

Novità

Maurizio Antolff (a cura di), *Il bambino in terapia familiare*, pp. 192, € 23,00 - Cod. 1249.122

Nel volume *Il bambino nella terapia familiare* studiosi e terapeuti familiari ad indirizzo sistematico-relazionale si interrogano sul Planeta Infanzia e descrivono come osservare lo sviluppo normale all'interno della sua compagine familiare e sociale. Ridare quindi voce e competenza al bambino, considerandolo sempre più una risorsa attiva nella terapia con la famiglia, piuttosto che un semplice "minore da tutelare": questo è l'obiettivo. I lavori sulle disabilità, sull'autismo infantile, sui disordini psicosomatici e della condotta nei bambini e quelli a ponte tra biologico e psicoteraputico sul disturbo da deficit dell'attenzione, presenti in questo volume, diventano esemplari per chi è interessato a intraprendere percorsi ardui, ma allo stesso tempo entusiasmanti, ricchi di prospettive evolutive e di risorse da riconoscere nel familiare.

Maurizio Antolff, Anna Mascellani, Alessandra Santona, *Il ciclo vitale della coppia mista. Un'analisi tra culture*, pp. 240, € 23,00 - Cod. 1249.127

Il testo mette a fuoco alcune tematiche specifiche con cui la coppia mista - formata da un italiano e un cittadino immigrato - deve confrontarsi: innanzitutto viene illustrato come avviene l'incontro, la scelta del partner e la creazione del legame coniugale. Una diversità linguistica, culturale, religiosa, fisica, e quindi un diverso modo di espressione delle emozioni, di comunicazione verbale e non verbale. In alcuni casi, proprio tale diversità può contribuire a far nascere l'attrazione tra due persone. In altri, può rappresentare un fruscio nei confronti dei valori e delle regole familiari e sociali del proprio ceppo di appartenenza. Seguendo il ciclo di vita delle coppie miste, il volume affronta il tema della nascita dei figli che può determinare un incontro o uno scontro tra culture. È fuori di dubbio che un ruolo fondamentale sia giocato dal rapporto di ciascun co-riuge con la propria famiglia d'origine ma se il rapporto è positivo, ci si potrà attendere una crescita armonica, altrimenti il rischio di separazione e divorzio delle coppie miste sarà maggiore di quello di coppie che condividono le stesse radici.

Conrado Bogliolo, *Fare ed essere terapeuta. Dubbi e domande nella conduzione della psicoterapia relazionale*, pp. 144, € 19,00 - Cod. 1249.128

Essere uno psicoterapeuta prevede una stabile identità, conoscenza, approfondita di sé, ma anche dei propri limiti. Inoltre, la competenza, l'adeguatezza nel gestire le proprie emozioni, ma anche la capacità di lavorare su eventuali errori. Nella prima parte del libro si richiamano le possibili connessioni tra scelta della psicoterapia e famiglia d'origine del futuro terapeuta. Poi si rilevano, in terapia, i possibili "inciampi" per gioventù e inesperienza. Nella seconda parte si accolgono le incertezze dei neoterapeuti, quando pongono al proprio trainer domande: in apparenza ingenue, del tipo: "Cosa fare quando un membro della famiglia riesce a comunicare a/terapeuta 'Segreti molto riservati?'". Veni questi, quanto mai ricorrenti, a cui di solito il maestro non fornisce la risposta, ma semmai dà uno stimolo perché il "discepolo" trovi la soluzione dentro di sé. Qui, per ogni domanda, si apre un dibattito, si presentano degli esempi e si prospetta anche qualche ipotesi di soluzione.

L'incontro terapeutico e gli interrogativi diagnostici: un'esperienza di reciprocità

Anna Maria Sorrentino

Intersoggettività e prassi valutativa

Da circa dieci anni Cirillo Selvini ed io stiamo riflettendo sulla cor-
relazione tra diagnosi e trattamento psicoteraputico. Per diagnosi (Sorrentino, 1999) intendiamo un processo di valutazione del funziona-
mento del soggetto o del suo nucleo familiare, processo di valutazione
multifocale che avviene nella mente del terapeuta quando incontra i suoi
clienti nella fase iniziale di una presa in carico, valutazione finalizzata ad
impostare il trattamento. Nelle fasi più avanzate di una terapia il pro-
cesso diagnostico rimane sullo sfondo, come una sorta di griglia da con-
fermare o modificare mentre il processo si sviluppa: una sorta di pensie-
ro subliminale che simola una vigilanza, una bussola che dà una dire-
zione e che fa apprezzare eventuali cambiamenti. Di questo processo
come gruppo di dati abbiamo già pubblicato le riflessioni che ci sono
sembrate più utili sia nel considerare gli individui (Selvini, 2008;
Bertini, Sorrentino, 2011) che la famiglia nel suo insieme (Selvini,
2007).

Noi terapeuti consideriamo doveroso possedere questa griglia mentale di riferimento per le valutazioni, ricordando che essa sia una fondariva caratteristica che definisce come clinico l'incontro con il cliente, o i clienti, in quanto che ritengiamo appartenere ad un dominio professionale e non ad un ambito spontaneo.

Nella Scuola "Mara Selvini Palazzoli" dedichiamo molto tempo e stu-
dio a costruire questa griglia, per depositare in noi un'immagine di com-

ANNA MARIA SORRENTINO: Psicologa e psicoterapeuta. Co-responsabile della Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli", e-mail: annamariasorrentino@scuolamarselvini.it.

Terapia Familiare, n. 90, 2012

Peranza che ci rassicura e a volte ci inorgoglisce. È qualcosa per cui ci sentiamo in diritto di essere pagati.

Senza nulla togliere a quanto premesso, tuttavia ci rendiamo sempre più conto, col procedere dell'esperienza, che l'incontro terapeutico sia con un individuo che con una famiglia è anche un evento che interella la nostra autenticità, dove si giocano variabili difficilmente controllabili, che però possono avere un notevole esito sulla prosecuzione più o meno felice del rapporto. Il nostro modellizzarci verso i bisogni di relazione del nostro interlocutore avviene più con processi intuitive che razionali, o per meglio dire con Stern (2004) impliciti, come dimostrato dalla nostra difficoltà di riferire ad altri le nostre percezioni. Non solo gli allievi, ma anche noi, di darci ci rendiamo spesso conto che la narrazione dell'incontro che ci sforziamo di fare ad un collega, ad esempio per confrontarci con lui sul lavoro, è spesso scarsamente esauriva. Nonostante i nostri sforzi l'incontro è in descrivibile nella sua unicità.

Con il presente lavoro provvedo ad ordinare le procedure mentali con cui valuto l'incontro terapeutico, rassegnandomi agli aspetti parziali della descrizione, al fine di esplicitare almeno la natura multifocale del processo diagnostico e la sua indubbia utilità predittiva ai fini del trattamento. Contrariamente a quanto sottolineato da Vitaro (2011) direveremo sempre più consapevoli che "osservare gli altri" è strettamente connesso ad osservare noi stessi che osserviamo gli altri che a loro volta ci osservano. Prima di procedere mi sembra necessario fare una premessa che giustifica quanto seguirà. Sebbene la mia formazione professionale sia esordita in ambito esquistamente sistematico, ho infatti incontrato Mara Selvini all'epoca del suo viraggio sistemico comunicazionalista agli inizi degli anni '70, mi rendo conto che anche quando ricevo una famiglia, percepisco principalmente l'incontro come una relazione personale, con ciascun membro. Percepisco naturalmente anche l'insieme olistico del sistema, ma ciò che più cattura la mia attenzione consapevole sono piuttosto le varie soggettività ed il genere di relazioni tra loro e con me. Come se mi trovasse sul perio di una ruota, la mia concentrazione si sposta su ognuno, dando maggior centralità, di solito, al soggetto più sofferto o bisognoso in quel momento, indipendentemente da quanto quegli cerchi la mia attenzione.

