nella terapia individuale, l'aggravamento della determinazione al suicidio.

All'inizio della seduta con la sua terapeuta, Gaspard esordisce dicendo che sua figlia ha molte risorse e che si riprenderebbe facilmente dalla sua scomparsa. La terapeuta risponde che lei non lo pensa affatto. Rimanda a Gaspard che sarebbe uno dei peggiori disastri che sua figlia potrebbe subire. Perdere un genitore – e *a fortiori* in questo modo – per una figlia significa veder crollare il suo mondo: questo trauma l'accompagnerà per tutta la vita e ne ostacolerà il compimento.

T: “Come ha potuto assicurare la moglie e la figlia che sono così preoccupate? Non sarebbe giusto lasciare i suoi in preda alla loro angosciante incertezza quanto a un suo possibile suicidio. Sarebbe come vivere nei pressi di un vulcano in eruzione.”

Gaspard risponde inizialmente, nel suo stile contorto, affermando di aver mentito alla moglie promettendole che l'avrebbe chiamata se fosse stato vicino al suicidio. Poi, cercando la complicità della terapeuta prosegue: “Non posso ancora chiamarla, proprio mentre ci separiamo!”

T: “Va bene, ma allora quale vero impegno può prendere per assicurare Annette e sua figlia? Come può essere affidabile con loro?”

G: “Come apparire affidabile?”

T: “Come essere affidabili!”

G (Silenzio): “... Ma se proprio non ce la facessi più? non posso impegnarmi.”

T: “È vero che non ha il controllo di ciò che sente, della sua esperienza, dei suoi stati emotivi, di ciò che sta succedendo nel suo cuore. Non può impegnarsi a non provare disperazione. Ma, d'altra parte, può impegnarsi completamente nelle sue azioni. È padrone delle sue azioni – se non dei tuoi sentimenti – in ogni caso delle sue azioni. Ad esempio, potrebbe impegnarsi a chiedere aiuto se si sente disperato.”

G: “Ma se è durante le sue vacanze... (del terapeuta)”

T: “Può chiamare il pronto soccorso del nostro ospedale. E se non le sembra possibile, provi comunque a chiamarmi sul mio telefonino.”

In una seduta successiva, la terapeuta riprende la discussione con lui.

T: “Mi riferisco al fatto che ho sentito dire che pensava di meritare la pena di morte.”

G: “Cosa intende con la pena di morte?”

T: “Sì, mi ha detto che stava di nuovo pensando di suicidarsi. Per me, questo significa che è pronto a condannarsi a morte, che pensa di meritare la pena di morte. Quindi non capisco bene cosa le faccia pensare di meritare la pena di morte. È vero che sicuramente non ha fatto solo cose buone nella sua vita; sicuramente, come me, ha commesso degli errori. Con Annette, con sua figlia... Va bene, ma da lì a meritare la pena di morte, mi interpella. Soprattutto perché so che è contrario alla pena di morte (*come umanitario, ha lavorato per visitare i prigionieri politici nei paesi in guerra*). Allora, mi dica, gli altri pensano che meriti la pena di morte? La sua compagna lo pensa? (no) I suoi genitori lo pensano? (no) Allora da dove viene questa convinzione? La sua rabbia, che potrebbe portarla ad uccidersi, è sicuro che sia diretta alla persona giusta? al bersaglio giusto? Cosa ha suscitato in lei tanta rabbia? E come può rispondere in modo più equo che uccidendo se stesso?”

Tra empatia e confronto

Ciò che ci sembra particolarmente difficile con le persone che sono attratte dalla tentazione del suicidio è combinare diversi movimenti:

- Riconoscere la loro sofferenza e la loro disperazione (se non lo facciamo, aumentiamo le loro buone ragioni per disperare e non credere più negli altri né al loro futuro)

- Combattere per trovare in noi (e non solo in loro) una buona ragione per vivere e per credere.

- Fare appello al sentimento di solidarietà e di responsabilità che ci impegna gli uni verso gli altri e che è alla base di un futuro comune.

Qui la terapeuta ha provato a farlo mettendo sua figlia e la propria responsabilità genitoriale in prima linea. Gaspard, infatti con la moglie Annette ha una tendenza piuttosto contorta nel volerla ferire. La minaccia del suicidio è un ottimo modo per punirla e la terapeuta ha il sentimento che si tratti proprio di questo. Per quanto riguarda sua figlia, fortunatamente, egli perde il piacere maligno di fare del male. In primo luogo, Gaspard evoca, come fanno spesso con le persone che si suicidano, che la sua morte non avrebbe molte conseguenze perché sarebbero finalmente liberate dal suo negativismo critico. Quando la terapeuta nega vigorosamente, lui sembra capire anche se non riesce ad acconsentire. Ricorda poi che ha esitato così a lungo a dare il suo accordo per diventare padre per paura di far del male a un figlio. Non è quello che vuole fare oggi con Charlotte.

Certo, non resta che lavorare nella durata sulla sua radicale perdita di autostima (che così facilmente si trasforma in una percezione dell'insufficienza dell'altro...). E ci vorrà tempo per trovare un'altra soluzione che non sia l'autodistruzione ma il controllo dei movimenti di collera - nascosti ma tenacissimi - così potenti in quest'uomo.

La separazione è stata finalmente in grado di avvenire in una modalità relativamente pacifica, in ogni caso senza una nuova allerta suicida. Nonostante Gaspard continuasse a dire di essersi arrabbiato per il fatto che Annette avesse raccontato al loro terapeuta di coppia della sua ideazione suicidaria, il lavoro svolto ha favorito in lui una relativa sicurezza che permette di accettare - quando gli viene offerta - la considerazione della compagna che lo riconosce come un padre sufficientemente buono e capace di prendersi cura della figlia.

Questo caso mostra l'importanza di far rivivere, con le persone che ci affidano la propria ideazione suicida, il loro *senso etico*, la loro *responsabilità* verso se stessi e gli altri, la loro capacità di fiducia, nel momento della loro vita in cui tendono a considerarsi solo buoni a buttarsi via, a morire.

MOBILIZZARE I LEGAMI DI APPARTENENZA

L'incontro con le persone disperate, con idee di suicidio o determinate a compierlo rappresenta un vero e proprio "combattimento ravvicinato" per il mantenimento della loro dignità. In questa lotta ci vuole coraggio per coniugare empatia e confronto, come abbiamo visto nel caso di Gaspard. In più non possiamo e non dobbiamo stare da soli. Ci conviene sollecitare – come già menzionato – non solo i colleghi e supervisori ma anche la famiglia delle persone che ci chiedono – e non ci chiedono – aiuto. Si tratta di riportare in primo piano i grandi protagonisti della storia dei nostri pazienti (parenti, amici, tutori di resilienza, figure di attaccamento), spesso sfocati, che sono il cuore della loro storia di vita e del loro mondo "interiore".

Il posizionamento del terapeuta è importante, ma quello dei parenti delle persone con velleità di suicidio è naturalmente ancora più determinante. Quest'ultimi erano già intervenuti, in un modo o nell'altro, prima che noi incontrassimo il nostro paziente e c'è una buona probabilità che saranno ancora lì quando termineremo il nostro intervento terapeutico.

Come può la *cerchia familiare* di fronte alla suicidalità del soggetto mostrare solidarietà e sostegno? Come può la persona disperata, abitata da pensieri di suicidio, pensare alla famiglia e proteggere i propri figli?¹⁷

Non cediamo alla presunzione di ritenere che basti una alleanza terapeutica da sola per influenzare un destino in direzione della vita piuttosto che della morte – anche se abbiamo un ruolo al quale non possiamo sottrarci.

Prima di un tentativo di suicidio, molto spesso, i pazienti immaginano che nessuno si prenda più cura di loro, che siano un peso per gli altri, che la loro morte porti sollievo a tutti. Rendersi conto di cosa avrebbe fatto agli altri se fossero morti è uno dei modi migliori per prevenire il rischio di una successiva recidiva.

Quando siamo in presenza di idee suicide nei nostri pazienti, suggeriamo di chiamare i membri della famiglia nucleare, in particolare quelli che vivono con il paziente. Tali allargamenti sono grosso modo suddivisi in due gruppi.

Il primo gruppo di convocazione riguarda le famiglie di adolescenti o di adulti con forti pensieri suicidi o che hanno tentato il suicidio. In questo caso cerchiamo di mobilitare i parenti come protettori: genitori, partner, fratelli.

¹⁷ Vedi Vannotti (2006)

Durante questi incontri, ognuno ha l'opportunità di testimoniare alcune delle proprie emozioni – queste saranno sia incoraggiate che contenute – e di dire ciò che probabilmente non avrebbero detto se il terapeuta non avesse dato loro espressamente l'opportunità. Il terapeuta invita a manifestare il loro desiderio – un desiderio che di solito rimane inespresso, perché considerato come ovvio – che il paziente si mantenga in vita. Anche se pochi parlano, il semplice fatto di essere presenti, di essere ascoltati e di aprire orizzonti di futuro è terapeutico per ogni membro della famiglia. Questi allargamenti durante una seduta di valutazione e cura – spesso in urgenza – rappresentano un potente atto terapeutico.

Il secondo riguarda le situazioni familiari in cui figli minorenni convivono con un genitore che allude o dice chiaramente di volersi suicidare. In questi casi convochiamo i figli, in modo che possano ascoltare i terapeuti del loro genitore depresso o disperato. Si tratta soprattutto di liberare questi bambini dalla responsabilità che si sono addossati – o che è stata loro attribuita – di proteggere i loro genitori, di mantenerli in vita.

Questo è l'allargamento ai bambini come “soggetti da tutelare”. Inoltre, abbiamo riscontrato che i bambini percepiscono chiaramente la minaccia del suicidio anche se i loro genitori non ne parlano. Le ripetute espressioni della volontà di suicidio costituiscono, inoltre, una sorta di maltrattamento psicologico caratterizzato che lascia tracce permanenti nello sviluppo dei bambini.

FATTORI PROTETTIVI PER I TERAPEUTI

Come possiamo restare saldi, come terapeuti, di fronte a questi duri confronti con la vicinanza – o l'effrazione – della morte?

Come terapeuti, il suicidio è uno dei maggiori rischi che dobbiamo affrontare e domare. Il suicidio compiuto delle persone che abbiamo seguito e cercato di curare rimane una ferita che colpisce la nostra stessa anima, e il nostro itinerario come terapeuti, lasciando tracce per tutta la vita. Non possiamo dimenticare. Non possiamo guarire completamente la ferita. L'incontro con i familiari dopo il suicidio di una persona cara lascia il ricordo di uno strazio, di una impotenza che rimane con noi per sempre.

Possono scattare nel terapeuta diverse strategie per evitare questo calvario: dall'ignorare la questione la tematica al delegare, o scaricare, immediatamente ad altri il paziente. Di fronte alla minaccia del suicidio, il senso d'impotenza e di angoscia nel terapeuta induce, infatti, a indirizzare il paziente a istituzioni o centri che presumiamo più competenti, nella speranza che ci siano mezzi solidi ed efficaci per prevenire il suicidio: muri ospedalieri, équipe specializzate. Un medico responsabile di un reparto di ricovero per adolescenti ce lo ha ripetuto di

recente: non può accettare l'indicazione del ricovero per "protezione o prevenzione di atti suicidi": l'unico mandato che il suo reparto può garantire è quello di un'assistenza ravvicinata o continuativa.

In altre parole, non esiste un dispositivo sicuro che prevenga il suicidio; possiamo solo mobilitare un contesto di cura empatico e coraggioso – che “prende” o non “prende”.

Una delle poche semplici regole per il terapeuta, di fronte al rischio di suicidio, è quella di non rimanere da solo, di attivare la rete tra gli operatori sanitari impegnati o suscettibili di essere coinvolti – psichiatra, medico di base o pediatra, infermiere scolastico o psichiatrico, altro operatore a seconda della situazione (assistenti sociali, educatori, ecc.). A nostro avviso, un operatore o un terapeuta non può assumersi la responsabilità esclusiva di prendersi cura di una persona in pericolo di suicidio.

Per quanto sia importante che il paziente senta la presenza di una équipe intorno a sé come una rete di sicurezza, è altrettanto importante che il terapeuta si senta parte di una équipe, anche se queste forme di cooperazione sono temporanee ed esistono solo per la durata della gestione della crisi o del trattamento per un dato paziente. Lo stesso principio che abbiamo individuato sopra per i pazienti – ovvero la mobilitazione dei parenti che tengono e si mobilitano per un loro caro quando quest'ultimo non può più reggersi da solo – vale anche per i terapeuti: all'interno del sistema di cura è importante l'attivazione di legami potenzialmente portatori e benefici anche per il curante. In modo concreto, il terapeuta dovrebbe, non appena apprende o scopre che il suo paziente ha una volontà suicida, parlarne con una persona di fiducia con cui può discutere della situazione, concordare le misure da adottare, per condividere un po' della propria angoscia.

La richiesta di un parere di un collega o di una rapida supervisione è anche ciò che permette di uscire dal circolo vizioso che a volte si instaura intorno all'ideazione suicidaria, circolo vizioso attraverso il quale il paziente cede all'altro la responsabilità della propria vita: «La mia vita dipende da te e dall'attenzione che mi concedi, della disponibilità che disponi per me». Il terapeuta viene quindi preso per la gola e un regime di terrore rischia di profilarsi all'orizzonte. Laddove si forma una équipe, possiamo discutere insieme delle rispettive e legittime disponibilità e prevenire questo fenomeno di “abbraccio mortale”.

CONCLUSIONE

L'intenzione suicida si verifica quando l'appartenenza del soggetto al suo entourage è stata lesa in modo tale da avere l'impressione di non poter più continuare a vivere. Il soggetto ferito, che molto spesso è colpito anche nella sua “fiducia” negli altri – e anche nelle istituzioni –, si rivolge contro se stesso, trasformando una sconfitta intersoggettiva in una lotta

tra sé e sé – l'unico campo nel quale sembra permanere un certo potere: quello, fatale, di farla finita.

Una delle sfide dell'intervento terapeutico, come abbiamo detto, consiste nel riscoprire il campo di forze intersoggettivo del movimento suicida. È in questo campo che la persona rimane ferita; è anche lì che è possibile una spiegazione, una riparazione, un risveglio di speranza.

In questo campo di forze intersoggettive, si tratta sia di mobilitare ciò che "porta", che è favorevole alla vita, sia di allontanare ciò che è distruttivo, che reca la morte. Il movimento suicida, come abbiamo cercato di illustrare, può comportare questo tipo di legittimità distruttiva¹⁸ in virtù della quale: "se ho sofferto tanto dolore, nulla mi impedisce di infliggerlo a mia volta. Ho dovuto sopportare; anche gli altri sopporteranno. E forse anche con la mia morte, finalmente capiranno – per viverla – quanto può ferire".

Ma purtroppo c'è molto spesso, in questa legittimità distruttiva, una confusione, così che coloro che sono colpiti dalla distruzione suicida – la persona suicida e i suoi discendenti – non sono quelli i cui comportamenti erano stati, all'origine, così distruttivi.

