

# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Emozioni “enattive”**

volume 4/2011

***Direttore Responsabile***

Antonio Restori

***Direttore Scientifico***

Mirco Moroni

***Coordinamento redazionale***

Gabriele Moi

***Redazione:*** Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Alessia Ravasini, Valentina Nucera, Gianandrea Borelli, Francesca Giacobbi, Monica Premoli, Gianfranco Bruschi

***Comitato Scientifico:***

Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Pietro Pellegrini (Parma), Gwyn Daniel (Londra), Vincent Kenny (Dublino), Valeria Ugazio (Milano), Giovanni Liotti (Roma), Giacomo Rizzolatti (Parma), Lucia Giustina (Novara), Vittorio Gallese (Parma), Camillo Loredò (Roma).

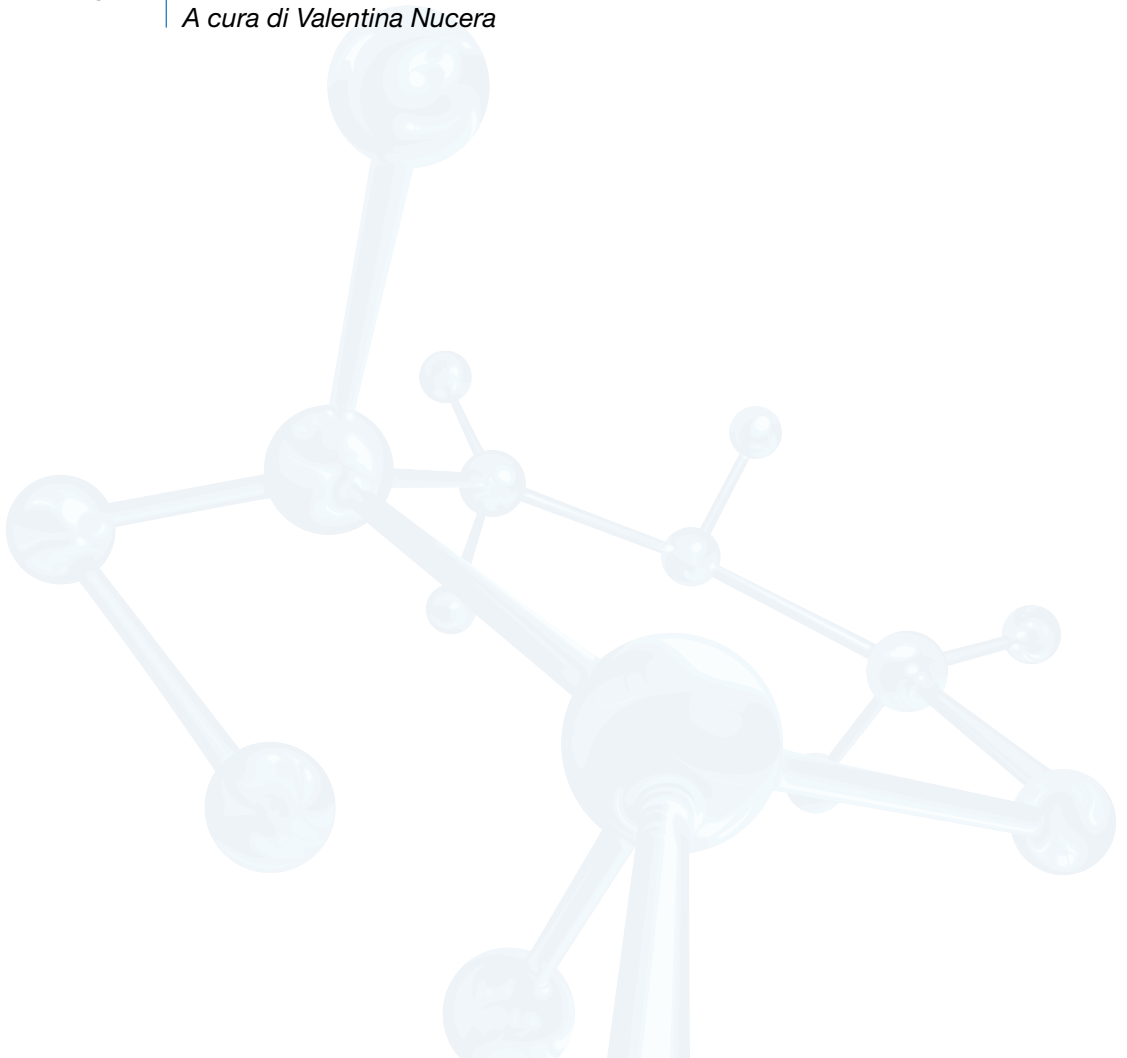
***Segreteria organizzativa:***

Barbara Branchi



## Indice

- pag. 5 | **Oltre il concetto di empatia**  
*Mirco Moroni*
- pag. 17 | **La chiusura dei percorsi**  
*Alessia Ravasini*
- pag. 31 | **Intersoggettività e regolazione emotiva**  
*M. Dossena, S. Deolmi, E. Di Nuzzo.*
- pag. 49 | **Premesse, connessioni, emozioni nel lavoro terapeutico con disturbi alimentari**  
*G.Ghiretti, R. Ferrari, E De Ranieri*
- pag. 71 | **“La dimensione della solitudine nella relazione terapeutica”**  
*B. Colombari*
- pag. 78 | **Recensioni**  
*A cura di Valentina Nucera*





# Oltre il concetto di empatia

Mirco Moroni, Direttore Scientifico Idipsi

## Sommario

Attraverso la Tecnica dello Scarabocchio, proposta negli anni '60 da D. Winnicott, prende forma una terapia con un bambino affetto da tic psicogeno, capace di connettere le figure parentali significative presenti nel suo mondo interno. L'utilizzo del disegno fa emergere interessanti spunti di riflessione condivisibili con la famiglia del bambino. Questo metodo di lavoro può favorire l'emergere di aumentate competenze relazionali ed affettive nel sistema familiare.

**Parole chiave:** terapia focale, attaccamento, narrazione

## Summary

*Through the technique of Scribble, proposed in the '60s by D. Winnicott, takes the form therapy with a child suffering from psychogenic tics, which can link these significant parental figures in his inner world. The use of the design reveals interesting insights can be shared with the child's family. This method of work may encourage the emergence of increased emotional and relational skills in the family system.*

**Key words:** focal therapy, attachment, narrative

**Alessandro**

*Una terapia focale in sette sedute.....*