Tutto ciò è chiaramente il frutto della mia storia e del mio funzionamento ed è lontano dalle premesse teoriche che diedero vita all'approccio sistematico in terapia. Quando ero più giovane mi sforzavo di non concentrarmi sulla "scatola nera" dei miei interlocutori per apprezzare gli aspetti pragmatici del loro comunicare. Ora, sia per me che per gli allievi

rinuncio a questa farica. Poiché molti giovani allievi hanno tratti simili ai miei suggestivo che questa dimensione dell'attenzione terapeutica può rivelarsi utile, se monitorata, a costruire con ciascuno un'alleanza terapeutica per il cambiamento. Essere "attratti" dall'altro bisogno, infatti, oltre che ricordarci la nostra difficile infanzia, ci rende anche sensibili e disponibili alla presa in carico. Riflettere sulle nostre attritudini interpersonali è infatti indispensabile per valutare un incontro terapeutico proprio tenendo conto del tema dell'intersoggettività. La nostra modalità di rapporto influenza la relazione terapeutica e, poiché è praticamente impossibile "non comunicare" come la *Pragmatista* (Watzlawick, 1967) insegnava, occorre farlo scientificamente.

Sempre per utilizzare il pensiero di Stern, mi offro a ciascuno per generare un campo intersoggettivo come se fossi solo con lui. Per questo è sembrato utile modificare in "equivicinanza" (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1973) il concetto di "equidistanza" citato nel famoso articolo di Mara Servini e collaboratori *Ipotizzazione circolare neutralità* (1980).

Percepisco il clima familiare come la risultante, la sommatoria di questi incontri, anche se la parola "sommatoria" risulta alquanto imprecisa. Trattasi di una "immersione" del terapeuta in quella famiglia, ancorato all'esterno, diciamo così, dall'équipe con cui periodicamente si confronta. Durante una seduta con una famiglia, secondo il nostro procedere consueto (Selvini, Palazzoli *et al.*, 1980, 1998), infatti partecipiamo a due campi intersoggettivi: quello con i nostri colleghi e quello con i pazienti, alternandoci da l'uno a l'altro nei momenti in cui discutiamo dietro lo specchio. Tuttavia l'esperienza del terapeuta dietro rimane quella di un grande coinvolgimento personale, e per questo è lui ad avere la priorità nelle decisioni da prendere per l'impostazione del lavoro terapeutico. Il campo intersoggettivo che si genera nella stanza di terapia è molto intenso e pregnante, come se lo specchio unidirezionale costituisse un filtro emotionale. In casi particolari può accadere anche l'opposto, quando ad esempio nella stanza di terapia vengono rivelati contenuti drammatici. In questi casi il terapeuta dietro frena il proprio coinvolgimento per poter continuare a gestire la seduta e il vissuto emotivo si "travasa" dietro lo specchio dove i colleghi si agitano, o commuovono, esprimendo a se stessi e all'équipe l'intensità di ciò che sta accadendo.

Premetto queste considerazioni perché, sotto un certo punto di vista, quando metto a fuoco ciascun soggetto, rispetto a questo processo valutativo non fa per me molta differenza incontrare un individuo o una famiglia. Naturalmente si deve tener conto del fatto che una consultazione individuale mostra il modello di relazione del mio interlocutore

verso di me, mentre nella consultazione familiare o di coppia mi viene mostrata la modalità arrivata contemporaneamente sia dalla relazione come terapeuta che dalla presenza dei familiari. Per questo, dato l'indubbia maggior complessità nell'incontro con una famiglia, in questi casi ci avvaliamo sempre dell'équipe.

Per quanto riguarda l'équipe, mi pare importante precisare la nostra Prassi: i colleghi sono presenti, vissuti come poterivi quando incontriamo un nucleo familiare, viceversa, a meno di situazioni particolari, Ci muoviamo da soli nelle consultazioni individuali, facendo una certa esperienza di autenticità e di libertà che ci aiuta a trovare una nostra misura personale nell'essere terapeuta. L'abitudine ad essere osservati mentre lavoriamo genera tuttavia in noi una specie di superiore interiorizzato che agisce anche quando lavoriamo da soli, permettendoci di essere autentici senza eccessivi spontaneismi.

Gli aspetti analogici

La prima cosa che mi orienta nell'incontrare il mio interlocutore è il suo aspetto, sia nella modalità con cui vive il proprio corpo, il proprio sesso, la propria età sia nel come esprime la propria condizione sociale. Questa che a tutti gli effetti rappresenta un'ovvia, nel nostro modo di procedere può essere considerata fonte di indicazioni "per differenza" (Bateson, 1972). Raramente incontro il paziente al buio. Di solito l'incontro personale è preceduto da una telefonata o se si tratta di famiglie o coppie, da una serie di colloqui preliminari tenuti dal collega Marteo Selvini. Sia la telefonata che precede la consultazione individuale che ancor più i colloqui preliminari, i cui verbali vengono letti in preparazione dell'incontro familiare, hanno generato aspettative che vengono a confrontarsi con la persona o le persone che mi trovo davanti. Possiamo definire questo un primo esordio del processo di iporizzazione. Qualche volta le aspettative sono effettivamente in sintonia con le percezioni delle prime fasi dell'incontro, ed allora quello che colgo sono sfumature di aspetti specifici. Qualche volta le aspettative si erano invece arricciate in altri sensi e le differenze sono foriere di informazioni. Intuitivamente le registro cogliendo gli aspetti contraddittori rispetto alle attese e cercando di catalogarle come qualcosa che può esser connesso sia alla mia scarsa preparazione sul caso, sia piuttosto come una contraddizione iscritta nella storia del soggetto stesso, qualcosa che rappresenta informazione sul suo funzionamento.

mostrata la modalità arrivata contemporaneamente sia dalla relazione come terapeuta che dalla presenza dei familiari. Per questo, dato l'indubbia maggior complessità nell'incontro con una famiglia, in questi casi ci avvaliamo sempre dell'équipe.

Per quanto riguarda l'équipe, mi pare importante precisare la nostra Prassi: i colleghi sono presenti, vissuti come poterivi quando incontriamo un nucleo familiare, viceversa, a meno di situazioni particolari, Ci muoviamo da soli nelle consultazioni individuali, facendo una certa esperienza di autenticità e di libertà che ci aiuta a trovare una nostra misura personale nell'essere terapeuta. L'abitudine ad essere osservati mentre lavoriamo genera tuttavia in noi una specie di superiore interiorizzato che agisce anche quando lavoriamo da soli, permettendoci di essere autentici senza eccessivi spontaneismi.