Su questo cantiere così doloroso di movimenti emotivi e legami che portano, feriscono o abbandonano, ci sembra quindi essenziale aprire, con i nostri pazienti, una concreta interrogazione etica sul giusto e sull'ingiusto¹⁹: cosa li ha feriti a morte? come è emersa in loro la violenza di cui testimonia il movimento suicida? Come dirigere il loro "fuoco" in modo tale da non perpetuare il ciclo della violenza? Come rendere giustizia a ciò che hanno vissuto senza un nuovo movimento di morte? Come aiutarli a ristabilire una giustizia, giustamente non ripetendo un'ingiustizia radicale nei confronti dei familiari e della comunità che dovrà sopravvivere alla sua morte?

Il tema del suicidio richiede molto coraggio da parte del terapeuta, minato da questa constatazione, di cui abbiamo parlato all'inizio: e cioè che la possibilità di vivere o di morire, l'attaccamento alla vita come la tentazione di uccidere, sono inerenti nella natura umana.

Ci vuole coraggio poi per affrontare, contenere la volontà di suicidio dei nostri pazienti, ma prima ancora per depistarne i segni nascosti e per osare ricercarli. Questo coraggio parte da un atteggiamento interiore del terapeuta, dalla sua determinazione nell'affrontare l'angoscia e la violenza del paziente suicida con un atteggiamento di presenza e di impegno, dalla sua capacità di prendere posizione di fronte alla tragedia: riconoscendola, ma rifiutando di perpetuarla. Per prendere posizione bisogna essere mossi non solo da una profonda fiducia nella possibilità di vivere, dalla speranza di un futuro diverso, ma altresì dalla convinzione

¹⁸ Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.R. (1986)

¹⁹ Vannotti & Gennart (2022)

che è necessario promuovere la fiducia e la speranza anche in chi sta intorno al paziente e nell'équipe che ci sostiene.

BIBLIOGRAFIA

- Ausloos G. (1995). *La compétence des familles*. Paris:Erès (Relations).
- Benzakour L. (2019). État dépressif et évaluation du risque suicidaire: quelle prise en charge par le médecin interniste et quand référer au psychiatre?
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/dre_l_benzakour130219_0.pdf
- Bally N. (2020): Évaluation du risque suicidaire
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/evaluation_du_risque_suicidaire.pdf
- Boszormeny-Nagy I., Krasner B.R. (1986). *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- Canevaro A. (2020). *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Milano: L. Guerrerrio.
- Durkheim E. (1893). *De la division du travail social*. PUF, coll. Paris:"Quadrige/grands textes", 2007.
- Durkheim E. (1897). *Le suicide*. PUF, coll. Paris: "Quadrige/grands textes", 2013.
- Gennart M. (2021). Existence incarnée; une vulnérabilité créatrice, In Gennart M. (dir.): *La vulnérabilité. Approche phénoménologique, existentielle et psychopathologique*. Argenteuil: Le Cercle Herméneutique, pp.97-120.
- Le Breton D. (2013). *Conduites à risque*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lekeuche PH., Melon J. (1990). *Dialectique des pulsions*. Bruxelles: De Boeck-Université (Bibliothèque de pathoanalyse).
- Lekeuche Ph. (2010). L'apport du concept de «paroxysmalité» pour la psychopathologie et la clinique. In *Szondiana. Zeitschrift für Schicksalsanalyse und Beiträge zur Tiefenpsychologie* 30: 80-94.
- Lévinas E. (1984). *Ética e Infinito*. Roma: Città Nuova.
- Malinowski B. (1926). *Crime and Custom in Savage Society*, London: Routledge, 2013.
- Michaud L. & Bonsack C. (eds) (2017). *Prévention du suicide Rencontrer, évaluer, intervenir*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Odier C. & Vannotti M. (2010). Il suicidio nell'anziano malato. Dilemmi etici. In *Terapia familiare* 94: 203-220.
- Rihmer Z., Rutz W. & Pihlgren H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 18; 35(4):147-52.

- Rutz W., Von Knorring L. & Wålinder J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. In *Acta Psychiatr Scand* 80(2):151-4.
- Schotte J. (1990). Comme dans la vie en psychiatrie. Les perturbations de l'humeur comme troubles de base de l'existence. In *Szondi avec Freud. Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. Bruxelles: De Boeck-Université (Bibliothèque de pathoanalyse), pp. 173-212
- Stassart M. (1999). Le caractère paroxysmal. In *L'Information Psychiatrique* 75(6): 110-116.
- Szondi L. (1973). Diagnostic expérimental des pulsions. Paris: PUF.
- Vannotti M. (2006). Comportement suicidaire et famille: vulnérabilités et facteurs de protection. In Rutgers-Cardis J. & al. (eds). *Suicide: liens sociaux et recherche de sens*. Genève: Labor et Fides: pp 77-86.
- Vannotti M., Gennart M. (2022). *Orizzonti etici*. Roma: Fioriti.
- Weizsäcker von V. (2011). *Pathosophie*. Trad. fr. Grenoble: Millon.

L'INIZIO DEL VIAGGIO TERAPEUTICO: LA SOTTILE LINEA TRA ALLEANZA E COLLUSIONE

Francesca Rosellini, Beatrice Vacchelli¹

RIASSUNTO: La buona alleanza tra paziente e terapeuta è una delle variabili più importanti ai fini dell'efficacia della terapia: ma quali sono gli elementi che incidono sulla sua costruzione? Qual è il momento giusto per accedere ai contenuti impliciti della domanda del paziente e smuovere le sue difese? Noi pensiamo che, in una fase iniziale della consultazione, colludere con la domanda esplicita del paziente possa, in un certo senso, favorire la costruzione dell'alleanza.

Se per collusione intendiamo la “simbolizzazione affettiva del contesto, condivisa emozionalmente da chi a quel contesto partecipa” (Carli e Panniccia, 2003), capiamo come essa sia necessaria, per entrare nell'universo simbolico del paziente che, in una fase iniziale della consultazione, è mosso dal desiderio di essere compreso e sollevato dalla propria sofferenza. Colludere (dal latino con-ludere, “giocare insieme”) rende il paziente e il terapeuta partecipi di un gioco comune che li fa avvicinare, riducendo la loro “non pariteticità relazionale”. Verrà tuttavia il momento in cui la collusione dovrà essere progressivamente abbandonata, affinché la relazione terapeutica sia portata ad un livello cooperativo, in cui la narrazione (o chimera) del paziente verrà messa in discussione, per permettere la co-costruzione di un nuovo racconto di sé.

SUMMARY The good alliance between patient and therapist is one of the most important variables for the effectiveness of the therapy: but, which are the elements that impact its construction? Which is the right moment to access the implicit content of patient's request? We think that in an initial phase of consulting, to collude with the explicit patient's request can facilitate the development of the alliance. If for collusion we mean “Affective symbolization of the setting emotionally shared by those who participate to that context” (Carli e Panniccia 2003), you understand how it is necessary to enter into the symbolic universe of the patient, who, at the beginning of the consultation, is moved by the desire to be understood and to be relieved of his suffering. To collude (from Latin “cum-ludere”= “play together”) involve patient and therapist in a common game that makes them sure to approach, reducing their unequal relationship. The time will come, when the collusion will have to be gradually abandoned, so the therapeutic relationship is brought to a cooperative level, where the narrative or “chimera” of the patient, will be questioned to permit the co-construction of a new story of himself.

PAROLE CHIAVE Alleanza, Collusione, Costruzione dell'alleanza, Trasferimento, Obiettivi condivisi, Cooperazione, Sistema motivazionale, Attaccamento.

¹ Psicologhe e psicoterapeute in formazione presso Mara Selvini Palazzoli

INTRODUZIONE

L'idea per sviluppare questo articolo è ispirata dalla metafora che Boris Cyrulnik, nel libro "Autobiografia di uno spaventapasseri" (2009), utilizza per descrivere il processo di costruzione che ogni individuo fa del proprio racconto di vita: la narrazione che si costituisce è assimilabile ad una Chimera, animale mitologico, che non esiste, ma che è composto da parti di animali veri: il ventre è di un toro, la testa è di un leone, la coda di un serpente. Così sono le storie che ciascuno di noi costruisce per attribuire coerenza alla propria narrazione: ricomponiamo i pezzi della nostra storia per dargli una forma stabile, altrimenti la vita psichica si costituirebbe nel caos; la verità narrata non corrisponde necessariamente a quella storica, ma dota di senso la nostra esistenza. Scrive l'autore: "La chimera di sé è un animale meraviglioso che ci rappresenta e ci identifica. Essa da coerenza all'idea che ci facciamo di noi stessi, determina le nostre attese e i nostri timori. Questa chimera fa della nostra esistenza un'opera d'arte, una rappresentazione, un teatro dei nostri ricordi, delle nostre emozioni, delle immagini e delle parole che ci costituiscono" (*ibid.*).

Trasferendo l'utilizzo della metafora al contesto clinico, è immediato pensare che, nel primissimo contatto con i nostri pazienti, ad entrare nella stanza di terapia siano le loro chimere narrative, costruite per dare forma alle loro memorie.

A questo punto, sorge spontanea una domanda: fino a che punto, nelle vesti di terapeuti, possiamo colludere con questa chimera? In che misura possiamo credere al racconto che i nostri pazienti ci portano nella relazione terapeutica?

Per collusione, intendiamo la "simbolizzazione affettiva di un contesto, condivisa da chi a quel contesto ci partecipa", usando le parole di Carli e Paniccchia, (2010). Secondo questi due autori ed altri, infatti, una buona dose di collusione sarebbe necessaria per entrare nell'universo simbolico del paziente.

L'ipotesi è che, essendo stata la narrazione del paziente così importante per tracciare il *fil rouge* della propria esistenza, in una fase embrionale della terapia, coincidente con la fase di consultazione, potrebbe essere utile aderire a questa chimera: condividere simbolicamente il vissuto della persona che abbiamo davanti, infatti, potrebbe essere remunerativo in termini di costruzione dell'alleanza terapeutica.

Siamo consapevoli di quanto colludere con la domanda implicita del paziente, durante la terapia, sia rischioso: colludere significherebbe rinforzare i meccanismi disfunzionali che il paziente mette quotidianamente in atto, che contribuiscono a perpetuare il suo malessere, ostacolando il raggiungimento degli obiettivi terapeutici; tuttavia, il racconto che il paziente fa di sé stesso costituisce la corazza che gli ha permesso di stare al mondo; così come il sintomo è "*espressione di una sofferenza personale e insieme un tentativo di difesa o almeno di*

contenimento della sofferenza stessa” (Cirillo et all., 2016), anche la Chimera può fungere da contenitore delle vicende della vita, poiché aiuta a ricostruire uno scenario che fa da sfondo alle vicende passate, presenti e future. Pensare che la Chimera sia stata quindi fondamentale per il paziente ci autorizza ad abbandonare, in occasione dei primissimi colloqui, il bisogno di ricorrere a tecnicismi rassicuranti o di pretendere la collaborazione a tutti i costi; questi potrebbero infatti minare alla costruzione dell'alleanza terapeutica, a discapito del desiderio di avvicinarsi e accogliere ciò che la persona porta in seduta.

È risaputo come una buona alleanza terapeutica costituisca un fattore predittivo della buona riuscita della terapia; tuttavia, la fretta di instaurarla può giocare brutti scherzi: il rischio è di condurre i colloqui avendo in mente uno schema preconstituito da seguire, volendo portare il paziente su un tracciato che noi abbiamo predisposto per lui, laddove a guidarci dovrebbero essere, invece, una buona dose di curiosità e un genuino interesse per chi abbiamo di fronte (Cambiaso, Mazza, 2018).

Nella letteratura sull'alleanza terapeutica, è possibile rintracciare alcune teorizzazioni a supporto dell'idea che la preoccupazione di accogliere i bisogni del paziente, piuttosto che valutarli, sia di primaria importanza per costruire un rapporto di cooperazione con il paziente. Lingiardi (2002) descrive in questo modo le affermazioni di Nunmberg (1932): “Anche se il terapeuta non è alleato con il paziente nel modo che lui desidera, è proprio «l'alleanza illusoria» a muovere la cooperazione del paziente all'analisi, riducendo l'ansia e creando l'atmosfera di sicurezza necessaria a rivelare le parti più segrete del sé. L'Autore sostiene infatti che l'alleanza si fonda, soprattutto, sulla distorsione degli aspetti reali della relazione terapeutica, e gli scopi di base dello psicoterapeuta siano opposti a quelli del paziente, “che vuole conquistare l'amore e l'attenzione dell'analista attraverso la costituzione di un'atmosfera confidenziale, quasi simbiotica”.

Ancora, Gutheil e Havens (1979) parlano di *alleanza irrazionale* e *alleanza razionale*: la prima si fonderebbe sui desideri del paziente che, sentendosi impotente, affida al terapeuta il potere di aiutarlo; la seconda, invece, si costituirebbe sul legame tra paziente e terapeuta, basato sulla ragione e sull'esame di realtà.

Costruire l'alleanza terapeutica diventa quindi un obiettivo a cui tendere per la buona riuscita della terapia, e questa va costruita *step by step* all'interno della relazione terapeutica.

Il riconoscimento della narrazione del paziente e della sua soggettività, in fase di consultazione, coincide con quella che Liotti e Monticelli (2014) chiamano “analisi della richiesta”: essa permette al terapeuta di raccogliere, nei primi incontri, le speranze, i timori, le aspettative e gli obiettivi che il paziente ha rispetto alle modalità con cui il suo problema verrà affrontato in terapia. Questo primo passaggio lascia poi lo spazio a “L'esplicitazione del problema” (*Ibid.*), attraverso il quale si invita il paziente ad esplicitare come viva la propria sofferenza, come questa si manifesta, il suo decorso nel tempo e i tentativi di farvi fronte.

Segue poi l'”Analisi delle aspettative” (*Ibid.*), fase in cui il terapeuta interroga il paziente relativamente a cosa si aspetta dalla relazione psicoterapeutica: questo, da un lato, favorisce la partecipazione attiva del paziente alla relazione; dall'altro, pone il terapeuta delle condizioni abbozzare una diagnosi di attaccamento: si potrà infatti intuire se il paziente abbia aspettative magiche nei confronti della terapia, oppure capire se viva timori di dipendere nei confronti del terapeuta o, ancora, se abbia pretese di onniscienza rispetto alla conduzione delle sedute.

Si passerà, poi, al punto cruciale del processo di costruzione dell'alleanza, corrispondente all'”identificazione degli obiettivi” (*Ibid.*), che segnerebbe il passaggio dalla fase di collusione a quella di alleanza: è qui che avviene, infatti, il primo momento di negoziazione tra paziente e terapeuta, che si trovano a costruire insieme degli obiettivi concreti su cui poter lavorare, i quali orienteranno il viaggio terapeutico. Identificare gli obiettivi implica un cambio di registro a livello di Sistema Motivazionale Interpersonale (Liotti e Monticelli, 2014); si passerà, infatti, dall'attivazione dai Sistemi Motivazionali di Attaccamento-Accudimento a quello Cooperativo. Nella prima fase della terapia il paziente cercherà aiuto, sostegno e cura da parte del terapeuta che, assecondando questo bisogno, offrirà sostegno e vicinanza; successivamente, paziente e terapeuta proseguiranno il viaggio cooperando, per cercare di raggiungere gli obiettivi stabiliti attraverso l'incontro e lo scambio reciproco.

