

IL TANDEM TERAPEUTICO : l'allenamento in terapia familiare

Maria Montanaro, Fabrizio Rizzi

IL CONTESTO.

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

Quest'ultima è specificatamente prevista dai LEA (Livelli Essenziali Assistenza) delle Unità Operative di Psicologia Clinica dell'APSS: viene riconosciuta in tal modo l'importanza dell'intervento sistemico e la possibilità di poterlo richiedere ed usufruirne anche all'interno di un servizio sanitario pubblico, fatto piuttosto raro perlomeno qui in Italia.

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

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

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

Tuttavia con la stessa frequenza accade che vicino alla paziente non richiedente ci siano due genitori molto preoccupati e/o spaventati. Ma per i quali spesso non è affatto scontato e pacifico pensare che sia il sistema familiare intero ad avere bisogno di cure. E che talvolta movimentano assai per ricollocare sulla figlia la designazione di unica persona malata. Particolare attenzione va anche prestata ai membri della fratria fra i quali non è affatto raro riscontrare la presenza di sintomi o veri e propri disturbi psichici che vanno comunque decodificati e letti all'interno di un'ottica familiare. I genitori spesso appaiono in totale balia del potere che la figlia esercita nei loro confronti tramite il suo rapporto patologico con il cibo. Oppure si dimostrano pieni di rabbia verso una figlia che per seguire la moda , ha deciso di non mangiare più o di abbuffarsi per poi vomitare.

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

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

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

La frase d'esordio con cui si apre una prima seduta familiare può suonare dunque così: “Facciamo la terapia della famiglia ... per avere la vostra collaborazione , sia per capire come e perché vostra

figlia sta male, sia per contare anche sulle vostre risorse per tirarla fuori dalla sua sofferenza.” (Selvini Palazzoli et al. , 1998, pag.107).

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

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

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

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

LA CO-TERAPIA.

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

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

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

La nostra collaborazione, iniziata nell’autunno del 2007, prosegue tutt’ora ed è stata per noi terapeuti così appagante ed arricchente da far nascere l’esigenza di mettere per iscritto alcune riflessioni su ciò che mi è venuto spontaneo definire come “il tandem terapeutico”.

SUL TANDEM TERAPEUTICO : LEI .

Il tandem è un mezzo di locomozione a impatto ambientale zero che permette di muoversi a condizione di non farlo da soli. Infatti se si vuole andare in tandem è necessario trovare un compagno con cui condividere il percorso. Questo tipo di pedalata obbliga ad una comunicazione

costante e chiara con il compagno al fine di evitare perdite di equilibrio e cadute più o meno rovinose. La sincronia del movimento necessita di allenamento, affiatamento ed alcune abilità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Heiddeger sostiene che l’etica “*nomina la regione aperta dove abita l’uomo*”: dunque essa definisce il modo in cui l’individuo “sta” nel mondo e il suo agire morale in relazione agli altri (Dasein cioè esser-ci). La condotta etica dunque intesa come la condotta morale del singolo in quanto parte della comunità, è per definizione “sistemica”.

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

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

Il nostro modello di lavoro si articola in due momenti :

- 1) il percorso di Assessment
- 2) la psicoterapia familiare

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

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

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

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

SUL TANDEM TERAPEUTICO : LUI.

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

Immagino che esistano anche delle ottusità cognitive, gestaltiste, costruttiviste e, ovviamente, anche sistemiche. Ma quella che io conosco meglio è l’ottusa miopia psicoanalitica che, lo posso garantire, a volte raggiunge una cecità totale e soprattutto masochista, trattandosi in tal caso di un difetto di vista del tutto volontario proprio in colui che crede di avere l’occhio più acuto. Parafrasando il noto proverbio sul sordo, direi che non c’è peggior cieco di uno psicoanalista che crede di vedere in profondità perché ha indossato occhiali firmati marca Original-Freud. Avendo frequentato a lungo negli anni giovanili ben due diverse scuole di specializzazione psicoanalitiche con annessi e connessi (supervisioni-seminari-convegni-corsi di approfondimento), sono stato salvato - oltre che dalla mia attrazione per l’altro da me - dai tantissimi pazienti visti in anni di lavoro clinico. Sono stati loro a vaccinarli, inoculandomi quegli anticorpi che permettono di non

scivolare dalla giusta e necessaria formazione ad una de-formazione che sa tanto da rassicurante (?) prigione ideologico-teorica. Sono stati i pazienti a farmi capire che la sola dimensione intrapsichica spiega ed illumina solo una parte della complessità di un fenomeno psichico e/o psicopatologico. Vedendo per anni molti adolescenti ed occupandomi di alcuni genitori dei bambini in carico ad una collega psicoterapeuta dell'età evolutiva, per non voler autoacceccarmi sono stato costretto a prendere in considerazione "de facto" le relazioni familiari ed i contesti relazionali allargati. Alla dimensione verticale (il palombaro psicoanalitico che scende giù nel profondo della mente del paziente e dei suoi abissi inconsci) mi è così venuto spontaneo affiancare la dimensione orizzontale. Quindi non solo il palombaro che scende giù molto in profondità per trovare il relitto da recuperare, ma l'esploratore marino che si fa pesce per capire in che ecosistema acquatico si trova a nuotare, con le sue regole, gerarchie e territori specie-specifici. Oggi riesco a muovermi nelle due dimensioni verticale/orizzontale, a volte privilegiando l'una a volte l'altra, a seconda delle correnti in cui la realtà clinica ci porta a nuotare.

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

Ed eccoci quindi a pedalare insieme su un tandem terapeutico.

Come lavoriamo, come ciclo- viaggiamo ?

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

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

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

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

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

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

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

Queste escursioni in tandem mi hanno così arricchito e stimolato (regalandomi, ad oltre 50 anni anagrafici e 30 di lavoro, una specie di entusiasmante seconda giovinezza professionale) che a volte mi permetto anche improvvisazioni creative che la mia compagna di viaggio accetta ed a cui anche partecipa con grande disponibilità. Una di queste improvvisazioni parzialmente strutturate (e quindi libere ma non anarchiche, come avviene nel jazz) è quella situazione che io chiamo “cucina aperta”. Nel senso che richiama quei ristoranti che – grazie a vetrate od a collocazioni addirittura centrali in sala pranzo – permettono ai commensali a tavola di vedere chi e come e che cosa c’è in cucina. In sostanza in pochi e selezionati casi, domandando ovviamente alla mia collega, ad un certo punto – senza chiedere il *time-out* e senza andare nella stanza di là dietro lo specchio

unidirezionale – mi metto a parlare con la collega di ciò che penso stia accadendo e di cosa si potrebbe o dovrebbe fare per procedere. Lì, direttamente davanti alla famiglia che ci ascolta parola per parola. E' chiaro che non mi esprimo (non ci esprimiamo entrambi) esattamente nello stesso modo in cui faremmo se fossimo di la dello specchio. Ma è anche chiaro che diciamo qualcosa che spesso ai pazienti non si dice. Per esempio, il dubbio e l'incertezza. Oppure il confronto tra i due coterapeuti su come ognuno sente il "clima" in quella seduta od in quel momento topico.

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

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

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

UN CASO CLINICO

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

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

ambulatoriali che sembrano solo un alibi utile a camuffare un suicidio non dichiarato ma agito lentamente, con un goccia a goccia quotidiano.

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

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

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

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

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