La prima cosa che mi orienta nell'incontrare il mio interlocutore è il suo aspetto, sia nella modalità con cui vive il proprio corpo, il proprio sesso, la propria età sia nel come esprime la propria condizione sociale. Questa che a tutti gli effetti rappresenta un'ovvia, nel nostro modo di procedere può essere considerata fonte di indicazioni "per differenza" (Bateson, 1972). Raramente incontro il paziente al buio. Di solito l'incontro personale è preceduto da una telefonata o se si tratta di famiglie o coppie, da una serie di colloqui preliminari tenuti dal collega Marteo Selvini. Sia la telefonata che precede la consultazione individuale che ancor più i colloqui preliminari, i cui verbali vengono letti in preparazione dell'incontro familiare, hanno generato aspettative che vengono a confrontarsi con la persona o le persone che mi trovo davanti. Possiamo definire questo un primo esordio del processo di iporizzazione. Qualche volta le aspettative sono effettivamente in sintonia con le percezioni delle prime fasi dell'incontro, ed allora quello che colgo sono sfumature di aspetti specifici. Qualche volta le aspettative si erano invece arricciate in altri sensi e le differenze sono foriere di informazioni. Intuitivamente le registro cogliendo gli aspetti contraddittori rispetto alle attese e cercando di catalogarle come qualcosa che può esser connesso sia alla mia scarsa preparazione sul caso, sia piuttosto come una contraddizione iscritta nella storia del soggetto stesso, qualcosa che rappresenta informazione sul suo funzionamento.

Ad esempio recentemente ho incontrato una famiglia che chiede una consultazione per una figlia unica genita di ventitré anni, bloccata sul piano prestazionale, nonostante sia un soggetto dorato, ed isolata socialmente dall'adolescenza. La ragazza, che chiameremo Ester, fa scenate frequenti ai genitori, alla madre in particolare, accusandola d'essere la causa del suo malessere. Rifiuta radicalmente una terapia pur frequentando occasionalmente un terapeuta con cui ha un contratto particolare di pagamento molto modesti, fuori dal controllo dei genitori. La consultazione con noi e considerata dai genitori una *estrema ratio* e viene accettata da Ester solo perché i suoi genitori possono esser curati. Si noti che entrambi i coniugi hanno alle spalle due lunghi percorsi analitici di cui la figlia è a conoscenza.

Le mie aspettative prima dell'incontro sono di una certa allerta. La situazione mi pare difficile e la descrizione della ragazza come sognante e pretenziosa non mi la rende simpatica. So per esperienza che questa non è una buona premessa per l'incontro. Quando sono in difficoltà tendo a strafare, a parlare troppo, a lasciare più spazio del dovuto al soggetto aggressivo per blandirlo ecc. Insomma le aspettative e la valutazione che si profila richiedrà per me non solo una diagnosi multifocale della ragazza (qualità dell'attaccamento, tratti della personalità, livello evolutivo, duratazione personale, esperienze, ecc.) e della famiglia (struttura, ruoli, cultura di appartenenza, storia trigerazionale, personalità dei genitori, legame di coppia, ecc.), ma anche una diagnosi dei miei limiti personali che dovranno essere controllati per valutare come i miei interlocutori mi reggano e si lascino accostare dal particolare terapeuta che io rappresento.

In casi particolari, l'esame di queste aspettative o risonanze ci hanno fatto scegliere un terapeuta diverso da quello di turno tra i membri dell'équipe, valutando più opportuno non sfidare le nostre personali debolezze oltre misura. In questo caso procediamo come deciso.

La ragazza che mi trovo di fronte non mi è antipatica. Ha l'aspetto dimesso di una studentessa qualsiasi, piuttosto anonima, educata e non troppo sciva. Sceglie di parlare delle sue recenti esperienze estive con resistenza e stando sulle generali, come chi non sappia o non voglia farsi conoscere. Mi comunica sensazioni contraddittorie, come chi desiderasse ricevere ascolto e fosse contemporaneamente infastidita dal doversi narrare. Ciò che mi colpisce irresistibilmente tuttavia è un particolare che mi suona estraneo nel suo abbigliamento modesto. Porta un paio di scarpe col tacco altissimo, che si fa fatica a conciliare col suo paio di jeans ed il suo maglioncino blu girocollo. Sento che questo è un argomento inter-

ressante, ma la reticenza del suo parlare mi induce a credere preferibile rimandare l'approfondimento ad altra data, o meglio ad una convocazione individuale. Per contrasto la madre mi colpisce per l'atteggiamento un po' teatrale, da prima donna: capelli sciolti che scuote parlando, abito scollato con scia piazzata cangiante, eloquio canico emotivamente. Il padre invece mostra atteggiamenti più simili a quelli della ragazza (se dimenichiamo le scarpe). L'insieme mi richiama l'idea intuitiva di una figlia che vive in modo irrisolto la complessità della coppia genitoriale e la loro difficile sintesi.

Questa osservazione sulle scarpe di Ester, o sugli abiti dei genitori, mi fa anche tenere presente come il paziente vede me, il mio aspetto stanco di persona anziana che lavora troppo e non bada molto a ciò che indossa. In contatto, con certe famiglie, mi è capitato più volte di interrogarmi sulla percezione che avevano di me che li ricevo in uno studio prestigioso con l'aspetto di una casalinga.

Anche per questo motivo nella formazione degli allievi lavoro sempre di più perché divengano consapevoli di se stessi, non solo perché "ammorbidiscano" certi loro aspetti rigidi, ma anche perché ne tengano conto. In psicoterapia vale infatti una sorta di principio simile a quello che, in fisica, è ritenuto il Principio di Indeterminazione di Heisenberg, secondo il quale lo strumento di misurazione influenza il dato. È evidente infatti che l'incontro è bidirezionale: il terapeuta valuta il paziente, ma anche il paziente "prende le misure" del terapeuta a cui pensa d'affidare i propri problemi. Questa bidirezionalità va tenuta presente nel processo valutativo: il terapeuta non è "uno schermo bianco", pertanto le risposte del paziente debbono essere considerate specifiche di quella particolare relazione, oltre ovviamente dei dati contestuali su cui la riflessione sistematica ha già abbondantemente prodotto.

Per questo motivo cerco di propormi con modalità trasparenti, così che il mio interlocutore possa scegliere se e quanto gli vado bene, nonché eventualmente commentare con me le sue impressioni. La sua accettazione della mia realtà così come le sue contestazioni saranno accolte come parte del processo valutativo che nonostante tutto sono tenuta a fare. Ad esempio sono consapevole che la mia tendenza a chiamare per nome, pur conservando il "Lei", i miei interlocutori adulti propone fin da subito una modalità intima e ravvicinata di relazione che alcuni possono vivere con fastidio al limite dell'intrusione. Se percepisco questo visusuo, lo esamino e mi giustifico, aprendo un confronto con l'altro che ci permetterà una soluzione che dia benessere ad entrambi.

Considerate cioè che il terapeuta porta nella relazione permette di

meglio valutare l'atteggiamento del paziente. Se nel mio caso constato una tranquilla accettazione della mia modalità, mi orienterò nel valutare come dipendente, o al limite compiacente, il mio interlocutore; se percepirò una blanda resistenza venata di disponibilità a considerare il mio modo di farmi quale una offerta empatica ad accorciare le distanze, lo considerò equilibrato; se invece coglierò fastidio, imbarazzo o irritazione, saprò di trovarmi in presenza di un soggetto con una personalità di matrice evitante e mi regolerò nel limitare le "mosse" di avvicinamento.

Ovviamente posso modificare questa mia modalità, ma sono consapevole che tutto il mio modo di comunicare sul piano analogico segnalerà una distanza interpersonale ravvicinata che trasparirà al di là del mio controllo. Pertanto mi rassegno ad esser ciò che sono, tenendone conto.