I passaggi appena descritti trovano altresì riscontro nelle teorizzazioni di Luborsky (1994), il quale identifica due fasi dell'alleanza terapeutica: nella prima fase, il terapeuta fornirebbe aiuto al paziente, il quale sarebbe disposto a riceverlo in modo passivo, ponendo egli un'incondizionata fiducia in colui che, secondo le sue aspettative, dovrebbe essere il promotore di una relazione affettuosa e accogliente; la seconda fase lascerebbe spazio ad un'alleanza più matura, basata sulla consapevolezza che gli attori della relazione siano entrambi impegnati in un cammino finalizzato al raggiungimento degli obiettivi del trattamento.

1. SISTEMA MOTIVAZIONALE DI ATTACCAMENTO, ALLEANZA E TRANSFERT

Nella costruzione dell'alleanza quello che si auspica è che emerga un sistema motivazionale cooperativo ma una totale presenza di esso in senso assoluto è difficile da raggiungere anche perché, soprattutto all'inizio, quelli che possono essere sollecitati sono il sistema di attaccamento e di rango. Il primo, in particolare, si riattiva naturalmente nei nostri pazienti in terapia e sarebbe inevitabile non accadesse, parlando di ricordi e dolore mentali.

Questo riproporsi opera tramite un continuo confronto tra ciò che si è imparato nel passato e ciò che si sta vivendo nel presente: il paziente

porta alla mente il proprio vissuto riguardo a se stesso ed alla figura di attaccamento e lo traduce in aspettative nella relazione terapeutica. I pazienti infatti tendono a proiettare in essa le aspettative, le memorie e le modalità relazionali che avevano nei confronti dei loro *caregiver*, con tutto il carico di speranza, recriminazioni, aggressività che possono portarsi dietro. Il sistema motivazionale di attaccamento si attiva quando dall'altro lato vi è in atto un sistema di accudimento, che in un contesto di cura e sostegno come quello della terapia è molto facile da trovare.

È utile ricordare che l'attenzione condivisa sui propri vissuti e lo sguardo dell'altro su di sé sono un potente catalizzatore di risorse e di fiducia che crea un'atmosfera di accoglienza atta a favorire l'emergere di bisogni e istanze antichi. Il paziente si trova a confrontarsi nuovamente con il tema della vicinanza all'altro soprattutto a livello emotivo, così come con quello della protezione e del sentirsi al sicuro ed in una *safe-zone*. Per questo motivo il comportamento che metterà in scena in terapia sarà guidato da quello che per tanto tempo lo ha salvato e fatto sentire a suo agio, che sia una posizione di attacco, di chiusura o di apertura. Per lo psicoterapeuta è conveniente osservare attentamente quali sono i pattern di comportamento portati dal paziente ed i pensieri automatici che si trova a fare di fronte alla proposta di accoglienza, così da strutturare il suo intervento in modo da prevenire anche eventuali rotture nell'alleanza.

Riguardo all'emergere del sistema motivazionale di attaccamento in terapia, vi sono alcune evidenze scientifiche che hanno messo in luce come possa essere correlato a diverse modalità di andamento.

Per esempio, si è notato che le persone con attaccamento sicuro o sicuro-ambivalente mostravano alti livelli di alleanza all'inizio e alla fine della terapia con un andamento a U, con delle crisi nel periodo centrale; ipotizziamo con un grande investimento e fiducia all'inizio e con gratitudine alla fine del trattamento, alternati nelle fasi centrali fasi all'emergere di criticità magari legate all'emergere di transfert negativi.

Al contrario i pazienti con attaccamento insicuro o disorganizzato mostravano un andamento inverso, caratterizzato da una notevole fatica a far decollare l'alleanza all'inizio e da crisi verso la fine della terapia, con buone riprese nella fase centrale (andamento a U rovesciata). Ipotizziamo che le crisi iniziali e finali siano dovute alla fatica a fidarsi prima e alla paura della separazione dopo, mentre la buona alleanza nelle fasi centrali mostra possibili esperienze riparative nella relazione (Horwath&Symonds, 1991).

A proposito di rotture nell'alleanza, l'attivazione del sistema motivazionale di attaccamento è strettamente collegata all'emergere, nella relazione terapeutica, del transfert, che si presenta sempre in opposizione/continuità con il controtransfert del terapeuta. Il transfert può presentarsi come positivo o negativo, ma secondo le ricerche, in

entrambi i casi non è predittivo di rottura dell'alleanza (Whoodhouse et al., 2003).

Quello che dobbiamo avere bene in mente è che se il transfert ci parla delle relazioni passate, l'alleanza ci parla della relazione presente con il terapeuta; per cui anche se il transfert è negativo, l'alleanza può reggere ai suoi attacchi e crisi. Quando nel percorso di cura si instaura una relazione di ascolto e non giudicante infatti, il paziente si sente così a suo agio e libero da poter fare emergere domande, critiche e rimostranze nei confronti del professionista che lo segue e questo porta la relazione ad un nuovo livello di profondità Cluster 2 - aprirsi, autorizzarsi - della Benjamin, 2019).

A sostegno di queste ipotesi si è notato, nelle ricerche di cui sopra, che ad un attaccamento sicuro, infatti, si correlano sia una buona alleanza che un transfert con picchi negativi, come a significare che in una condizione di sicurezza, quando si riesce ad entrare in contatto con il proprio valore, ci si sente liberi di esprimere liberamente anche ciò che non ha funzionato/non funziona, senza avere paura di perdere la relazione poiché si è sicuri che rimanga. Tali movimenti sono utili al terapeuta poiché gli permettono di osservare il funzionamento del paziente e adattarsi ad esso, eventualmente correggendo errori o modalità comunicative che possono aver allontanato o ostacolato la relazione terapeutica.

Questi movimenti che abbiamo descritto hanno anche un effetto benefico nel senso che permettono di vivere esperienze correttive di attaccamento in un luogo sicuro, così da mettere in moto un processo di cambiamento che porta a passi concreti in avanti nella terapia.

2.RESTAURARE IL SISTEMA MOTIVAZIONALE COOPERATIVO

Tra i vari sistemi motivazionali che possono attivarsi in terapia (attaccamento, accudimento, rango, sessuale, cooperativo), quello che apporta maggiore beneficio all'alleanza è quello cooperativo e per questo è obiettivo che ogni terapeuta ha come principale alleato: per questo motivo riportarlo e usarlo come metodologia di lavoro con il paziente diventa una delle maggiori attenzioni da avere.

L'assetto cooperativo restituisce potere al paziente e gli permette di immaginare un cambiamento che non sia subito ma attivo, partecipato in prima persona. Sentirsi alleato al terapeuta permette di sperimentarsi soggetto con una propria individualità che può agire nel mondo ma soprattutto nella propria vita.

Per ripristinare e stimolare il sistema motivazionale cooperativo, il terapeuta può sfruttare le conoscenze che gli derivano dall'osservazione dell'attivazione dell'attaccamento del paziente, per riflettere insieme a lui su cosa lo ha portato a comportarsi una certa maniera o a dire una certa cosa. Stimolando la funzione riflessiva in questo modo si apre una meta-riflessione tra paziente e terapeuta sui modelli operativi interni e le credenze che lo hanno portato a soffrire

individualmente e in relazione. Questo significa che, in parte, il terapeuta accetta di colludere su ciò che porta il paziente, ma lo fa avendo ben presente che l'obiettivo non è la collusione, che ha i suoi limiti, ma l'alleanza con la parte sana e desiderosa di cambiare del paziente.

3. COSA FACILITA L'INSTAURARSI DELL'ALLEANZA?

Il processo verso la creazione di un'alleanza non è facile ed è soggetto a continue battute di arresto e grandi voli, ma il terapeuta può e deve attrezzarsi per riuscire a trovare le modalità più vicine a lui e al suo paziente così da non trovarsi impreparato in questo cammino.

La prima accortezza che egli può mettere in campo è quella di definire da subito il paziente come esperto di sé stesso, partendo quindi dalla convinzione che se il terapeuta può avere esperienza e studio approfondito di ciò che governa la mente e le relazioni umane; invece, la storia personale del paziente è totalmente in potere di quest'ultimo. In quest'ottica si mette anche in conto che chi si rivolge a noi ha già delle risorse che andranno scovate e portate alla luce così che sia possibile una nuova regolazione e modalità comportamentale sulla base di esse.

Seconda attenzione riguarda la definizione del problema che viene portato dal paziente. Il terapeuta deve allenarsi a notare quando la definizione del problema portato dal paziente differisce dalla definizione che ne darebbe lui stesso. Il terapeuta non deve essere rigido nelle sue ipotesi ma leggero, cercando un terreno comune sul quale dialogare. Quando parliamo di disagio mentale e fatiche relazionali il punto di partenza sul quale paziente e terapeuta possono convergere è quello emotivo di sofferenza, che può avere differenti modi per mostrarsi ma che è anche il primo motore di ricerca di soluzione e cambiamento. In relazione al primo punto il terapeuta potrebbe per esempio partire dai tentativi che ha fatto il paziente per far fronte a tale dolore e indagare cosa di buono possono aver prodotto e cosa invece potrebbe non essere stato utile, proprio come avviene nello step "esplicitazione del problema". Non sarebbe produttivo proporre, infatti, in questa fase, un'idea nostra che rischierebbe di fare sentire poco capito e accolto il paziente, incorrendo facilmente in un dropout.

Terza attenzione riguarda le aspettative, da mettere a tema e analizzare nei primi incontri di terapia, così da prevenire eventuali situazioni che il paziente teme o che potrebbero allontanarlo: fargli sperimentare di essere centrale ma in sicurezza e che non si affretteranno i tempi, può aiutare spesso a farsi sentire realmente visto.

È inoltre importante, come quarta attenzione, negoziare obiettivi condivisi che siano di interesse sia del terapeuta che del paziente. Le modalità con le quali si affronta la definizione degli obiettivi sono da curare con particolare precisione in quanto è il primo luogo in cui paziente e terapeuta si confrontano andando incontro a una serie di compromessi che saranno ricchezza e risorsa per la relazione

terapeutica. In particolare, può esser questo il momento in cui valutare anche i limiti di un intervento di psicoterapia così da porre degli obiettivi realisticamente raggiungibili sulla base dei limiti stessi e delle risorse del paziente, così da non fargli sperimentare inutili frustrazioni e sensazione di fallimento. Quando la definizione degli obiettivi è un compito arduo per il paziente, che si trova in una stasi e freeze tale da non riuscire a figurarsi nemmeno nel pensiero un ambito di cambiamento, questo può divenire il centro e l'obiettivo di incontri concordati sull'analisi della domanda.

Ultimo elemento che aiuta alla creazione dell'alleanza è sicuramente coltivare una sana e sincera curiosità nei confronti dei pazienti che, sentendosi oggetto di tale interessato sguardo possono sperimentare di essere di valore e degni di cure per qualcuno. Mostrarsi interessati non solo al problema portato ma anche agli interessi ed alla vita in generale del nostro paziente, infatti, aiuta anche ad ampliare il nostro ma anche il suo sguardo, così da aprire a nuove risorse, reti di supporto e soluzioni alle quali, focalizzandosi solo sulle criticità forse non arriveremmo, o arriveremmo con maggiore dispendio di energie e tempo. Su questa scia, possiamo dire che un uso parsimonioso e attento di interpretazioni, soprattutto quando l'alleanza sta ormai partendo, aiuta a tenere agganciati alla terapia.

Sappiamo, per nostra fortuna, che ci sono anche degli elementi che un terapeuta deve saper eliminare il più possibile o almeno diminuire in terapia, poiché portatori di distanza dal rispetto e dalla fiducia che l'alleanza si propone di creare. Un eccessivo uso di interpretazioni, per esempio, pone più attenzione al rango che alla cooperazione e rischia di spronare il paziente ad una competizione o a delegare il compito di cura, per cui sarebbe meglio evitare di farne un uso eccessivo. Esse spesso, inoltre, se non appoggiate come ipotesi "leggere" (Cambiaso, Mazza, 2020) rischiano di essere autoreferenziali per questo l'attenzione è che siano poche e quanto più accurate possibile, tendenzialmente ad alleanza già partita.

Un atteggiamento che non aiuta per niente l'alleanza è la scarsa fiducia nelle proprie capacità di aiutare il paziente. Il terapeuta infatti, spesso, è colui che custodisce la motivazione al cambiamento e ne mantiene la speranza anche quando il paziente è più stanco e fatica di più, per cui un'insicurezza non compresa può mettere a repentaglio l'instaurazione dell'alleanza che va in crisi anche quando il paziente si sente lontano dal terapeuta. Il cliente sentirà la competenza del terapeuta quanto più egli sia concentrato sull'ascolto e l'empatia verso di lui e non sulla sua insicurezza.

Mostrare distrazione o scarso interesse, infatti, può far pensare al paziente di essere poco importante e questo potrà innescare meccanismi di difesa leciti e forti, difficili da scardinare.

Per ultimo, gli interventi e le parole che cadono nella critica o colpevolizzazione possono facilitare il dropout dei pazienti per evidenti ragioni: accompagnare l'analisi dei comportamenti disfunzionali

sempre al significato salvifico che hanno avuto per il paziente può aiutare molto ad uscire dall'impasse del senso di colpa o impotenza che egli può sperimentare. Il punto di vista cambia gradualmente: non è il paziente che ha fallito, non poteva fare altrimenti e quella è stato per molto tempo la migliore strategia possibile, ma ad oggi può avere nuove risorse, prima tra tutte quella di aver fatto un primo passo arrivando in terapia. L'opportunità che in questo modo si fa trasparire è la seguente: "partiamo da te, da come in passato sei stato competente nell'affrontare le sfide della vita e poi arriviamo a nuove possibili soluzioni che partono ancora una volta da te, ma dal te adulto che molto è cambiato e può ricostruirsi."

BIBLIOGRAFIA

- Benjamin, L. S., (2019). *Terapia ricostruttiva interpersonale per la rabbia, l'ansia e la depressione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cambiaso G., Mazza R. (2018). *Tra intrapsichico e trigenerazionale - La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cambiaso, G., Mazza, R., (2020), *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*, Armando, Roma.
- Carli, R., Paniccia, R. M., & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia. *Rassegna italiana di sociologia*, 51(2), 183-204.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., (2016), "*Entrare in terapia: le sette porte della terapia sistemica*". Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cyrułnik B., (2009). "*Autobiografia di uno spaventapasseri*". Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gutheil, T.G. & Havens, L.L., (1979), "*The therapeutic alliance: contemporary meanings*" and confusions. *Int. Rev Psychoanal.*
- Horvath, AO e Symonds, BD (1991). Relazione tra alleanza di lavoro e risultato in psicoterapia: una metanalisi. *Rivista di psicologia del counseling*, 38 (2), 139
- Lingiardi, V., (2002), "*L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica e ricerca*". Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G., Monticelli F., (2014), "*Teoria e Clinica dell'Alleanza Terapeutica. Una Prospettiva cognitivo-evoluzionista*". Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Luborsky L. (1994). "Therapeutic alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Process", in Horvath A.O., Greenberg L.S., "The Working Alliance: theory, research and practice, John Wiley & Sons, New York, pp. 38-50.
- Nunberg H. (1932), "Principles of psychoanalysis". International Universities Press, New York.
- Woodhouse, SS, Schlosser, LZ, Crook, RE, Ligiéro, DP e Gelso, CJ (2003). Attaccamento del cliente al terapeuta: relazioni con il transfert e ricordi del cliente sul caregiving genitoriale. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (4), 395.