La mia memoria delle numerose sedute che ho visto condurre da Mara Selvini è piena di immagini caratterizzate da questa "danza". Mara entra in contatto con le famiglie imponendo il suo carisma e la sua modalarità estremamente diretta, suscitarano non di rado forti reazioni. La sua entrata in seduta scompigliava immediatamente il clima formale con cui la famiglia si presentava alla consultazione. Mara si immergeva con fare spiccio nella storia familiare con le sue domande "terribili" per acirezza e smascheramento che "frantumavano" le difese dei suoi interlocutori. Dopo questi esordi dirompenti era capace di assumere atteggiamenti quasi analitici di grande pacatezza, per permettere ai suoi interlocutori di narrarsi autenticamente, capace tuttavia di "strapazzarli" di nuovo se li percepiva distanziarisi dalla verità.

La mia personale modalità di aprire la seduta tende invece a proporre uno stile più affettivo, quasi materno, a cui persolito, se viene accettato, resto fedele; solo raramente assumo modalità più sfidanti come quelle di Mara che mi sono poco congeniali.

Lavorare in équipe è spesso utile: perché ci aiuta a relativizzare il nostro modo di proporsi ai pazienti tenendo conto che ci mettiamo del tutto nel considerare lo sviluppo della relazione.

Fa parte del processo di valutazione la necessità quindi di conservare una visione prospettica della relazione terapeutica, visione più "strabica" che "binocolare", con un occhio rivolto a noi stessi ed un occhio rivolto al nostro interlocutore.

Considero questo un aspetto che precede il più complesso e successivo vissuto del contrattransfer, dove si arrivano stati emotivi connessi alla percezione Se/Altro, stati legati alla relazione, meglio consolidata. Trattasi qui di una risposta iniziale, di esplorazione di fronte al nuovo interlocutore che rivela i primi aspetti di introversione o di estroversio-

ne che possiamo facilmente collegare ai modelli operativi interni derivati dalle esperienze di relazione e dagli attaccamenti.

La valutazione dello stile interpersonale

La griglia successiva a cui faccio riferimento nei primi minuti di seduta riguarda quindi, come accennato sopra, la disponibilità dell'interlocutore ad entrare in una relazione ravvicinata con il terapeuta che da parte sua cerca, per tentativo ed errore, di aprire alla domanda di aiuto che riceve. L'aspettativa che il paziente si apra ad un rapporto, e la disponibilità ad accoglierlo da parte del terapeuta, sono infatti appropriate al contesto "domanda di aiuto" che riceviamo e che definisce la cornice dell'incontro. Questo consente di fare una prima valutazione su come il paziente funziona: accetta di essere nella posizione del richiedente? Ci mette in condizione di comprendere il suo bisogno? È frericente o al contrario ci sovrasta con una reattività emotiva che non ci permette decodifica? Dobbiamo giocare ad "Indovina chi": perché pare essere inviato come un pacco da qualcun altro come se non fosse un soggetto agente? O al contrario ci si consegna come un bambino imparito? La classica frase d'esordio di un incontro «Cosa la (o vi) porta da me?» consente di addentrarci nel primo screening tra un soggetto evitante ed un soggetto di matrice ansiosa, tra una storia organizzata e parabile ad una con aperture di disorganizzazione, di carenze e confusione.

Tuttavia qui dobbiamo fare un distinzione se si tratta di un primo incontro individuale di conoscenza o se, come è prassi del Nuovo Centro, di una consultazione familiare successiva a dei colloqui preliminari (Selvini, 2007).

Di solito, nel caso di una richiesta di terapia individuale il primo colloquio è fatto con il terapeuta che ha accolto la domanda. Al telefono si è verificato solo uno scambio breve, dove si raccolgono dati minimi: la natura del problema, la volontà di venire almeno una prima volta individualmente, a volte semplici dati anagrafici. L'inviante, e si concorda un appuntamento esplorativo.

Sebbene sia breve, anche in questo caso si muovono delle percezioni e delle aspettative che condizionano l'accettazione o meno del colloquio esplorativo da parte del terapeuta che riceve la telefonata, o piuttosto l'invio ad un collega. Tali aspettative saranno ovviamente dentro di noi e si disporranno animo prima del primo incontro (oltre naturalmente a tutte le infinite variabili che influenzano la nostra emozività nella giornata in cui vedremo il paziente). Nel caso di un primo incontro per una consultazione individuale il terapeuta ha meno ipotesi ed è più aperto a lasciarsi conoscere e a conoscere chi si troverà davanti, diciamo che ha più domande che ipotesi di lavoro (Berrini, Sorrentino, 2011). Ben diversa è la prassi nelle consultazioni familiari, che rappresenta una scelta orientata dalla consapevolezza che la complessità dell'incontro con una famiglia, giustificato da una domanda terapeutica, richiede una padronanza difficile da mettere in campo senza un minimo di preparazione, da cui i colloqui preliminari (che costituiscono la vecchia prassi della scheda telefonica) che precedono la prima seduta in équipe. Affidare all'improvvisa: un processo che, mobilitando più persone a superare le proprie resistenze, ha suscitato in loro grandi aspettative, ci è sempre sembrato un azzardo.

Diversamente, nella consultazione individuale, essere aperti alla possibilità di incontrare il paziente senza eccessiva preparazione per lasciarci modificare da lui, rappresenta una scelta misurata. Vediamo un esempio. Ricevo la telefonata di una collega che mi invia una donna di mezza età, depressa per la perdita del compagno, morto improvvisamente in un incidente. Mi identifico facilmente con la paziente e, giudicando la richiesta fonte di un impegno terapeutico modesto, decido di accoglierla nonostante i miei cronici problemi di agenda. Do al telefono un appuntamento ad una persona che non modifica le mie aspettative: accetta l'offerta di data e ora, nonostante lavori a livello dirigenziale, non fa domande e ha una voce che mi pare competente. Quando l'incontro, vedo una donna che potrebbe essere la mia immagine riflessa se mi trovasse nelle sue condizioni: affranta per la perdita, ma composta, vestita con dignità, senza fronzoli. Ad un primo contatto la sua reazione al lutto mi appare non mostrare segni patologici. Mi dà la sensazione di dove progettare un lavoro di sostegno e di accompagnamento in una fase difficile, archedendo che il lutto venga elaborato con l'aiuto del tempo, più che della terapia. Le sue reazioni mi paiono appropriate e le sue risorse per superare la fase depressiva già in movimento: ha chiesto ai suoi genitori di trasferirsi da lei per qualche tempo, ma ne sente il peso e l'inferenza, visita i familiari del compagno e ne condivide il dolore, non ha lasciato mai un lavoro impegnativo ecc. Più avanti nella seduta sento la rabbia verso il compagno che l'ha lasciata, sentimento irrazionale, ma comprensibile.

Ciò che mi fa ritenere utile qualche incontro in più si rivela nella seconda seduta: è una caratteristica che si esprimeva già nel rapporto col compagno prima del lutto; erano una coppia con poche o nulle prospet-

nata in cui vedremo il paziente).

Nel caso di un primo incontro per una consultazione individuale il terapeuta ha meno ipotesi ed è più aperto a lasciarsi conoscere e a conoscere chi si troverà davanti, diciamo che ha più domande che ipotesi di lavoro (Berrini, Sorrentino, 2011). Ben diversa è la prassi nelle consultazioni familiari, che rappresenta una scelta orientata dalla consapevolezza che la complessità dell'incontro con una famiglia, giustificato da una domanda terapeutica, richiede una padronanza difficile da mettere in campo senza un minimo di preparazione, da cui i colloqui preliminari (che costituiscono la vecchia prassi della scheda telefonica) che precedono la prima seduta in équipe. Affidare all'improvvisa: un processo che, mobilitando più persone a superare le proprie resistenze, ha suscitato in loro grandi aspettative, ci è sempre sembrato un azzardo.

Diversamente, nella consultazione individuale, essere aperti alla possibilità di incontrare il paziente senza eccessiva preparazione per lasciarci modificare da lui, rappresenta una scelta misurata. Vediamo un esempio. Ricevo la telefonata di una collega che mi invia una donna di mezza età, depressa per la perdita del compagno, morto improvvisamente in un incidente. Mi identifico facilmente con la paziente e, giudicando la richiesta fonte di un impegno terapeutico modesto, decido di accoglierla nonostante i miei cronici problemi di agenda. Do al telefono un appuntamento ad una persona che non modifica le mie aspettative: accetta l'offerta di data e ora, nonostante lavori a livello dirigenziale, non fa domande e ha una voce che mi pare competente. Quando l'incontro, vedo una donna che potrebbe essere la mia immagine riflessa se mi trovasse nelle sue condizioni: affranta per la perdita, ma composta, vestita con dignità, senza fronzoli. Ad un primo contatto la sua reazione al lutto mi appare non mostrare segni patologici. Mi dà la sensazione di dove progettare un lavoro di sostegno e di accompagnamento in una fase difficile, archedendo che il lutto venga elaborato con l'aiuto del tempo, più che della terapia. Le sue reazioni mi paiono appropriate e le sue risorse per superare la fase depressiva già in movimento: ha chiesto ai suoi genitori di trasferirsi da lei per qualche tempo, ma ne sente il peso e l'inferenza, visita i familiari del compagno e ne condivide il dolore, non ha lasciato mai un lavoro impegnativo ecc. Più avanti nella seduta sento la rabbia verso il compagno che l'ha lasciata, sentimento irrazionale, ma comprensibile.

Ciò che mi fa ritenere utile qualche incontro in più si rivela nella seconda seduta: è una caratteristica che si esprimeva già nel rapporto col compagno prima del lutto; erano una coppia con poche o nulle prospet-

nive evolutive. Non desideravano figli, non avevano programmi e interessi verso cui tendere come aspirazione, eccezion fatta per il lavoro e la costruzione della casa coniugale; non avevano amici. Vivevano in un presente rutinario, ripiegati l'uno sull'altro in una sorta di simbiosi un poco indifferenziata. La dipendenza espressa nella quotidianità che si era spezzata, rendeva ora necessario un ripensamento che avrebbe potuto rappresentare per questa donna un'opportunità evolutiva. L'accoglio quindi alla fine dei tre incontri esplorativi con questa prospettiva, in mente, prospettiva scaturita da un parziale processo identificatorio, stemperatosi poi nella percezione delle differenze.

Quando ero una giovane terapeuta mi scandalizzavo nel rendermi conto che spesso i miei propri pensieri sui pazienti erano frutto di questi processi identificativi. Mi rimproveravo un eccesso di narcisismo, come se io prendessi il "Me stesso" a misura del mondo altri. Poi mi sono lentamente rassegnata all'inevitabilità di questa modalità conoscitiva dell'altro, rappresentata dal "mettersi nei suoi panni", a partire di non assumere mai un atteggiamento giudicatorio e valutativo. Sei "panni dell'altro" sono molto diversi dai miei, mi interrogo sui miei limiti e sulle sue "buone ragioni".

Diversa è la situazione dell'entrata in seduta se ci sono stati dei colloqui preliminari dove la famiglia o la coppia ha già messo a disposizione dell'équipe i propri dati anagrafici, quelli delle famiglie d'origine, la storia del problema e dei tentativi fatti per affrontarlo (Selvini 2007). In questo caso pazienti e terapeuta non solo hanno delle aspettative, ma sono già orientati da una prima valutazione sulla natura dello scambio.

Al termine dei colloqui preliminari i pazienti sono stati confrontati con l'idea di una loro attinenza con i problemi che portano all'équipe terapeutica, e questa, da parte sua, ha già sviluppato un'ipotesi su quali aspetti problematici converrà porre l'attenzione.

Nel caso di Ester di cui ho accennato, sapevo già che aveva dovuto tener conto della diffidenza della ragazza e dell'ambiguità della posizione dei genitori che permettevano ad Ester di credere che volevano esser curati, ma erano certi che il vero bisogno fosse solo quello della figlia. La contraddizione nei segnali analogici e verbali di Ester nel qui ed ora della seduta, oltre ai dati che mi vengono riferiti depositano dentro di me la sensazione di trovarmi di fronte agli esiti di un attaccamento disorganizzato nella ragazza. Accanto a prestazioni brillanti infatti vissute in modo piuttosto disinibito mi vengono riferiti aspetti di panico sociale, angoscia intensa e blocco. Le polarizzazioni degli aspetti della personalità fanno supporre la presenza di scissioni come modalità di difesa.

Nel caso della vedova l'omogeneità del quadro fa propendere invece la valutazione per una struttura organizzata con note di dipendenza e depressione.

Dallo stile interpersonale derivato dall'attaccamento alla ricostruzione della storia familiare

Per valutare l'ipotesi circa il funzionamento della personalità, oltre alle prime osservazioni su accennate crisi interrogiamo quindi sul tipo di attaccamento e sulla eventuale disorganizzazione all'interno delle relazioni familiari. Riprendiamo le nostre due storie. Iniziamo da Ester: la ragazza è stata allevata dalla madre che esercita una professione a tempo ridotto come appoggio alle attività del marito. La coppia ha concepito la figlia in un'età adulta dopo un lungo legame, quando avevano finalmente raggiunto condizioni economiche adeguate. Di per sé l'organizzazione esistenziale della coppia sembrerebbe favorire un attaccamento sicuro. Di fronte alla mia ipotesi diagnostica di un attaccamento disorganizzato, mi dovrò quindi interrogare se la madre presenta tratti che rimandano ad un proprio disturbo di personalità, o se eventi traumatici siano intercorsi nella sua vita durante la fase precoce di fisiologica dipendenza di Ester da lei.

Oltre agli aspetti analogici accennati prima, la donna, nel corso della conversazione offre dati che confermano entrambi gli aspetti. Riferisce travagliati trascorsi con la propria famiglia d'origine, concomitanti con la nascita di Ester, trascorsi che mi sono ora raccontati con una veemenza ed un pathos che testimoniano della loro scarsa elaborazione. Il bisogno della signora di comunicare i drammi della sua vita si mescola a riferimenti eccitati ed irrealistici circa le doti eccezionali della figlia nell'area artistica, doti indubbiamente molto enfatizzate. Accenni che richiamano una relazione madre/figlia caratterizzata da polarità drammatiche (Lotti, Farina, 2011).

Durante queste comunicazioni Ester si estrania e il padre racc, non ponendosi mai come un contenitore dell'ansia dilagante della compagna.

La seduta si fa molto difficile per me, che senso il bisogno di entrambe le donne, Ester e la madre, di essere centrali ed ascoltate. Il mio tentativo di dare un turno mi risulta oscuro e in parte insoddisfacente per l'irruenza della madre e l'atteggiamento di Ester, che oscilla tra chiusura ostile e prolissità quando interviene. Ragioneremo poi sui movimenti contrattoriali, che rappresentano un altro criterio valutativo della seduta.

Risulta inoltre che l'accentuarsi del disagio di Ester nella prima adolescenza sia stato connesso ad una riarrivozione della crisi familiare a seguito del ripetersi di vicende traumatiche nella famiglia del padre, analoghe a quelle patite dalla moglie nella propria giovinezza, vicende e conflitti dolorosi che hanno provato l'uomo, ma soprattutto pare abbiano destabilizzato la moglie, esasperata dalla ripetizione nella sua vita familiare di ingiustizie da cui nessuno riesce a difenderla, non i genitori in passato e nel presente neppure il marito.