SI PUO' CHIUDERE LA TERAPIA?

Gianni Cambiaso¹ e Roberto Mazza²

RIASSUNTO: Quando una terapia si avvia verso la sua conclusione è importante che lo psicoterapeuta riesca ad avvertirne in anticipo i segnali premonitori e sappia gestirli. Si tratta spesso di indicatori non verbali, altre volte di comunicazioni esplicite, che vanno sempre e comunque affrontate e spesso necessitano di essere ridefinite e rielaborate.

In condizioni ideali il processo di chiusura della terapia viene condiviso tra terapeuta e pazienti; nella pratica quotidiana invece molte psicoterapie si interrompono, altre si dissolvono altre si chiudono solo per il volere di una parte.

Il tema della conclusione dell'analisi, trattato per la prima volta e in modo geniale da Freud, quasi novant'anni fa, ha trovato poco riscontro nei saggi sulle psicoterapie di oggi, e raramente se ne fa cenno nell'ambito sistemico. L'articolo che presentiamo è uno stimolo a tale riflessione, alla ricerca di linee guida e criteri di valutazione per la chiusura della terapia.

SUMMARY: When a therapy is moving towards its conclusion it is important that the psychotherapist is able to be aware of the warning signs in advance and know how to manage them. These are often non-verbal indicators, other times explicit communications, which must always and in any case be faced and often need to be redefined and reworked. Ideally, the process of ending therapy is shared between therapist and patients; in daily practice, however, many psychotherapies are interrupted, others dissolve, others end only by the will of one part. The analysis conclusion theme, treated for the first time and in a brilliant way by Freud, almost ninety years ago, has found little response in the essays on today's psychotherapies, and it is rarely mentioned in the systemic field. The purpose of the article we are presenting is to encourage this reflection, looking for guidelines and evaluation criteria for ending the therapy

PAROLE CHIAVE: Chiusura della terapia, base sicura, alleanza terapeutica, dipendenza dal terapeuta, controtransfert.

Quando svolgo una psicoanalisi tendo a mantenermi vivo, stare bene, stare sveglio. Una volta che ho iniziato un'analisi mi aspetto di continuarla, di sopravvivere ad essa e di terminarla (Winnicott, 1965)

Quando la terapia si è conclusa in base a un accordo reciproco (...) il paziente deve sapere che la porta è sempre aperta (Gabbard, 2004)

¹ Psicologo e psicoterapeuta, direttore della Scuola Mara Selvini Palazzoli sede di Brescia

² Psicologo e psicoterapeuta, docente presso la scuola Mara Selvini Palazzoli, docente presso l'Università degli Studi di Pisa, dipartimento di Scienze Politiche.

1.LA DEFINIZIONE DEL CONTESTO

La parola “termine” o “conclusione” della terapia, non può essere disgiunta, come sempre, dalla cornice in cui si colloca. Il “contesto” è la *matrice dei significati*. Mara Selvini Palazzoli, sulla scia di Gregory Bateson, *ci insegnava già molti anni fa che senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla...*, “Parole, frasi, constatazioni e comportamenti assumono significato in rapporto alla situazione in cui vengono osservate, cioè a quelle particolari circostanze che, in un preciso momento, circondano una persona (o più persone) e ne influenzano il comportamento” (Selvini Palazzoli, 1970).

Quando in una terapia si profila l'idea di una possibile chiusura è prioritario conoscere e valutare bene la cornice che dà significato alla relazione. Si può trattare di un contesto di terapia individuale, di coppia o di terapia della famiglia. Di un contesto legato al tipo di disturbo (area nevrotica o dissociativa, anoressia o dipendenza) oppure a un disturbo di personalità. O ancora alla qualità della crisi (evolutiva, cronica, intergenerazionale, coniugale ecc).

Il discorso potrebbe complessificarsi ulteriormente, distinguendo in particolare il contesto di una terapia privata da quella condotta all'interno di un servizio pubblico che prevede un numero prestabilito di sedute. Ma per ora ci accontentiamo della consapevolezza di queste differenze senza approfondirle particolarmente.

Si usano in genere molti termini per descrivere la chiusura di una terapia: conclusione, termine, fine, interruzione. Preferiamo, tra tutte, utilizzare la parola chiusura perché riteniamo contenga maggiormente tutte le diverse possibilità. Si può chiudere una terapia (per esempio) anche non ritenendola idealmente conclusa. La chiusura della terapia può avvenire con una decisione unilaterale (del paziente o del terapeuta) e non condivisa con l'altro, oppure condivisa o concordata congiuntamente. Ma raramente la conclusione di una terapia avviene in modo ordinato così come ci viene insegnato. Nella chiusura di una psicoterapia possono agire non solo condizioni oggettive, ma anche particolari elementi controtransferali. Sul tema “interruzione” esistono riferimenti in letteratura quasi unanimi nel considerarle non sempre negative, anzi talvolta risulta conveniente proporle per superare impasse.

È molto più facile, nella pratica quotidiana, che si concluda un processo di consultazione che non di psicoterapia. Il trattamento termina, la psicoterapia non sempre. Alcune ricerche svolte nei servizi pubblici ci dicono che le terapie si chiudono soltanto nel venti per cento dei casi (Gabbard, 2004). Ma anche qui sarebbe utile distinguere le psicoterapie dalle più generiche “prese in carico”, da consultazioni che proseguono per qualche tempo senza trasformarsi in psicoterapia, o da colloqui periodici che possono avere delle implicite valenze terapeutiche senza avere le caratteristiche principali della psicoterapia (continuità, regolarità degli incontri, alleanza, setting, transfert...).

Ci pare ormai piuttosto condivisa l'idea che il porre fine a una psicoterapia non riguardi soltanto il paziente o gli eventuali cambiamenti strutturali o di personalità, ma la relazione tra paziente e terapeuta e ciò che questa esperienza relazionale ha significato per entrambi. Si sono raggiunti gli obiettivi tracciati? Si è stanchi? Si è allentata la motivazione? O, nel caso di una terapia di coppia o di una famiglia, la relazione tra terapeuta e gruppo familiare. Dopo la terapia c'è la vita in cui ciascuno deve poter usufruire dell'esperienza della terapia per il raggiungimento di altri scopi.

Fare esperienze di separazione potrebbe essere uno dei compiti della psicoterapia.

Proviamo a introdurci al tema partendo da una metafora che abbiamo trovato leggendo qua e là sull'argomento.

La metafora del libro (l'autore orfano del personaggio e il lettore orfano della storia) risulta particolarmente adatta, entro certi limiti, a descrivere bene i sentimenti collegati a questa fase.

Uno di noi si trovò tempo fa ad acquistare per un regalo una copia del romanzo "Una vita come tante", di Hania Yanagihara (2016) una storia travolgente di oltre 1000 pagine che in sintesi ha al suo centro le relazioni (e che The Guardian ha messo nei 100 libri migliori del XXI secolo). La commessa, che evidentemente lo aveva letto, vedendomi dirigere alla cassa col libro in mano, raccontò spontaneamente la sua personale crisi all'avvicinarsi alle ultime pagine: senso di vuoto e lutto, ma, poi aggiunse, anche soddisfazione per aver concluso un tomo così corposo e impegnativo. E così possiamo immaginare possa essere stato per l'autrice. Sentimenti assimilabili a quelli della chiusura di una terapia.

Scriva Holmes (in *Psicoterapia per una base sicura*, 2004), un autore che riprenderemo anche più avanti perché aderente ad un modello teorico a noi consueto (quello della teoria dell'attaccamento): "ogni conclusione racchiude sia la speranza che il rimpianto, comportando ambivalenza e quindi un'operazione che mette alla prova la capacità di tollerare l'ambiguità e far fronte sia all'ottimismo che alla tristezza della perdita".

Importante in ogni caso, come sottolinea Baldascini: "Stimolare le risorse dell'individuo in modo che la 'malattia' venga integrata nel processo di crescita, in una personalità sempre più armonica e creativa (...) "lavorare" sulle cosiddette "parti malate" invece può portare a mantenere una relazione terapeutica interminabile (...) quando la relazione diventa interminabile può anche accadere, ad un certo punto, che il terapeuta non sappia più gestire il rapporto e "decreti" la guarigione del paziente. (Baldascini, 2002, pp. 84-85).

2. ANALISI TERMINABILE E INTERMINABILE

Una novantina di anni fa uscì quello che rappresenta forse il primo scritto strutturato che prende in considerazione il tema della fine di una terapia: «Analisi terminabile e interminabile» (1937a) che costituisce, insieme a «Costruzioni nell'analisi», l'ultima produzione strettamente psicoanalitica di Freud (1937b)

In questo primo saggio, scritto negli ultimissimi anni della sua vita Freud affronta sia sul piano teorico che su quello pratico una serie di problemi connessi alla terapia psicoanalitica. (Con una lettura simbolica potremmo vederci, vista la fase del ciclo di vita di Freud, un tema di vita e di fine della stessa).

Interessante notare come Freud in questo saggio presenti le diverse tematiche più per suscitare dubbi, provocare discussioni e sollecitare ulteriori approfondimenti che per esporre una tecnica e una teoria della tecnica psicoanalitiche compiute e definitive. Posizione diversa dai toni polemici e dalle affermazioni drastiche di molti precedenti suoi saggi: sembrano così lontani nel tempo (e lo sono realmente)

Uno dei temi presi in esame in questo lavoro riguarda la durata dell'analisi e quindi la sua fine, in rapporto alle «caratteristiche peculiari dell'analista».

Freud sottolinea che il processo analitico è influenzato sia dal «modo d'essere dell'Io del paziente» che dalla personalità, oltre che dalla preparazione e dalla idoneità professionale dell'analista: la formazione dell'analista riveste, perciò, un'importanza centrale e Freud propone a tale scopo due metodi pratici: che il futuro analista si sottoponga a un'analisi personale e che successivamente si rifaccia periodicamente «oggetto di analisi». L'analisi didattica, e/o la supervisione diventerebbero così per definizione interminabili (cfr. Yalom nel capitolo "Freud non aveva sempre torto" in *Il dono della terapia*, 2014).

Riprendendo Holmes, per seguire anche un parallelismo e un'integrazione tra modelli, possiamo dire che la sua tesi principale, relativamente alla chiusura della terapia, è che l'accordo tra lo stile di attaccamento del terapeuta e quello del paziente rappresentano una determinante fondamentale. I terapeuti ed i pazienti si avvicineranno alla conclusione con preconcetti e fantasie su cosa significa essere separati e quindi ampiamente significative saranno le precedenti esperienze di distacco.

Torniamo a Freud: il problema centrale è quello se, al di là della sua durata, esista o meno una fine naturale dell'analisi. Il timing in psicoterapia è tutto, direbbe Holmes.

Ciò dovrebbe corrispondere al momento in cui paziente e terapeuta ritengono di aver raggiunto, ciascuno dal proprio punto di vista, la meta prefissata: importanza quindi della definizione nelle prime sedute degli obiettivi e dei relativi indicatori, fondamentali per l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo, diremmo noi.

Freud molto francamente afferma che «neppure noi raggiungiamo sempre in pieno... il nostro obiettivo... La trasformazione riesce, ma spesso solo parzialmente. Parte degli antichi meccanismi non vengono intaccati dal lavoro analitico» (1937a). Difficoltà che Freud riconduceva essenzialmente al problema della resistenza alla terapia e alla guarigione. Oggi è piuttosto condivisa l'idea che l'interminabilità dell'analisi (così come le resistenze del paziente alla guarigione) vadano lette nell'esperienza relazionale terapeuta-paziente (con annessi fenomeni di transfert-controtransfert, che al tempo non erano ancora stati messi così chiaramente in luce) e non solo soggettiva del paziente (Cambiaso, Mazza, 2021a).

Questo ci può far pensare non tanto ad un'analisi interminabile in sé ma interminabile in quanto il terapeuta resta spesso un riferimento nel tempo (con Bowlby diremmo "una base sicura") per il paziente che in situazioni critiche o di fronte a nodi importanti ritorna a lui. Un po' una cosa analoga a quello che, come visto, raccomanda Yalom al terapeuta.

Come un giovane adulto si autonomizza dalla famiglia, ma alla famiglia può talvolta tornare (se lo svincolo non è stato uno strappo) in un momento di dubbio o di difficoltà, vivendola come una risorsa.

La conclusione della psicoterapia, scrive Langs nel volume *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica* (1979), risulta un'esperienza particolarmente dura per molti terapeuti. I loro desideri personali di fusione e di onnipotenza, di immortalità e di amore eterno, o di altri bisogni che sono inconsciamente gratificati nel corso della terapia sono difficili da abbandonare e possono produrre incapacità a terminare quando è opportuno, prolungando quindi la terapia senza necessità e infantilizzando il paziente.

Compito del terapeuta in questa fase sarà quindi anche quella di accettare le ambivalenze del paziente comprese la protesta e la rabbia nei suoi confronti.

Freud suggeriva che, con modestia e senza vergognarsi, l'analista avrebbe dovuto rifare un periodo di analisi ogni 5 anni (Freud, *ivi*).

Bion metterà successivamente l'accento sulla necessità di supervisionare sempre il controtrasfert perché inconscio (*Seminari Tavistock*, 1978).

Nel fine terapia è probabile che uno di questi due suggerimenti debbano essere contemplati come forma di controllo del sé del terapeuta.

Veniamo ad oggi e, nella complessità di questa delicata fase della terapia proviamo a recuperare qualche indicazione concreta (in ogni strategia complessa, direbbe Morin, possiamo trovare qualche pezzetto di linearità, i programmi) (Morin, 1999).

3.1 SEGNALI DI FINE TERAPIA

Molte terapie soprattutto individuali *non si chiudono ma si dissolvono*, i legami si sciolgono, i contatti si diradano, molti pazienti comunicano di voler chiudere, altri preferiscono non dirlo e allontanarsi lentamente, e questo potrebbe avere un senso se visto alla luce dell'attaccamento e dei processi evolutivi vissuti. L'esposizione delle motivazioni non è sempre possibile, esplicitare è scomodo. Anche "l'economico" (che è un tema importante per le terapie nel contesto privato) può essere visto in una doppia prospettiva di pretesto, ma anche di motivazione o di risoluzione del contratto terapeutico.

Quando si avverte in seduta un "clima da conclusione del rapporto" è utile non sottovalutarlo. Può essere davvero un segnale di fine terapia, ma anche in molti casi una semplice flessione, o ancora, una possibile rottura dell'alleanza. I segnali possono essere molteplici.

1) Il paziente è cambiato, meno motivato, pone spesso difficoltà di orari o di giorni, fa lapsus e dimentica l'appuntamento, parla poco, incrementa gli impegni, può fare insomma opposizioni silenziose che vanno colte; oppure rallenta l'adesione e la collaborazione, sfida l'alleanza, infrange regole del setting, riduce il lavoro di mentalizzazione, porta problemi economici o di organizzazione familiare.