La dimensione dissociativa, probabile esito di un'arracchiatore disorganizzato, presente nel comportamento della ragazza, viene quindi confermata dai dati oggettivi, dalle coincidenze temporali tra eventi e malattie, dai dati temperamentalni e dall'organizzazione della personalità dei genitori, così come mostrati dalle comunicazioni in seduta.

La fase valutativa si considera conclusa quando l'ipotesi è confermata. Si passa quindi alla "restituzione" nella famiglia di quanto compreso, restituzione che comporta sostanzialmente un processo di condivisione di ciò che è accaduto come probabile spiegazione del disagio, espresso con modalità empathiche, non giudicanti. Logica conseguenza di questo processo ricostruttivo sarà un orientamento del progetto terapeutico.

La fase diagnostica (Selvani, 2008) infatti è strettamente correlata al progetto terapeutico, che viene concepito come una opportunità per suscitare un'esperienza conettiva, mobilizzando le risorse del nucleo familiare e al limite, ove queste si mostrassero insufficienti, le risorse del legame terapeutico individuale.

Nel caso di Ester, il collega (Stefano Cirillo) ed io identificiamo nel padre la possibile risorsa principale e, pur convocando al secondo incontro la coppia genitoriale per evitare che gli inconsci bisogni della madre lasciata a casa lavorino contro il buon esito del trattamento, iniziamo un lavoro con lui per guidarlo a sostenere la figlia con funzioni di holding, al fine di contenere l'angoscia.

Prendiamo questa strada in prima istanza, consapevoli che, oltre agli aspetti difensivi legati alla disorganizzazione, è importante riparare gli aspetti carezzi di chi hanno fatto sperimentare ai pazienti una grave confusione per mancanza di genita e di tutela.

In questo successivo colloquio con i genitori vengo a sapere che i nuclei traumatici agli inizi dell'adolescenza riguardavano anche precoci esposizioni della ragazza a esperienze sessuali, scarsamente misurate rispetto all'età, consumate col benpiaciuto dei genitori, che così pensavano di socializzarla.

Le scarpe col tacco avevano trovato la loro collocazione.

Se invece prendiamo la situazione della donna vedova possiamo ugualmente interrogarcisi sul perché questa persona molto colta e preparata si presenta nella mezza età con una configurazione affettiva impovernita.

La domanda in questione, sfruttando sempre i parametri dell'arracchiatore, ci aiuta a ricostruire la sua storia evolutiva. Un'ogenitoria di genitori anziani, è stata allevata come se appartenesse loro all'interno di un rapporto senza tempo, un eterno presente. Per i genitori guardare al futuro equivaleva a contemplare la propria morte. Lei si era rifugiata in una professione astratta che le occupava la mente. Provava irritazione verso i genitori, ma non se ne discaccava. Sposarsi in età avanzata con un collega di lavoro, aveva fatto della professione razionale uno stile di vita condiviso con lui. Le emozioni erano come bandite, qualcosa di inviabile e appiccicoso che le ricordava i suoi genitori. Il triste ossessivo aiutava a tenere ai margini della propria vita ciò che era emotivo. Il rapporto col compagno, molto impegnato a propria volta nel medesimo ambito, aveva poco scambiato il suo stile di vita, ma la lunga abitudine alla sua quieta presenza aveva ammorbidito la solitudine e fatto sviluppare una dipendenza che ora la morte aveva spezzato. Aveva questa radice la rabbia per la perdita, rabbia che rendeva più difficile l'elaborazione del tutto.

Le modalità difensive specifiche della personalità di ciascuno

Davanti ad ogni persona il terapeuta deve esser sempre pronto a ritenere che il suo interlocutore è difficilmente inquadrabile entro limiti precisi, e che il suo sforzo di conoscerlo, e in qualche modo di classificarlo, cozza sempre contro la squisita individualità della persona e del suo specifico assetto.

Seguiamo i pensieri del terapeuta nel tentativo di aiutare la famiglia di Ester. Ester alla fine della prima seduta, quando tentiamo di darle ragione del suo malessere e di quello dei suoi, puntualmente butta all'aria le carte del mio programma, rifiutando radicalmente il mio sforzo di aiutarla a mentalizzare.

L'ipotesi che le propongo sulla genesi trigerazionale del suo disagio la indisponne e la infuria. Si ribella ad essere letta come un soggetto che paga un prezzo perché influenzata da eventi che non può controllare. La fragile difesa narcisistica a cui si attacca per non soccombere vacilla. Rifiuta di essere figlia, vorrebbe essere capace di fare almeno dei genitori.

ri, è ossessionata dal pensiero di trovarsi un lavoro per andarsene, ma non riesce neppure ad entrare in un bar a offrirsi come cameriera. Il mio tentativo di confortarla perché accetti d'essere accompagnata per un piccolo tratto dai genitori non sortisce grandi effetti. Il conflitto tra dipendenza e autonomia sembra dilaniarla: la sua forte spinta a separarsi non riesce a fare i conti con le sue scarse risorse di sicurezza. Questa ambivalenza, che conferma l'ipotesi della disorganizzazione dell'attaccamento, è il problema. Proprio il mio proponermi terapeuta porta alla luce il tema narcisistico, celato sotto lo pseudo adattamento mostrato in seduta.

È per questo che vengono quindi convocati i soli genitori alla seduta successiva, dove le esigenze più primitive di contenimento verranno affidate al padre. Perché l'angoscia e la furia per ora impediscono il processo di mentalizzazione nella ragazza. Si profila qui un ulteriore problema, riguardante la difficoltà di trattenere la madre ai margini della gestione delle crisi della figlia e di prevenire le sue involontarie mosse destabilizzanti. Fino ad ora infatti pare evidente il suo ipercoinvolgimento. La sua impulsività sarà un ostacolo, nonostante le sue indubbi buone intenzioni.

Per fortuna il padre di Ester non si sottrae al compito che gli proponevamo: è facilmente reperibile per la figlia, che in un tempo breve inizia effettivamente ad appoggiarsi a lui con una modalità sì estremamente infantile, ma più realistica rispetto alla falsa autonomia. Piange molto con lui, gli telefona numerose volte al giorno, trascorre ore in ufficio da lui, accetta di rinviare il progetto di andar a vivere per conto proprio. L'uomo regge la presa in carico, mi scrive e-mail di aggiornamento da cui si evince che Ester si sta calmando un poco ed appare meno angosciata. Pare anzi che abbia "segretamente" iniziato a frequentare più assiduamente il proprio terapeuta.

Mentre mi rilasso per le buone notizie, noto un fatto che mi colpisce: la lunga e-mail del padre su Ester inizia chiamandomi per nome, pur conservando la terza persona, cosa che i pazienti non fanno mai con me. È una condotta inconsueta di parificazione del rapporto che mi mette all'erta.

Ne parlo in équipe con Cirillo, il quale osserva che ho proposto io stessa questa modalità chiamando per nome, anziché per cognome, il padre di Ester. Pur contemplando l'ipotesi di esser stata poco chiara sulla natura ravvicinata, ma asimmetrica della relazione, mi sento comunque a disagio, come in presenza di una mossa seduttiva, ragione per cui mi conformo il fatto di non aver scisso la coppia coniugale, offrendo sedute individuali a ciascun coniuge, come siamo a volte portati a fare.