2) Anche il terapeuta può sentirsi stanco, distratto o annoiato. Condizioni terribili naturalmente, ma soltanto se non sono pensate e mentalizzate. Risonanze ed emozioni possono cambiare verso; paziente e terapeuta si riconoscono meno, si diventa più estranei; è più facile fare errori (si dimentica l'appuntamento, si mostra impotenza oppure irritabilità). In tali condizioni è quanto mai necessario esaminare il controtransfert, con supervisioni, ma anche con colloqui tra colleghi.

3) Il terapeuta può valutare cosa si è modificato rispetto all'inizio della terapia. È sufficiente ciò che si è fatto? Almeno rispetto a ciò che il paziente chiedeva? Facciamo ipotesi predittive e fantasie sul futuro del paziente o della coppia. Verifichiamo le evoluzioni sul piano personale, sociale, familiare, sulla carriera professionale o scolastica, riflettiamo sui sintomi, sul cambiamento, sulla riduzione del danno, sull'abbassamento dei fattori di rischio, sulle relazioni affettive, sui rischi di solitudine o al contrario sulle amicizie, sulla vita amorosa. Il funzionamento del paziente nel suo ambiente di vita deve essere considerato come indice di successo di una psicoterapia.

4) Possiamo trovarci a dilatare gli appuntamenti, verificando la tenuta, l'autonomia e la funzionalità (sia per l'individuo, che per la coppia o per la famiglia). Mantenendo la relazione terapeutica ma allungando il tempo tra gli incontri in una sorta di prova di distacco.

5) Talvolta ci avviciniamo al fine terapia allungando le date degli appuntamenti anche di settimane o mesi. Teniamo un filo che consente sedute di follow-up, verifichiamo in itinere la motivazione

6) Si può trattare di un blocco rispetto alla narrazione, come accade spesso nei soggetti traumatizzati: una paziente dopo una serie di sedute estremamente silenziose racconta per la prima volta un violento maltrattamento da parte del padre. E la psicoterapia, che pareva isterilirsi, riprende vitalità. Cambiamo atteggiamento.

7) Ma dobbiamo fare ipotesi costruttive se il paziente esprime chiaramente il desiderio di terminare, non si può interpretare solo come una resistenza (anche perché potrebbero essere resistenze del terapeuta); è necessario lasciarlo andare, annotando ciò che di buono ha raggiunto o abbiamo ottenuto insieme. Può avere in molti casi la connotazione della “sospensione della cura”, garantendo tuttavia la piena disponibilità del terapeuta per il futuro.

8) Se si profila un fine terapia (naturalmente allorché la psicoterapia sia stata sufficientemente lunga e costruttiva) può essere utile comunicare al paziente (o ai pazienti) una possibile data di chiusura (“dopo l’estate”, “entro Natale”, eccetera) lasciando un certo numero di sedute per l’elaborazione della separazione (o diluirne l’impatto emotivo) e continuare per un po’ l’osservazione.

9) Spesso accade che ciò che si può percepire come “clima di chiusura” presenti molte ambivalenze, sia nel paziente che nel terapeuta, per cui è sempre buona regola la prudenza.

4. UN ESEMPIO DI DISSOLVENZA

Non c’è dubbio che sia auspicabile sempre una chiusura di terapia concordata, il che significa discussa da tempo, condivisa, e magari con una approssimativa scadenza che ne consenta il tempo per l’elaborazione, ma è altrettanto vero che in molti casi la scelta possa essere unilaterale, per lo più quando il paziente sente di potercela fare e introduce il tema al terapeuta, che non può non condividere e non può non accompagnare il paziente in una fase che in qualche modo ritorna ad essere concordata. Non parliamo qui di brusche interruzioni motivate da incidenti clinici (riacutizzazione dei sintomi; delusioni causate da errori del terapeuta) ma di situazioni in cui da tempo si sta respirando un’aria di chiusura costruttiva: il motivo per cui il paziente o i pazienti vengono ha perso la sua virulenza, le condizioni si sono stabilizzate, i sintomi ridotti, la vita sociale ha ripreso coloritura. È molto comune che, anche in questi casi, i terapeuti si pongano domande, formulino ipotesi, ragionino sulle proprie possibili disattenzioni. Vi sono poi un certo numero di situazioni in cui le psicoterapie sembrano dissolversi. Vediamone un esempio.

Non ci sono regole precise per identificare un drop-out fallimentare da un drop-out evolutivo, quando verso la chiusura della terapia il rapporto terapeutico entra in una sorta di dissolvenza, quando cioè sembra non esserci modo di dirsi addio, o arrivederci, ma ci si allontana. Accade frequentemente quando i pazienti approfittano di alcune delle pause canoniche (festività, ferie, vacanze estive) per non ritelefonare o

non ripresentarsi in seduta. Ebbene crediamo che in molti casi questa “interruzione sfumata” possa essere letta non sempre come un fallimento, una increspatura dell'alleanza, ma come esito di una condizione paradossale: quando le sedute diventano dialogiche e creative, quando non si respira più aria di crisi, perché allora abbandonare il piacere della conversazione terapeutica? Potrebbe essere un modo funzionale del paziente per mantenere aperto un canale, un contatto. In alcuni casi è utile che sia il terapeuta a rifarsi vivo non tanto per stimolare un riavvio quanto per stabilizzarne la fine, in una comunicazione che gira su un altro registro contestuale. Spesso lo fanno i pazienti con gli auguri, o con vari messaggi che sono insieme feed-back e naturali follow-up, altre volte i terapeuti.

Dopo tre anni di sedute con K, un'architetta quarantenne che inizia la terapia per un invalidante disturbo da attacchi di panico che le impedisce di lavorare (è impiegata per una compagnia francese) le condizioni della paziente sono molto migliorate, le sedute iniziano consapevolmente a diluirsi, si profila una situazione nuova e di benessere in cui entra in gioco un nuovo compagno. Per alcuni mesi le sedute prendono una piega conviviale, gli spazi tra gli incontri si allungano e quando ci incontriamo, ai problemi si sostituiscono i progetti, lo spazio di seduta viene utilizzato per consigli sulla nuova convivenza o per fantasie sulla maternità, i voli aerei un tempo proibiti diventano frequenti, fin quando, prima dell'estate K starà via un mese in barca e fino a settembre non si avranno notizie di lei. A distanza di 4 mesi possiamo certo decretare la fine della terapia, una terapia significativa e utile, anche senza alcun accordo esplicito di chiusura.

5. QUALCHE SPUNTO OPERATIVO

Nella formazione della nostra Scuola, oltre alle strumentazioni teoriche e tecniche prodotte in trent'anni di ricerca (in particolare i due lavori più recenti: Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016; Cambiaso, Mazza, 2018), inerenti la conduzione della terapia familiare e della psicoterapia individuale sistemica, secondo un approccio eziopatogenetico multifocale e trigenerazionale, proponiamo tendenzialmente altre due bussole integrative:

1. la Teoria dell'attaccamento, da un lato, con particolare attenzione al ruolo dei sistemi motivazionali, e qui il riferimento prevalente è al lavoro di Giovanni Liotti “Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica” (Liotti e Monticelli, 2014),

2. L'Analisi Sociale del Comportamento Interpersonale di Lorna Benjamin (1996 e 2003) con il suo famoso “orologio”.

Questi due modelli di riferimento lavorano sui contenuti che emergono in terapia, sul processo terapeutico e sulle emozioni del terapeuta che si attivano tanto sotto forma di risonanze quanto di vissuti controtransferali.

Rappresentano due bussole, come si diceva, proposte per aiutare il terapeuta a comprendere come si articolano:

1. la relazione terapeutica,
2. le strategie utilizzate dal paziente nelle sue relazioni attuali,
3. la genesi della funzione difensiva di queste strategie a partire dalle prime relazioni con le figure significative, in un gioco ricorsivo che si struttura secondo forme a frattale: Ognuno di questi livelli può portare alla costruzione di ipotesi relative agli altri due.

Ad esempio, se A tende a privilegiare nella relazione terapeutica il sistema motivazionale di rango potremmo fare l'ipotesi (popperianamente pronti a falsificarla: così prevede il naturale procedere scientifico) che nella sua famiglia originaria prevalessero dei temi di potere.

Se B si mostra in seduta timoroso, insicuro e con sentimenti di inadeguatezza, l'ipotesi è che nella sua famiglia prevalessesse la critica e probabilmente un controllo rigido.

Come sempre procederemo per ipotesi leggere, pronte ad essere falsificate e sostituite da altre più probabili (Cambiaso, Mazza, 2021b)

Queste due bussole teoriche ci orientano anche nel fare diagnosi sul paziente:

1. quali i sistemi motivazionali prevalenti nell'organizzazione dei suoi modelli operativi interni?
2. quali i cluster prevalenti nella costruzione delle sue strategie relazionali, appresi dalle prime esperienze con le figure di attaccamento importanti? Es: un paziente che si è sempre sentito criticato e quindi inadeguato potrà cercare nel controllo ossessivo una modalità per minimizzare il rischio di sbagliare ed essere criticato. Quando questa strategia inevitabilmente fallirà, potrà essere travolto dalla rabbia o chiudersi in se stesso ed isolarsi.

Se queste bussole ci orientano già dalla fase iniziale della terapia, sia sul funzionamento del paziente che nel dare indicazioni relative ai fenomeni transferali e controtransferali, una mia prima proposta, giusto per inserire qualcosa di concreto, è quello di misurare il percorso della terapia, sia rispetto ai contenuti (cosa ci racconta, quali fatti?) sia al processo (cosa è accaduto nella terapia? Come si è evoluta la relazione?), sia alla relazione (quale è stato il percorso delle mie emozioni?)

Il paziente si è spostato verso modalità più cooperative? Ha abbandonato richieste infantili di attaccamento o meccanismi di accudimento parentificato o una cristallizzazione su sfide di rango o modalità seduttive?

Ha sostituito alla chiusura la capacità di affidarsi e al sentirsi inadeguato l'autorizzazione ad affermare il proprio pensiero, in una danza tra opposti? Ha sufficientemente elaborato il lutto di desideri onnipotenti o realisticamente irraggiungibili? E, come ampiamente sottolineato precedentemente: che ne è del nostro controtransfert? (un incontro o due di supervisione, in questa fase, o anche di una sua analisi

nei gruppi di supervisione a Scuola, o di intervizione possono rivelarsi particolarmente utili).

Il tema è complesso, l'uscire dalla terapia è molto meno trattato dell'entrare in terapia; comprensibilmente, anche perché se non si riesce a entrare la questione di uscirne neppure si pone.

“Nel training di formazione l'impegno, a volte, è totalmente concentrato sull'inizio della terapia ed anche quando viene data particolare attenzione allo svolgimento della psicoterapia poco si lavora sul processo di separazione. Un terapeuta al suo esordio, per questi motivi, sa come avviare una terapia, lo impara bene nel training attraverso l'analisi della domanda, l'attenzione all'inviante e così via, ma generalmente ha qualche difficoltà a chiudere il rapporto” (Baldascini, *ivi*).

La fine di una terapia contiene sempre una buona dose di ambivalenza anche per il terapeuta. Paradossalmente la parola “fine” fa capolino nelle psicoterapie o nelle terapie familiari o di coppia, quando le sedute diventano meno sofferte (o più piacevoli, o più creative) e le separazioni di conseguenza più luttuose. Ciò induce maggiori resistenze alla “perdita” anche nei terapeuti. Ma il destino di un buon terapeuta, come indicava Etchegoyen (1986) “è la nostalgia, l'assenza, e alla lunga l'oblio” (cit. in De Simone, 1994, p.79).

Non pensiamo certo di aver risolto il problema né di aver fornito quelle procedure e quei protocolli che tanto rassicurano allieve e allievi. Speriamo di aver comunque dato qualche spunto di riflessione che possa essere integrato da uno scambio di pensieri, a partire dalla clinica, anche nel lavoro coi gruppi.

Alle volte è più complicato chiudere un romanzo che non iniziarlo, anche se l'incipit resta comunque sempre fondamentale ed è quello che talvolta entra nella storia.

BIBLIOGRAFIA

- Baldascini, (2002), *Legami terapeutici, Il terapeuta della famiglia nella psicoterapia individuale-sistemica*, Franco Angeli, Milano.
- Bateson, G. (1979), *Mente e natura*. Adelphi, Milano 1984.
- Bateson, G., (1972), tr. it. Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano, 1977.
- Benjamin, L. (1996), *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Tr. it. Las, Roma, 1999.
- Benjamin, L. (2003), *Terapia ricostruttiva interpersonale*. Tr. it. Las, Roma, 2004.
- BION, W.R. (1978b), *Seminari Tavistock*. Borla, Roma 2007.
- Cambiaso G., Mazza R. (2018), *Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Cambiaso G., Mazza R. (2021a), *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*, Armando Editore, Roma.
- Cambiaso G., Mazza R. (2021b), "Transfert-controtransfert e risonanze nella psicoterapia individuale-familiare sistemica". *Terapia familiare*. 125/2021, pp: 11-35. DOI: 10.3280/TF2021-125002
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., (2016), *Entrare in terapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- De Simone G., (1994), *La conclusione dell'analisi*, Borla, Roma.
- Etchegoyen R. H. (1986), *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 1990.
- Freud, S., (1937a), *Analisi terminabile e interminabile*. Tr. it. in *Opere*, vol. 11, pp. 499-539, Boringhieri, Torino 1979.
- Freud, S., (1937b), in *Costruzioni nell'analisi*. Opere, vol. 11. Boringhieri, Torino 1979.
- Gabbard, G. O., (2004), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano 2011.
- Holmes, J., (1993), *La teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano 1994.
- Holmes, J., (2004), *Psicoterapia per una base sicura*, Cortina, Milano.
- Langs, R., (1979), *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino.
- Liotti, G., Monticelli, F. (a cura di), (2014), *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*, Raffaello Cortina Editore, Roma.
- Morin, E., (1999), *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Tr. it. Raffaello Cortina, 2001. Roma 1968.
- Selvini Palazzoli, M., (1970) "Contesto e matacontesto nella psicoterapia della famiglia", in *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 31, pp. 203-211.
- Winnicott, D. W. (1965), *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Tr. it. Armando.
- Winnicott, D. W., (1971), *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.
- Yalom, I., (2014), *Il dono della terapia*, Neri Pozza, Milano.
- Yanagihara H. (2016), *Una vita come tante*, Sellerio Editore, Palermo.

RECENSIONI

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

Frattali riceve e condivide la lettera del *Prof. Mario Aldo Toscano*¹

Cari Amici,

vi propongo alcune annotazioni provvisorie, stante che la lettura del vostro libro - *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita* - mi ha re-introdotta, per altri sentieri, in una delle questioni che ho praticato in vario modo da molto tempo: quello della possibilità e della sua relazione con ciò che chiamiamo realtà.

Naturalmente è un tema estremamente ampio: il vostro libro è una specie di conversazione nell'anticamera del labirinto; il labirinto è, per usare un'espressione di Victor Turner, *out there*, lì fuori o poco più avanti, e tuttavia esprime tutto il suo potenziale pedagogico preventivo, suscitando un buon numero di domande con un seguito di risposte 'ipotetiche', e l'invito ad una sospensione che sa di *suspence*.