Come si vede, il dispiegarsi, nelle sedute successive alla consultazione, delle modalità di relazione di ciascuno dei membri di una famiglia, mi aiuta a mettere a fuoco la loro specificità individuale. Per "modalità di relazione" intendo il frutto degli atteggiamenti difensivi che la persona ha sviluppato nel corso della sua vita, modalità nate precocemente con finalità riparative dalla sofferenza, ma che possono essere diventate disfunzionali in fasi successive della vita.

Ad esempio, il desiderio di Ester di prendere le distanze da una situazione familiare turbativa le è stato utile nello sviluppo, ma diviene fallimentare se rappresenta una "fuga in avanti" che non ha la forza di sostenere. Essere sottilmente complice e seduttivo con una figura genitoriale, come fa il padre di Ester che ha dovuto competere per l'attenzione, essendo membro di una numerosa e ravvicinata famiglia, può essere stata una condotta adattiva, ma risulta inappropriato e confondente trasferire lo stesso atteggiamento nella vita adulta, ad esempio verso il terapeuta della propria famiglia. Essere come la madre di Ester impulsiva, protestatoria e combattiva da adolescente di fronte ad oggettive ingiustizie, può essere stato legittimo e utile a contrastare un vissuto di vittima impotente. Travolgere l'atmosfera domestica quando sono presenti figli sensibili, che già mostrano difficoltà, per lamentarsi senza tregua, è invece molto meno utile.

Le soluzioni difensive sviluppate in modo traumatico nel corso della crescita infatti, anche quando risultano disfunzionali, tendono ad essere perpetuate. Esse rivelano al terapeuta la natura dei traumi del soggetto ed i suoi bisogni irrisolti, orientando le modalità di conduzione della relazione terapeutica innanzitutto nel senso di una risposta riparativa, e appena possibile di un invito alla riflessione.

Per ciò che riguarda la nostra vedova, poi, è evidente che l'aver investito nel lavoro intellettuale ha rappresentato per lei una grande risorsa, ma aver congelato la propria affermatività per anni ha rappresentato una coartazione. Dover superare questa coartazione sfidando la rabbia per l'involontario abbandono del compagno appare un progetto terapeutico paradossale, ma non irrealistico. Sul piano dei fatti, questo si è concretizzato nell'organizzare un concorso per una borsa di studio dedicata a giovani cervelli. Con questi giovani ha sviluppato poi un rapporto di sostegno e promozione, iniziativa che ricordasse il marito, nella cittadina in cui abitavano.

I vissuti specifici del terapeuta familiare

Come abbiamo visto nel lavoro illustrato fin qui, i vissuti del terapeuta sono una classe di importanti indicatori nel processo valutativo. Percepiti mentre si è immersi nella relazione terapeutica, cogliere l'altro attraverso lo specchio deformante della propria interiorità è una caratteristica del nostro lavoro. Apprezzeremmo molto che il nostro specchio interiore non fosse troppo deformante, e facciamo molti sforzi per renderlo sufficientemente affidabile, in particolare attraverso il continuo confronto con l'équipe. Tuttavia, presto o tardi dobbiamo accontentarci ed imparare ad usarlo così com'è, correggendone gli errori di "riflessione". D'altra parte in nessun altro luogo se non in noi stessi, nella nostra interiorità, come dicono agli allievi (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2011), conosciamo profondamente i nostri interlocutori.

Sul contrortranserto si è molto pubblicato in ambito psicodinamico, così che non penso utile dilungarmi. E' mando abitualmente gli allievi alla lettura di manuali quali Benjamin (1996), Gabbard (1994) e Johnson (1994), che riassumono le posizioni più diffuse nelle quali si rispecchia anche la nostra esperienza soggettiva (Selvini, 2008). Vorrei riferire in questa sede solo i vissuti più caratteristici che spettano come terapeuti familiari, vissuti che ci possono orientare sul livello del funzionamento del nucleo familiare nella interazione in seduta. Raramente su questi aspetti più generali il nostro specchio interiore è troppo deformato. Pertanto possiamo trarne utili considerazioni (Cancrini, 1999).

Avvicinare come terapeuta una nuova famiglia è sempre per me un'operazione faticosa che vivo con una certa riluttanza, cosa che non mi succede quando inizio una terapia individuale. Tuttavia, al di là dell'inclinazione a soffermarmi su ciascun individuo, apprezzo molto le indicazioni che mi vengono da uno sguardo d'insieme. Appena entrata in seduta per la fase di consultazione, il mio atteggiamento interiore cambia e a un certo livello "meta' cognitivo" diventa simile a quello di chi si accinge a stringere una matassa. Innanzitutto la dimensione interiore è di *attenzione focalizzata*: se mi muovo impulsivamente, o confusamente è difficile che trovi i capi.

Questa dimensione vigile di valutazione dell'insieme, così come appare nel "groviglio", tirando qualche "filo" per vedere cosa succede. All'attenzione prevalentemente sensibile all'analogico della fase iniziale della seduta si associa cioè un coinvolgimento più attivo, cui seguono

prove ed errori. Queste prove, vissute con una dimensione di curiosità conoscitiva e di disponibilità all'incontro, si orientano in più direzioni, verso ciascun membro della famiglia per conoscerlo nelle sue risorse, ma anche per vedere la natura dei vincoli che il funzionamento di ciascuno impone a sé stesso e agli altri. A volte, durante queste prove, appaiono infatti "grovigli" individuali, che occorre allungare per poter procedere. "Allargate" vuol dire concentrarsi sulla storia della persona nei suoi rapporti di crescita sulle sue aspettative, deluse e sui suoi bisogni insoddisfatti, per dare a noi stessi, a lui e ai suoi una ragione, e un senso del particolare "groviglio" che egli rappresenta. Questi passaggi individuali, in presenza degli altri membri, mostrano la capacità dei presenti di sinottizzarsi o meno con le vicende del soggetto su cui il terapeuta è concentrato. Questo momento permette ulteriori osservazioni: per tornare alla nostra metafora, mentre cerco di sbrogliare un nodo posso sentire che sono impedita nel farlo da resistenze in altre parti della "matassa". L'empatia per la storia triste di una madre, ad esempio, che si è trovata confrontata con una grave malattia, può suscitare un'irritazione del figlio che, abituato ad essere centrale coi propri problemi, può mal tollerare di perdere l'attenzione del terapeuta. Il terapeuta si trova quindi ad essere coinvolto su due fronti: il movimento empatico verso la madre, e la fastidiosa interferenza della reattività immatura del ragazzo. Deve scegliere cosa è più urgente elaborare in quel momento specifico, quale "groviglio" affrontare per primo: orientandosi ad esempio verso il figlio e i suoi bisogni di centralità, attualmente nella seduta, mettendo quindi in secondo piano il movimento empatico verso la madre, oppure al contrario, applicare un contenimento proprio nel non lasciarsi deviare dalla sua attenzione verso la madre, frustrando quindi l'insorgenza del ragazzo, e provando magari a risolverla più avanti con un'interpretazione in forma empatica o provocatoria, attraverso ad esempio una battuta sulla sua natura di "principi-pedi sangue".

La dimensione di attenzione e di calma concentrazione sulle proprie osservazioni, guida il terapeuta a muoversi per tentativi ed errori, nel-lesaminare l'intrico della "matassa", riservando uno spazio a ciascuno e privilegiando l'ordine con cui i vincoli emotivi appaiono mentre è in atto il lavoro terapeutico di "dipanamento". I movimenti emotivi interni al terapeuta si debbono strutturare in un ordine di priorità, propria di ogni seduta.