Riprenderei con piacere, eliminando ogni connotazione 'negativa' che la lingua comune pure le assegna e rinviando altrove approfondimenti filologici più adeguati, l'idea di perplessità: che indica, dal mio punto di vista, una pausa (una sequenza di pause), ed è in un certo senso il corrispettivo emotivo ed intellettuale della complessità, di cui le due parole condividono la radice indoeuropea *plek* (grosso modo, intreccio).

In questo senso potrei dire che si tratta di un libro della perplessità, ossia un libro che riguarda intrichi, garbugli, intrighi, e che muove ad uno stato d'animo in cui questo insieme 'caotico' è rappresentato, subito e insieme elaborato e ridotto in forma 'domestica'.

¹ Mario Aldo Toscano, già ordinario di storia e teoria sociologica all'Università di Pisa, unisce, nei suoi numerosi volumi (l'ultimo dei quali *Religione dell'Umanità. Epilogo*, Armando 2022), il rigore scientifico e la vocazione letteraria. Premio Carlo Levi per la Saggistica 2017.

La perplessità- in questa accezione 'positiva'- non potrebbe aver presa se vi fosse all'orizzonte una questione semplice (ossia, per continuare il gioco linguistico, sine-plek, ossia senza intrecci); rispecchia una condizione di fatto, gli oggetti complessi della nostra osservazione e della nostra ricerca. Nello stesso tempo, gli oggetti implicano i soggetti, ossia gli osservatori-ricercatori: così che si istituisce una sorta di continuum tra perplessità e complessità, essendo i soggetti essi stessi fattori di complessità mentre, perplessi, la subiscono!

La pausa di cui qui parliamo non è riposo e vacanza, è eminentemente dinamica e riflessiva. C'è dentro, come Cartesio espone bene nel suo Discorso sul metodo, sia la consapevolezza di addentrarsi in una foresta sia l'idea-intenzione di uscirne quanto prima. Se è vero, dunque, che la perplessità stimola l'intelligenza, non fa bene allo spirito rimanere a lungo in uno stato di perplessità. Anche nel vostro campo, le ipotesi fanno parte di quel coacervo di costrutti proiettati verso un esito più o meno probabile, ossia verosimile, come voi scrivete, evitando l'impegnativo e 'teologico' concetto di verità. Le ipotesi, etimologicamente, sono preludi conoscitivi che non sono ancora tesi, ma sottotesi, ossia sottoposizioni, supposizioni. Che ovviamente hanno senso perché orientative della prassi.

Il libro partica il gusto delle supposizioni associato allo stile dell'interrogatorio 'mite': e non può che essere mite, visto che inquisita è la realtà, ossia la nostra realtà, come noi riteniamo che sia. Ed è una giusta combinazione quella tra psicoterapia e vita, visto che stiamo parlando di cura (anche nel senso di 'preoccupazione') dell'anima e della vita. Il testo non può che essere un laboratorio: dove si passano in rassegna linee di pensiero diverse e spesso apparentemente divaganti, che devono precedere una scelta; nel vostro caso, come nell'arte medica, una scelta terapeutica. Credo che il vostro prossimo volume dovrà prendere in seria considerazione il passaggio, le porte étroite, alla proposta terapeutica: che è una chance privilegiata o più 'accreditata' proveniente dal regime-regno delle ipotesi. Il processo per il quale si passa alla scelta dell'ipotesi più probabile è quanto mai complicato e coincide con la 'legittimità' di tutto l'assetto concettual-operativo predisposto per queste circostanze. C'entrano l'esperienza, la conoscenza, l'intuito, i protocolli, gli esempi, le consuetudini, le tecniche, la scienza, la follia etc.

In altri termini l'ipotesi che chiamiamo realtà, passando dalla possibilità appunto alla realtà, assume un colore che la rende distinguibile almeno nell'apparenza. Perché la realtà conserva comunque e sempre il suo 'modo' possibile.

Ovviamente non parlerei in questi termini se non mi fossi occupato della cosa in Marx e Weber. Strategie della possibilità (Guida, 1988) e non continuassi ad occuparmene nel quadro di una tentazione esistenzialista non schematica, laddove le ipotesi continuano a vagire come i neonati o a spuntare timidamente come i germogli dalla terra. Sono 'proposte' che chiedono senso o a cui dare senso. Sono affascinato

dal processo di transizione dalla possibilità alla realtà, che non sarebbe realtà se non fosse ancora possibile. Max Weber adopera l'espressione *Der Fluß* per indicare, assai prima di Z. Bauman, la friabilità di una realtà sempre possibile (liquida), costruita dagli uomini, forte del loro impegno creativo, debole per la loro radicale imperfezione. Il paesaggio si dilata, come si vede, irrimediabilmente e apre le porte all'ermeneutica, ossia all'analisi dei significati di ciò che facciamo o non facciamo, del nostro essere nel mondo.

Complimenti dunque per il testo, denso di pensiero dialogico, di suggestioni letterarie e di riferimenti filmici: sollecitazioni che varrebbe la pena di raccogliere per ulteriori sviluppi (in particolare E.A. Poe, che non tratta solo l'oggetto come mistero, ma anche il metodo - il mistero del metodo - che nel suo razionalismo contempla anche ignote risorse non razionali!).

Cordialmente vostro

MAT



Carmine Saccu
I SOMMI SACERDOTI. AUTISMO E PSICOSI
INFANTILE

Edito da Scuola Romana di Psicoterapia Familiare,
Roma, 2022, pp. 131.

Alberto Vito¹

Si è tenuto a Todi per tre giorni a metà ottobre un importante Congresso per festeggiare il trentennale delle attività di formazione della Scuola Romana di Psicoterapia Familiare. Oltre a Carmine Saccu, direttore della Scuola, sono intervenuti diversi terapeuti, rappresentanti di altre scuole di matrice sistemico relazionale: Umberta Telfener (a cui vanno gli auguri per la recente nomina a Presidente dell'EFTA European Family Therapy Association), Alfredo Canevaro, Pietro Barbetta, Camillo Loriedo, Marcelo Pakman (in video-collegamento dagli Stati Uniti), Rossella Aurilio e Fabio Bassoli. Altre relazioni sono state presentate da quattro didatti interni della S.R.P.F.: Antonio Acerra, Paolo Bucci, Stefano Fantozzi e Alberto Vito.

Il Convegno di Todi è stata anche l'occasione per presentare il libro che Carmine Saccu, con il linguaggio immaginifico che gli è proprio, dedica ai "sommi sacerdoti". Questo volume costituisce la seconda puntata della narrazione scritta, in cui egli racconta la propria vita, mescolando insieme episodi biografici, riflessioni personali e fantasie, riferimenti all'attività clinica e di formazione, con ampio spazio al suo originale modello di lavoro. Il primo capitolo di questo racconto si intitolava: "Deutero, le metafore e Dio" ed era stato pubblicato nel 2019. Va subito detto che Deutero (in onore al noto concetto di deutero-apprendimento introdotto da Bateson) è il nome letterario che Carmine Saccu attribuisce a se stesso, per chiarire subito che si tratta di testi a metà tra la divulgazione scientifica e il racconto autobiografico. Per i più giovani che non lo conoscessero, Saccu, neuropsichiatra infantile, già professore associato presso l'Istituto di Neuropsichiatria Infantile dell'Università Sapienza diretto da Bollea, fondatore a Roma nel 1975 dell'Istituto di Terapia Familiare, insieme ad Andolfi, Menghi e Nicolò, è un pioniere del modello sistemico-familiare, con uno stile clinico

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

particolarmente originale, ed ha svolto formazione non solo in Italia ma anche in Spagna, Francia, Belgio, Argentina. Avendo letto anche il primo libro di Carmine, che comunque finora aveva scritto poco e che quindi scopre la vena letteraria dopo ampia sedimentazione, la prima cosa che colpisce è quanto si sia modificato lo stile di scrittura in questa pubblicazione più recente. Infatti, il precedente testo era stato redatto utilizzando quasi un linguaggio parlato, in cui Carmine raccontava in modo molto libero, in un fluire di parole che evocava le libere associazioni, immaginando di parlare ad un gruppo di allievi e amici, magari dopo una tavolata e a fianco di un camino. Nel secondo libro, invece, pur non mancando le ampie divagazioni, l'argomento è delimitato ad una specifica situazione clinica, con uno stile di scrittura più controllato: il riferimento ai casi clinici è chiaro e particolareggiato e, di conseguenza, la lettura risulta molto agevole e avvincente.

Il libro è dedicato all'illustrazione del modello di lavoro con bambini autistici e psicosi infantile attraverso un'ottica sistemico-relazionale-simbolico-esperienziale, elaborato da Carmine a partire dagli anni 1970-80 e successivamente messo a punto presso la Scuola Romana di Psicoterapia Familiare. Sul tema aveva già pubblicato nel 1984 un articolo dal titolo "Il bambino come oggetto di cura e di formazione relazionale" apparso in un volume curato da M. Andolfi e D. Picone, ma ora presenta riflessioni ben più ampie.

Dopo i capitoli introduttivi, nel testo sono descritti nove processi clinici, che coprono diversi anni della sua attività clinica. Essi sono impreziositi dall'accompagnamento di numerose foto in b/n delle sedute familiari e beneficiano della sbobinatura dei nastri videoregistrati realizzata nel tempo dagli allievi della scuola. Alcuni dei percorsi clinici presentati sono avvenuti mediante coterapie, in altri casi si tratta di supervisione diretta.

La prospettiva osservativa che propone Saccu è certamente molto originale: certi bambini, affetti da un disturbo relazionale, portatori di handicap o meno, possano essere considerati "sommi sacerdoti", rispondenti al principio della "relazionalità assoluta".

I sommi sacerdoti sono maestri in quanto posseggono la dote di "stare nella relazione, negando la relazione". Per Carmine la loro abilità consiste nel non distrarsi mai da tale attitudine, possedendo il controllo assoluto nella negazione di ogni significato e di ogni dialogo, in una dimensione temporale eterna in quanto ferma. Visti in questi termini, i sommi sacerdoti non sono più degli "incapaci", indifferenti alla relazione con l'altro, ma rivelano al contrario un'abilità notevolissima nel rimanere fermi nella loro attitudine di diniego della relazione. Così, laddove chiunque scorgerebbe apparentemente solo mancanza di relazionalità, con emozioni indifferenziate, eventi privi di senso e assenza di dialogo, Saccu afferma la presenza, ad un livello logico più alto, di una competenza inaspettata con il massimo coinvolgimento relazionale e persino una funzione altruistica, in quanto la modalità di arrestare il tempo è al servizio del sistema familiare. Compito del terapeuta diventa

allora, con un gesto imprevedibile, creativo e apparentemente senza scopo, fare qualcosa di tanto inconsueto da avere il potere di distrarre il sommo sacerdote dal suo compito, in modo che egli inizi a entrare nella relazione con l'altro. Emblematica la prima storia descritta, quello di Sandro, un bambino incontrato diversi anni fa, con cui apparentemente era impossibile interagire, che invece iniziò a rispondere a tono allorché Saccu lo prese per i piedi ed iniziò a rivolgersi ad essi. Ma tutte le vicende cliniche sono molto belle e affascinanti, mostrando come, almeno nel qui ed ora del setting terapeutico, effettivamente Deutero riesce a riattivare risorse comunicative impensabili. Il segreto è nella creatività del terapeuta che deve connettere il proprio emisfero destro con quello sinistro, la pancia con la testa. In questo modo, può inventarsi qualcosa, spesso sotto forma di un gioco che provoca l'interazione di tutti i familiari presenti, che, attraverso la curiosità, induca il bambino a fermarsi e interrompere le sue modalità ripetitive. Inoltre, il terapeuta indaga sui fattori, talvolta plurigenerazionali, che possono essere connessi alla necessità in quel determinato sistema familiare di arrestare il tempo. Ad esempio, l'incapacità ad elaborare un lutto.

Nel libro, Carmine cita diversi personaggi che hanno influenzato il suo pensiero, molti dei quali ha conosciuto personalmente. Tra essi è giusto ricordare Carl Whitaker, con la sua abilità terapeutica nel decentralizzare il paziente psicotico, Jay Haley, visto all'azione come supervisore a Filadelfia, che pure descriveva l'arte di essere nella relazione senza esserci, Edgar Morin, propugnatore della complessità e del pensiero complesso. Ma Deutero confessa che i suoi veri maestri sono stati proprio i sommi sacerdoti e le tantissime persone che ha incontrato in anni di lavoro nelle stanze di terapia, ciascuna portatore di un messaggio che sta all'interlocutore saper cogliere.

Infine, mi piace concludere citando Carmine, che afferma come tra i compiti della missione dei sommi sacerdoti vi sia anche quello di far crescere gli psicoterapeuti "rendendo ridicole l'arroganza, la superbia e l'idea di essere infallibili o addirittura onnipotenti" (pag. 5)

Matteo Selvini¹

“I segreti familiari. Quando il paziente non sa”

***Terapia Familiare*, 45, luglio 1994.**

Commento alla riedizione della traduzione spagnola della Rivista Vinculante (giugno 2022).

PREMESSA

Sono passati ben 28 anni dalla prima pubblicazione in italiano del mio articolo sui segreti familiari, ma questo lavoro conserva degli spunti che restano attuali. Una traduzione in inglese uscì nel 1997 sulla rivista americana *Contemporary Family Therapy*, nel 1996 una traduzione in spagnolo era uscita sulla rivista *Redes* di Barcellona.

È necessaria un'introduzione per l'aggiornamento del linguaggio teorico. Si tratta infatti di un articolo pensato all'inizio degli anni Novanta, subito dopo l'uscita di *I giochi psicotici nella famiglia* e cioè in un periodo ancora “troppo sistemico” cioè eccessivamente influenzato dalla forzatura dell'annullamento della dimensione individuale, in particolare quella del paziente. La fondamentale dimensione della costruzione dell'alleanza terapeutica, anche con il paziente designato figlio, cioè con il paziente non richiedente, non era ancora stata scoperta dai sistemici, e prevaleva l'approccio Minuchiniano che punta tutto sull'alleanza con i genitori, trascurando pazienti e fratelli. Ed infatti è proprio questo il limite di fondo del citato *Giochi Psicotici*.

Mi ha colpito molto che i segreti del paziente in questo articolo non vengono presi in considerazione, sono invece trattati i segreti individuali dei genitori, spesso i segreti dei padri. Al contrario la più recente letteratura sistemica italiana, si veda *Il segreto. La complessità nascosta nel sistema familiare* (Cortina 2021) di Camillo Loredio e Chiara Angiolari, esponenti di una delle scuole sistemiche romane, parlano solo dei segreti del paziente, trattando soprattutto l'interessante posizione di un terapeuta che viene a conoscere un segreto del suo paziente, che tuttavia il paziente non gli racconta. Una situazione in cui un sistemico puro difficilmente s'imbatte. Al contrario un sistemico che privilegia l'alleanza con i genitori ne raccoglierà i segreti, ed è di questo che l'articolo si occupa. L'attualità dell'articolo proviene anche dalla constatazione che la letteratura non pare aver prodotto molto in questo specifico campo. Ad esempio, nella bibliografia del testo di Loredio ed Angiolari compaiono solo 6 riferimenti specifici successivi al 1994 (riviste anglosassoni o lo stesso Loredio), spesso riferiti all'infedeltà di

¹ Psicoterapeuta sistemico-relazionale.

coppia, restano citati i riferimenti più classici che già avevo allora studiato (Bok, Imber Black, Karpel, Pittman).

LE TEORIE POST TRAUMATICHE HANNO CAMBIATO IL MONDO DELLA PSICOTERAPIA

Questo articolo nasce in stretta connessione con la riflessione sul “misconoscimento della realtà” cioè sulla base di ripetute osservazioni d’importanti negazioni/distorsioni nel modo di vedere sé stessi e gli altri da parte dei familiari dei pazienti difficili che vedevamo insieme alle loro famiglie: “processo trigenerazionale di trasmissione della sofferenza caratterizzato da massicce difese di negazione di tali sofferenze” (nel secondo paragrafo: i fattori di rischio familiari). Nell’articolo si narrano i casi emblematici del padre suicida che si presenta come solida colonna della famiglia o di un altro, inviato in terapia familiare dall’amante, che si descrive ed è descritto come marito perfetto! Questi fenomeni rimandano alla letteratura psicoanalitica per i temi della idealizzazione e demonizzazione. Oggi rileggiamo tutti questi fenomeni in termini post traumatici, come dissociazione, cioè come negazione/cancellazione/banalizzazione della sofferenza da un lato (idealizzazione), oppure come drammatizzazione dissociativa (demonizzazione)dall’altro. Si tratta delle due “finestre di tolleranza “al di là delle quali non c’è superamento del trauma. Da una parte il suo congelamento nel corpo (frozen), dall’altra la sua drammatizzazione nella iper-vigilanza (fighting). Stiamo per mandare in stampa un testo preparato dal gruppo trauma della nostra scuola che discute di questi fenomeni da una prospettiva sistemica: *Le sei fasi della resilienza. Un modello sistemico del trauma* (a cura di Selvini M., Fino L., Redaelli L., e Senatore A.)

Molti dei segreti raccontati in questo articolo sono legati all’oblio/dissociazione di situazioni traumatiche di cui si può essere stati vittime o anche perpetratori. Un esempio molto classico è infatti quello di genitori che hanno “dimenticato” episodi di violenza sui loro figli, una rimozione spesso non totale, a volte descritta come “ricordo offuscato”. Molto spesso i segreti riguardano vicende accadute quando il paziente è molto piccolo, ed una volta si riteneva che “non capisse”, mentre oggi sappiamo che è al contrario molto più vulnerabile (Van der Kolk 2014)

La dissociazione deve essere tradotta in linguaggio psicologico come distorta elaborazione della sofferenza e della sua memoria (infatti ricordare è sempre rivivere). Dietro ai segreti troviamo quindi spesso il trauma vicario, ad esempio quella madre che ha dissociato un abuso sessuale si porrà in modo irrazionale nei confronti della sessualità della figlia adolescente (si veda l’esempio di Roberto Mazza nel testo appena citato di Selvini e coll. 2022). Un classico segreto di un genitore è descritto da Valentina Domingo (2018): una madre che vissuto un

prolungato abuso sessuale intrafamiliare s'interroga con la sua terapeuta sugli effetti del segreto sui suoi figli.

Il concetto di dissociazione, nel senso di sofferenza negata del genitore, è bene illustrato dal detto biblico: "I genitori hanno mangiato il frutto acerbo ed i denti dei figli si sono allegati".

PENSARE ALLA TERAPIA COME UN PROCESSO PER FASI

Già nel 2012, avevamo teorizzato le sei fasi della resilienza (Selvini, Gritti, Sorrentino 2012) ponendo come prima fase quella del riconoscimento del trauma. Molti segreti consentono proprio di riconoscere un trauma, una dissintonia, una distorsione che era stata totalmente occultata: si pensi alla classica scoperta che il padre non è stato il genitore biologico, e alla luce che può gettare sulle particolarità di quel modo di essere padre. È questo il decisivo tema del segreto come fonte di confusione. La storia familiare fonda l'identità dei bambini, consentire loro di conoscerla nei fatti salienti e sostanziali, anche se difficili, consente la mentalizzazione degli affetti, e questo a sua volta aumenta il senso di padronanza (*op cit.* p. 80).

Nel libro citato Anna Maria Sorrentino racconta del senso di agitazione/confusione/disorientamento che tormenta un brillante medico di 47 anni e come solo la scoperta dei terribili segreti del padre, vissuto sempre nascondendosi ("La rana dalla bocca larga", p. 79) potrà finalmente darle pace.

Voglio quindi oggi ribadire che il segreto dev'essere chiaramente collegato alla diagnosi familiare (riconoscimento del trauma e della dissintonia), questa affermazione ha trovato conferma in questi anni, ma non basta, lo svelamento richiede la messa in sicurezza sia del paziente che dei familiari. Infatti, la seconda fase della resilienza è quella della messa in sicurezza. Molto spesso i segreti proteggono dal ricordare e quindi rivivere il trauma. Lavorare per la messa in sicurezza, relazionale ed interiore, è quindi una premessa indispensabile allo svelamento. Gli svelamenti sbagliati e controproducenti sono di solito svelamenti troppi precoci, senza un'adeguata preparazione sia del paziente che del suo ambiente (Selvini, Biffi, 2001).

La terza fase della resilienza è quella della condivisione del dolore, del dare parole al dolore. Un passo fondamentale, ma che pure dev'essere attentamente pensato e preparato. Lo svelamento di un segreto è forte esempio di condivisione del dolore, ne dovrà quindi seguire le regole e aprire la strada alla quarta fase: dare un senso completo ed integrato alla propria vita.

Pensare in termini di fasi della terapia consente di essere più precisi rispetto ai quesiti sul se, come e quando un segreto debba essere rivelato.

PROSPETTIVE PER IL FUTURO

Se guardo alla mia attuale pratica clinica, non più ispirata ad un modello familista/genitorialista come quello ancora in auge nel 1994, vedo che l'affermarsi di un modello familiare/individuale ha molto modificato i segreti che vado ad incontrare più frequentemente.

Quando la parte individuale della terapia con il paziente difficile funziona (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2022), è molto frequente emergano segreti del paziente stesso, spesso inerenti alla sua vita sessuale o alla sua stessa sofferenza/sintomi (tipicamente il sintomo del tagliarsi). E queste aperture appaiono indispensabili per l'efficacia della terapia. Trovo oggi una risposta davvero evidente a fallimenti delle terapie tutte congiunte del passato.

Il terreno del lavoro sui segreti del paziente nel contesto di una presa in carico congiunta/parallela sarà un interessante terreno di ricerca per i prossimi anni.

BIBLIOGRAFIA

Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., (2022), L'équipe come base sicura della sperimentazione dei formati in terapia familiare, in corso di pubblicazione su *Terapia Familiare*.

Domingo, V., (2018), I segreti familiari: la difficile scelta tra protezione e rivelazione in un complesso caso clinico. In *Terapia Familiare*, 118, pp. 47-63.

Loriedo, C., Angiolari, C., (2021), *Il segreto. La complessità nascosta del sistema familiare*, Cortina, Milano.

Selvini, M., (1993), "Psicosi e misconoscimento della realtà" in *Terapia Familiare*, 41, pp. 45-56 traducción en español 1996 "Perturbación mentales graves y distorsión de la realidad", *Redes*, 1, pp. 7-21.

Selvini, M., (1996), "Secretos familiares: cuando el paciente no sabe", in *Redes*, 1, 2, pp. 73-93.

Selvini, M., (1997) "Family secrets: the case of the patient kept in the dark" in *Contemporary Family Therapy*, 19, 3, September, pp 315-335.

Selvini, M., Biffi, A., (2001), Scoprire da adulti di essere stati adottati. Testimonianze sugli effetti del segreto e dell'improvvisa scoperta. In *Psicobiiettivo*, 3, XXI, pp. 117-131.

Selvini, M., Gritti, M.C., Sorrentino, A.M., (2012), Promuovere la resilienza "individuale-sistemica". Un modello a sei fasi. In *Psicobiiettivo*, 3, pp. 32-51

Selvini, M., Fino, L., Redaelli, L., Senatore, A., (2022) *Le sei fasi della resilienza. Un modello di terapia sistemica del trauma*, Libreria Cortina, Milano.

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

Van der Kolk (2014) *Il corpo accusa il colpo*. Trad. it. Cortina Milano, 2015.



Scott Spencer

UNAMORE SENZA FINE

Sellerio Editore Palermo, 2015

581 pagg.

Carmela Vaccaro¹

“Qualche volta penso che abbiamo un’infelicità tutta per noi che ci attende. In certe storie d’amore c’è chi distrugge l’altro, però sono convinta che nel nostro caso siamo troppo innamorati per farlo, siamo troppo una stessa persona; ci distruggerà qualcosa di molto più grande di me e te.

È l’infelicità particolare dell’amore reciproco”

Quasi una condanna quella contenuta nel titolo di questo romanzo di Scott Spencer, senza fine. Sì, anche l’amore talvolta si avvicina ad una condanna, quando non lo si vive, quando non c’è se non nella mente o in un corpo che trattiene. Non c’è fine a qualcosa che non esiste e, non c’è scampo se non siamo in grado di lasciare andare.

È questa la storia di David e Jade, due giovani adolescenti travolti da un sentimento assoluto, totalizzante, un amore che si fa scandaglio di ferite e dolori antichi, che preleva dal fondo del mare navi abbandonate, ricordi inaspettati, insospettabili e insopportabili.

Troppo piccoli per gestire l’immensità di una passione travolgente che diventa l’unico vero motivo che tiene in vita queste due povere anime. È la storia di un amore ostacolato e negato dalla ragione degli adulti ai quali appare precoce e sbagliato.

Troppo grandi per ricordare cosa è in grado di fare un cuore che sa guardare, degli occhi che sanno meravigliarsi e dei corpi su cui c’è scritto tutto l’invisibile del mondo. Adulti che osservano crescere qualcosa che non comprendono, che guardano ma si spaventano dalla potenza della vita, uno specchio difficile da sostenere quello che inevitabilmente gli adolescenti riescono a fare con le adolescenze degli adulti.

La storia di David e Jade è una storia capace d’amore e capace di morte, come cantava Guccini alla sua Bologna. Amore e morte, fratelli generati dal fato, così scriveva Giacomo Leopardi tra i suoi versi,

¹ Psicologa e Psicoterapeuta

entrambe volano sopra la vita di ogni uomo ed entrambe troppo presto, volano sopra la vita di questi ragazzi. È la storia di un sentimento nuovo che si esplora e dentro al quale ci si perde, di un amore che avvicina e per questo allontana. Ma è anche la storia di famiglie invischiate e famiglie assenti, di ricerca di un'identità, di un'appartenenza che si vuole trovare lì dove si è stati bene. Del bisogno di trovarsi nella mente dell'altro e della perdita del sé perché l'Altro non c'è più.

Attraversati da vicende surreali che colpiscono non solo i protagonisti di questo romanzo ma tutti coloro che gli stanno intorno, il loro amore che si trasforma in un virus letale, la morte che si intreccia con la vita che cambia così in fretta da lasciare tutti senza casa.

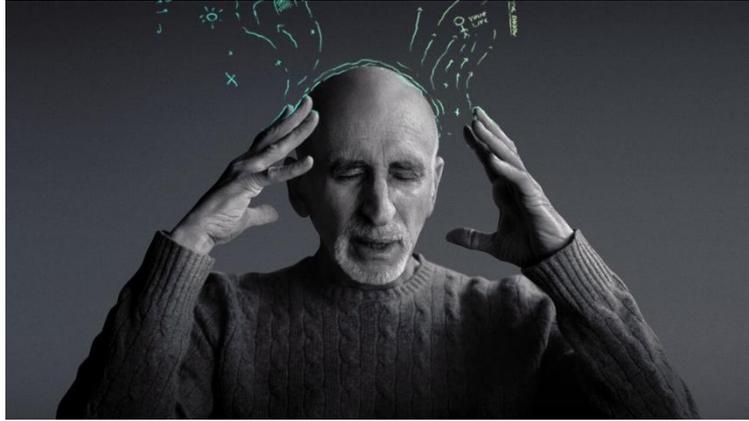
Ho preso tempo prima di scrivere queste righe. Un libro che mi ha travolto in ogni suo frammento. Un sentimento che esce dalle pagine e ti porta dentro i corpi di questi due ragazzi e, ovunque, tra i loro pensieri. Ho dovuto far sedimentare questo caos emotivo in cui sono stata trascinata.

E poi ho riflettuto. Questo romanzo è stato scritto nel 1979, quarantatré anni fa. Facevo fatica a pensare i protagonisti delle pagine che stavo leggendo adolescenti, sebbene quello che stavo leggendo raccontasse concetti tipici di questa fase del ciclo di vita: la sessualità che si scopre, la potenza dei sentimenti, la voracità delle emozioni, l'onnipotenza e la paura. Ma la sentivo lontana da ciò che incontro oggi, dai ragazzi e le ragazze che si siedono sulla poltrona davanti a me e che con fatica sento parlare di relazioni, di sesso, di amore, di corpo, di pensieri impensabili, di emozioni. Attraversati da un vuoto cosmico di un sé che non è mai stato, di cui oggi sentono il tonfo di una caduta, il vuoto di non essere stati pensanti come soggetti altri da quel sé adulto che li ha messi al mondo. Che fanno i conti con la paura della vicinanza dell'altro, con l'ansia, la perfezione del confronto, con corpi che devono essere belli, con lo scollamento tra la pancia e la testa.

Consiglio. Credo profondamente che molti libri siano in grado di connettersi con parti profondissime di ognuno di noi. Questo libro lo è. Leggetelo se siete disposti a farlo.

*“Ma una volta ancora ne esco per cantare quest'aria, questo
testamento senza fine. Le braccia mi si aprono. Non c'è orchestra né
pubblico; c'è un teatro vuoto nel mezzo della notte e tutti gli orologi del
mondo stanno scandendo. E adesso per l'ultima volta, non m'importa né
domando se sia pazzia:
io vedo il tuo volto, ti vedo, ti vedo, in ogni posto ti vedo.*

IL METODO DI PHIL STUTZ



Documentario Netflix
Regia di Jonah Hill

Bianca Poggi¹

“Il metodo Phil Stutz” è un documentario uscito recentemente su Netflix, che racconta la vita e il lavoro dello psichiatra americano Phil Stutz, noto per aver proposto un metodo innovativo, che ha avvicinato alla psicoterapia molte persone, basato su una serie di concetti chiave e di visualizzazioni mirate ad aumentare la consapevolezza e il benessere del paziente in maniera molto diretta.

Stutz viene intervistato nel documentario dall'attore e regista Johan Hill, che è anche un suo paziente e questo permette di rendere la narrazione molto sincera e diretta, creando una riflessione interessante e spesso ironica sul metodo proposto dallo psichiatra e sulla sua storia di vita. L'idea registica di Hill è quella di giocare su un continuo scambio tra paziente e terapeuta al fine di mostrare l'autenticità in primis della figura dello psichiatra, umanamente caratterizzato dalle stesse sofferenze di tutte le altre persone, e poi del suo metodo, che viene a tratti spiegato, a tratti messo in pratica, a tratti sperimentato da Stutz stesso, lungo tutto il corso del documentario.