Diversi sono i tempi della fase di consultazione rispetto a quelli di una seduta più avanzata. Inizialmente siamo concentrati sul funzionamento del paziente e sulle sue relazioni con i genitori, poi consideriamo la sua

conoscitiva e di disponibilità all'incontro, si orientano in più direzioni, verso ciascun membro della famiglia per conoscerlo nelle sue risorse, ma anche per vedere la natura dei vincoli che il funzionamento di ciascuno impone a sé stesso e agli altri. A volte, durante queste prove, appaiono infatti "grovigli" individuali, che occorre allungare per poter procedere. "Allargate" vuol dire concentrarsi sulla storia della persona nei suoi rapporti di crescita sulle sue aspettative, deluse e sui suoi bisogni insoddisfatti, per dare a noi stessi, a lui e ai suoi una ragione, e un senso del particolare "groviglio" che egli rappresenta. Questi passaggi individuali, in presenza degli altri membri, mostrano la capacità dei presenti di sinottizzarsi o meno con le vicende del soggetto su cui il terapeuta è concentrato. Questo momento permette ulteriori osservazioni: per tornare alla nostra metafora, mentre cerco di sbrogliare un nodo posso sentire che sono impedita nel farlo da resistenze in altre parti della "matassa". L'empatia per la storia triste di una madre, ad esempio, che si è trovata confrontata con una grave malattia, può suscitare un'irritazione del figlio che, abituato ad essere centrale coi propri problemi, può mal tollerare di perdere l'attenzione del terapeuta. Il terapeuta si trova quindi ad essere coinvolto su due fronti: il movimento empatico verso la madre, e la fastidiosa interferenza della reattività immatura del ragazzo. Deve scegliere cosa è più urgente elaborare in quel momento specifico, quale "groviglio" affrontare per primo: orientandosi ad esempio verso il figlio e i suoi bisogni di centralità, attualmente nella seduta, mettendo quindi in secondo piano il movimento empatico verso la madre, oppure al contrario, applicare un contenimento proprio nel non lasciarsi deviare dalla sua attenzione verso la madre, frustrando quindi l'insorgenza del ragazzo, e provando magari a risolverla più avanti con un'interpretazione in forma empatica o provocatoria, attraverso ad esempio una battuta sulla sua natura di "principi-pedi sangue".

La dimensione di attenzione e di calma concentrazione sulle proprie osservazioni, guida il terapeuta a muoversi per tentativi ed errori, nel-lesaminare l'intrico della "matassa", riservando uno spazio a ciascuno e privilegiando l'ordine con cui i vincoli emotivi appaiono mentre è in atto il lavoro terapeutico di "dipanamento". I movimenti emotivi interni al terapeuta si debbono strutturare in un ordine di priorità, propria di ogni seduta.

Diversi sono i tempi della fase di consultazione rispetto a quelli di una seduta più avanzata. Inizialmente siamo concentrati sul funzionamento del paziente e sulle sue relazioni con i genitori, poi consideriamo la sua

Posizione nella fratria e la posizione di ciascun figlio verso i genitori, infine pensiamo alla relazione di coppia ed ai risvolti di ciascun coniuge come persona, sia in rapporto alla sua storia nella famiglia d'origine che nell'attualità delle modalità coniugali e genitoriali. Mentre vengono via via esplorati i singoli temi, il terapeuta mette a fuoco il funzionamento di ciascun membro e contemporaneamente le relazioni degli altri alle sue sottolineature, perfezionando la conoscenza dell'interazione familiare e della personalità dei singoli.

Piano piano "la matassa" mostra i suoi intrecci vincolanti e permette un progetto che mira a scioglierli.

Quando sento di aver capito, so anche cosa fare. In questo caso non provo più tensione e sperimento soddisfazione e sicurezza, vissuto che permette caratterizza la fine della fase di consultazione.

RIASSUNTO

Nel presente lavoro, l'autrice descrive il proprio processo mentale nella prea in carico di pazienti al fine di offrire una traccia ai colleghi più giovani sulle molte vie con cui arriva ad una ipotesi diagnostica volta ad impostare il trattamento. L'incontro terapeutico è descritto nello proprio matrix interoggettiva dove le due persone si mettono a fuoco l'un l'altro. Tale processo per il terapeuta passa da più livelli di analisi che possono descrivere come attenzione agli aspetti analogici della comunicazione, allo stile interpersonale legato alle modalità di attaccamento espresso, alla storia familiare e personale. I casi clinici fanno da esemplificazione di quanto illustrato con attenzione alle varie bilibili trasferibili.

Parole chiave: interoggettività, valutazione diagnostica, linguaggio analogico, stile interpersonale e difese, acciaimento e storia familiare, risvolti del terapista.

SUMMARY

In the present study the author describes her own mental process occurring during taking charge of patient in order to provide guidance to younger colleagues on formulating the appropriate diagnostic hypotheses for treatment.

The encounter between therapist and patient is described in its interobjective matrix where two people focus on each other.

For the therapist this process goes through several levels of analysis, which can be described as attention to analogical aspects of communication, to interpersonal style

connected to the attachment patterns experienced and to the family and personal history. This process is illustrated by clinical case presentations stressing underlining transference feelings.

Key words: analogical language, interpersonal style and defenses, carrying on and family history, therapist's feelings.

BIBLIOGRAFIA

- Bareson G. (1972). *Verso un'etologia della malattia* (trad. it.: Milano: Adelphi, 1976).
- Benjamin S.L. (1996). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità* (trad. it... Roma: LAS, 1999).
- Berini R., Sorrentino A.M. (2011). I colloqui di presa in carico nella terapia individuale e sistematica. *Terapia Familiare*, 95: 5-17.
- Boszormenyi-Nagy J., Spark G. (1973). *Lealtà invisibili* (trad. it.: Roma: Astroabio, 1988).
- Cancini L. (1999). *La luna nel pozzo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo S., Selvini S., Sorrentino A.M. (2011). Coinvolgimento delle famiglie di origine ed esperienze gruppali di comunicazione: non verbale nel percorso di formazione alla psicoterapia. In: Canevaro A., Ackerman A. (a cura di) (in corso di pubblicazione), *Incontro e collaborazione con le famiglie degli pazienti operativi: formazione*. Roma: Bollati Boringhieri.
- Gabbard G.O. (1994). *Psichiatria psicoanalitica* (trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 1996).
- Johnson S. (1994). *Sigli caratteriali*. Crisalide: Latina, 2004.
- Liori G., Parma B. (2011). *Siniluppi drammatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione associativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini M. (1993). Psicosi e misconoscimento della realtà. *Terapia Familiare*, 41: 45-56.
- Selvini M. (2007). Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistematica. *Terapia Familiare*, 84: 9-29.
- Selvini M. (2008). Undici tipi di personalità. *Ecologia della mente*, 31.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo M., Cecchin G., Prata G. (1980). Ipotizzazione circolariità neurale. *Terapia Familiare*, 7: 7-19.
- Sorrentino A.M. (1999). Il problema della diagnosi in terapia familiare. *Comunicazioni*, 5, III.
- Stern D.N. (2004). *Il momento prezioso* (trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- Viazzo M., Barile I., Beghin C., Germani M., Giuliano R., Nemes A., Zanella M. (2011). Formazione e identità sistemiche. *Terapia Familiare*, 96, luglio: 5-24.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana* (trad. it.: Roma: Astrolabio, 1977).