Lo psichiatra ripercorre l'inizio della sua carriera e racconta di come inizialmente si sia scontrato con l'approccio dominante in psichiatria che gli sembrava prevedesse una certa distanza medico-paziente e portasse

¹ Psicologa e psicoterapeuta

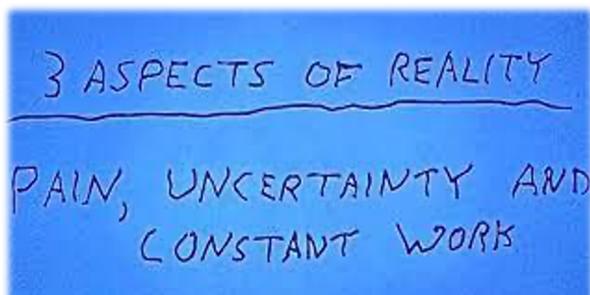
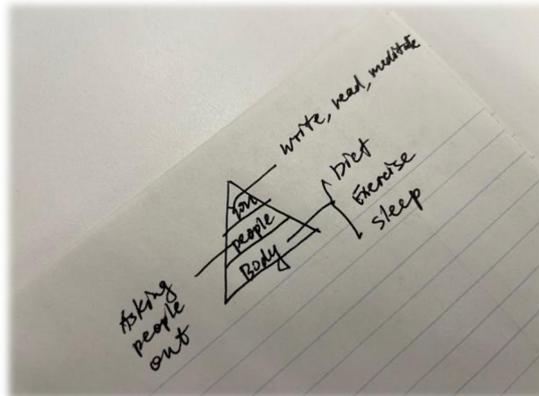
il paziente a scavare nel suo passato a lungo, senza che questo, a suo avviso, gli permettesse di trarne un reale beneficio nella propria vita.

A partire da queste considerazioni Stutz ha elaborato un metodo caratterizzato da un rapporto più umano e diretto con il paziente e da una serie di strumenti che gli permettono di esprimere i concetti chiave della terapia in maniera chiara, nonché di far sperimentare direttamente al paziente le possibilità di cambiamento.

Nel corso del documentario si vede come Stutz disegni su dei cartoncini, che poi consegna ai pazienti, i concetti di base della sua teoria, dandone una trasposizione grafica di immediata comprensione e sottolineando come ritiene che questo aspetto permetta già di per sé di accorciare le distanze con il paziente e rinforzare la relazione terapeutica. A causa della malattia che affligge Stutz, il Morbo di Parkinson, i disegni sono caratterizzati da un tratto tremolante, che tuttavia conferisce ai disegni un fascino e una leggerezza particolari, trasformando un difetto grafico in un carattere unico e distintivo.

Il primo concetto di cui Stutz parla è quello di **Energia vitale**, che rappresenta come una piramide alla cui base pone il **Corpo**, sopra le **Persone** e in cima **Te stesso**. Spiega quindi come quando una persona arriva da lui ed esprime una sofferenza, il primo aspetto da affrontare sia quello di ristabilire un equilibrio nell'energia di base, che passa innanzitutto dal corpo, in secondo luogo dal rapporto con gli altri e infine, dall'aspetto dell'interiorità.

A questo concetto Hill risponde dicendo quanto nel suo lavoro personale sia stato importante spostare l'attenzione sul proprio corpo, non a fini esclusivamente estetici, come era abituato a pensare, ma piuttosto come una cura che rappresenta la base per una buona salute della mente.



Quindi Stutz spiega un altro concetto che è quello della **Parte X** ossia la parte giudicante e negativa che vuole impedirti di evolvere. E' la parte dell'impossibilità ed è difficile da combattere, ma

è necessario tenere conto del fatto che esiste e che la realtà è caratterizzata da tre aspetti, che sono il **Dolore**, l'**Incertezza** e il **Lavoro Costante**. Questi tre aspetti sono inevitabili e imprescindibili, ma sono necessari per crescere ed evolversi.

A partire da questo concetto, il regista porta Stutz sul racconto della sua vita e degli aspetti dolorosi a cui ha dovuto far fronte lui per primo, mettendo in luce quello che si rivelerà essere il cuore del documentario ossia la presa di coscienza che tutti devono affrontare dei dolori nella propria vita e che anche le persone per cui proviamo ammirazione, come Stutz in questo caso, sono vulnerabili e caratterizzate dalle stesse difficoltà degli altri, accomunati dalla natura stessa dell'esistenza umana.

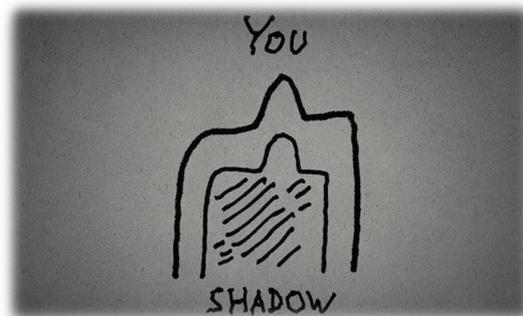
Stutz racconta di essere cresciuto con la sua famiglia nel Bronx ed essersi solo successivamente trasferito a Manhattan. Racconta del padre come un uomo ironico e socievole e di una madre invece più chiusa e sofferente, che aveva subito da piccola l'abbandono del proprio padre e aveva da lì sviluppato una sfiducia e un risentimento nei confronti degli uomini. Quando Phil aveva 9 anni, suo fratello minore, che aveva all'epoca 3 anni, morì a causa di un tumore, sconvolgendo la vita familiare. Stutz racconta come da lì lui abbia iniziato ad ascoltare le sofferenze di tutti e a prendersene cura, diventando di fatto il terapeuta della propria famiglia, per cui, quando è diventato poi psichiatra, gli è sembrato semplicemente di continuare a fare ciò che aveva sempre fatto.

La narrazione viene quindi intervallata da un momento di *disclosure* del regista, che si confronta con lo psichiatra, dicendo che non è soddisfatto di come sta venendo il suo lavoro e decide di "mettersi a nudo", mostrando tutto il backstage e il set costruito *ad hoc* per le riprese. Questa apertura porta i due protagonisti a fare una riflessione sul tema della vulnerabilità che Stutz definisce "*l'unico modo per connettersi con il mondo*".

E' questo il *leitmotiv* di tutto il documentario: il tema dell'apertura sulle sofferenze della vita, che accomunano tutti e sulla vulnerabilità, come mezzo tramite il quale entrare in connessione, superando le proprie paure e i propri limiti, che Stutz sintetizza nei concetti di **Ombra** e di **Labirinto**.

L'**Ombra** è la parte che ognuno ha dentro di sé, di cui si vergogna. Stutz propone su questo al suo paziente una visualizzazione: gli chiede di chiudere gli occhi e visualizzare la sua ombra. Per farlo deve pensare a un periodo della sua vita in cui si

sia sentito male, inferiore a qualcun altro. Una volta visualizzata questa

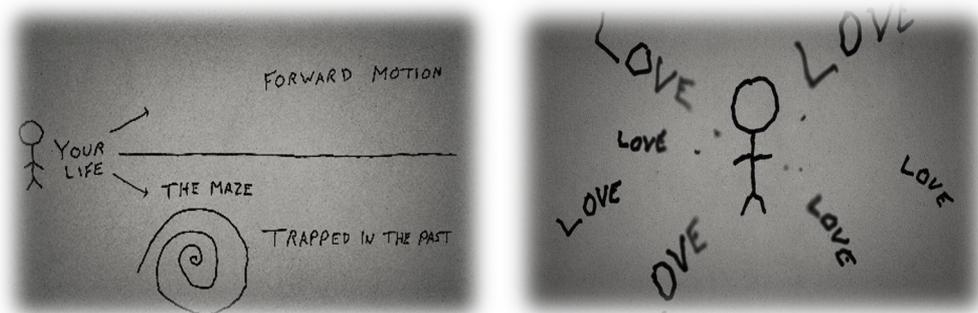


parte di sé, dovrà chiedersi: “Cosa posso fare con questa parte?” E poi: “Come posso rimediare all’attenzione che non ho mai dato a quella parte?” L’obiettivo è quello di imparare a tollerare qualsiasi cosa accada e non mirare alla perfezione.

Hill si apre, come prima aveva fatto Stutz, nel ripercorrere la propria storia familiare, raccontando del problema di sovrappeso con cui è giunto in terapia e come ancora oggi senta di vergognarsi di quella parte di sé, con cui vorrebbe invece “fare pace”, comprendendo che è anche quella una parte della persona che è oggi.

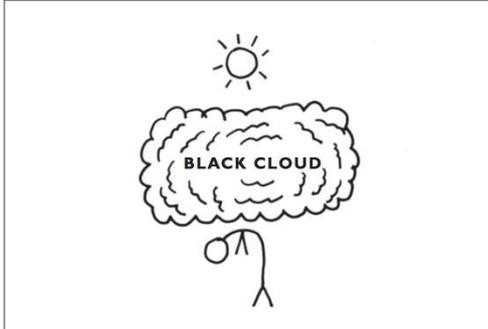
I ruoli si invertono e Stutz, accompagnato dal suo paziente, parla della propria ombra e questo dà la possibilità di aprire uno scorcio su un aspetto molto rilevante per la sua vita, ossia il fatto di essere affetto, fin da giovane, dal Morbo di Parkinson, responsabile tra le altre cose del tratto tremolante che caratterizza i suoi disegni. Hill gli pone una serie di domande su questo tema, che portano a momenti di condivisione emotiva molto intensi, spezzati dal perenne umorismo di Stutz, che ammette la propria tendenza a utilizzare l’umorismo come strategia per evitare i momenti emotivamente carichi.

Il documentario procede con un momento di focus sul lavoro terapeutico del regista, che propone al terapeuta di fare una seduta insieme alla madre, in una sorta di allargamento. Ne emerge un momento di confronto intenso tra Hill e la madre in cui parlano del loro rapporto e cercano di esprimere apertamente ciò che provano e pensano l’uno dell’altra. In un continuo rimbalzare di ruoli tra terapeuta e paziente, Hill chiede a Stutz se gli sarebbe piaciuto fare una cosa così anche con la propria madre e lo psichiatra dice che gli sarebbe piaciuto molto. Riflettendo sulla propria storia e sul rapporto con la madre, Stutz introduce il concetto del **Labirinto** che equivarrebbe al rimanere bloccati nel passato, aspettando di essere risarciti. La chiave, secondo lo



psichiatra, è comprendere che gli altri non lo faranno, ma dobbiamo essere piuttosto noi stessi a coltivare un sentimento che lui chiama **Amore Reattivo**, su cui propone a Hil una nuova visualizzazione.

Per uscire dal labirinto che ci tiene intrappolati nel passato, Stutz propone l'idea **dell'Accettazione Radicale**.

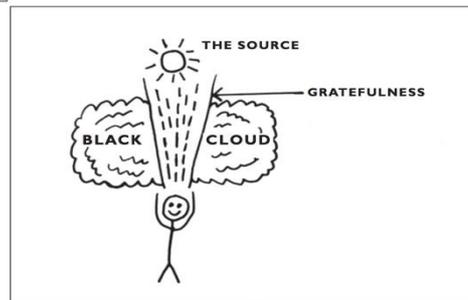


Gratitudine, stimolandolo a pensare a tre cose per cui possa sentirsi grato e concentrarsi su questo sentimento. Secondo Stutz questo è un esercizio da utilizzare quando si sente che i pensieri sono fuori controllo.

Accettazione Radicale.

A partire dalla consapevolezza, come si è detto, che la realtà sia caratterizzata da Dolore, Incertezza e Lavoro Costante, ci si può solo chiedere: "Cosa posso trarne?".

Propone quindi a Hill una nuova visualizzazione, basata sul concetto di **Flussi di**



Infine, Stutz e Hill parlano di **Elaborazione del lutto**, condividendo le proprie esperienze personali molto simili poiché entrambi hanno perso un fratello. La riflessione si concentra sull'idea che la sofferenza connessa alla perdita sia conaturata alla vita umana; tuttavia, si possa lavorare per essere pronti a perdere, prima o poi, ciò che amiamo, ma che questo non ci privi del senso stesso della nostra esistenza. I ruoli terapeuta-paziente si ribaltano ancora una volta ed è Hill a far sperimentare allo psichiatra una serie di visualizzazioni, che lo portano a visualizzare il fratello morto da piccolo e a creare una sorta di connessione con lui.

In conclusione, Hill riprende l'incipit del documentario in cui aveva detto di girare questo film per far conoscere a quante più persone possibili Stutz e il suo metodo, che avevano avuto un impatto tanto positivo sulla sua vita. A questo proposito aggiunge ora la consapevolezza dell'affetto che prova per il terapeuta, che Stutz dice di ricambiare, e sottolinea il valore che ha avuto per lui questo lavoro nel mostrargli la vulnerabilità del terapeuta. Sembra così che tutto il documentario si configuri in definitiva non come una ripresa di alcune parti del suo lavoro terapeutico, ma piuttosto come parte integrante della sua terapia stessa, rappresentando per lui un processo di elaborazione e presa di coscienza personali profonde.

Stutz conclude dicendo che crede che il concetto di fondo sia che nessuno può capire tutto della vita e la felicità dipenda da come ognuno accetta questa cosa.

FORMAZIONE

GIANNI CAMBIASO E ROBERTO MAZZA

Presentano

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE SISTEMICA. LA PRAGMATICA DEL DIALOGO CLINICO

In partenza a gennaio 2023 la prima edizione del corso di Perfezionamento in Terapia Individuale -Sistemica organizzato dalla Scuola Mara Selvini Palazzoli.

Il corso sarà condotto dal Dott. Gianni Cambiaso e il dott. Roberto Mazza ed è rivolto a specializzate/i (inclusi gli specializzandi nel corso del 2023) con un'esperienza di terapia personale passata o in corso.

Si svilupperà, a partire dalla cornice sistemica, nella direzione di una integrazione tra differenti approcci, in particolare con il modello psicodinamico, il cognitivismo evoluzionista di Giovanni Liotti e il modello di Lorna Benjamin.

“L'orizzonte teorico di riferimento è quello dell'approccio sistemico, che, a partire dal pensiero di Gregory Bateson, specificamente si occupa della elaborazione di ipotesi nel corso del trattamento psicoterapeutico. Ma tale orizzonte è ampliato con l'inclusione di concetti e teorie afferenti a scuole diverse, per esempio di area psicoanalitica, all'ambito della ricerca psicologica” (dalla prefazione di Gabriella Gilli a *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*).

Viene proposta “...una forma di terapia che è anzitutto una serie di piste per pensare, un metamodello che incarna l'ottica della complessità di Morin, in una prospettiva multicentrica in cui il fuoco si sposta costantemente dalla relazione diadica in seduta alle appartenenze del paziente” (dalla prefazione di Stefano Cirillo a *Tra intrapsichico e trigenerazionale*).



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

ISSN 2724-5101
Frattali (Online)