Bion (1985) ha attribuito lo sviluppo emozionale del bambino al concetto di reverie materna, cioè alla capacità della madre di immaginare i bisogni del suo bambino. Ma secondo Bion, il destino umano è dato alla fine dalla capacità del bambino di fare fronte alla realtà ed alle frustrazioni e ammette che tale capacità è istintiva (istinto di vita). Inoltre, il bambino è considerato competente già alla nascita perchè esprime atti comunicativi, interazioni sociali e partecipa agli scambi con coloro che lo accudiscono e non solo con la madre. Nel caso clinico che desidero presentare emergono chiaramente due posizioni relazionali che si collocano al di là di un concetto classico di empatia. la Tecnica dello Scarabocchio, permette di evocare aspetti caratteristici dell'intersoggettività riferiti sia alla relazione terapeutica che alla complessità delle dinamiche familiari.

Alessandro è un bambino di otto anni. Soffre di un tic psicogeno: un movimento rapido in avanti della mano destra, quasi a voler toccare qualcosa davanti a sé, seguito da un improvviso e altrettanto rapido ritiro e, un po' meno compulsivamente, un ripiegamento del collo fra le spalle, come fanno le tartarughe quando "ritirano" la testa nel carapace. Si presenta alla consultazione accompagnato dai due genitori che descrivono il problema: dal giorno del suo compleanno, un mese fa, il tic, già presente, ma meno ricorrente, è divenuto costante nel corso di tutta la giornata. Alessandro viene descritto come un bambino diligente, con buoni risultati scolastici ( ha iniziato la terza classe). La famiglia vive in una casa di campagna ed è composta, oltre che dai presenti, anche dalla nonna materna che è venuta a vivere

con loro dopo la morte, avvenuta un anno e mezzo fa, del marito.

Entrambi i genitori lavorano come impiegati. La narrazione è sostenuta prevalentemente dalla madre, mentre il padre rimane più silenzioso. Alessandro, a conclusione di questo primo incontro di presentazione guarda entrambi i genitori e fra un tic e l'altro , con aria da bravo ragazzino dice..... " Mi dispiace proprio per questo tic che preoccupa i miei genitori. Vorrei che se ne andasse..."

Alessandro assomiglia fisicamente al padre: un viso rotondo e una struttura fisica solida e robusta, per l'età, seppure con un incedere un po' goffo, dovuto probabilmente alla presenza del tic.

Concordo una prima fase di valutazione in cui vedrò A. da solo per tre sedute e, a seguire, una prima restituzione ai genitori.

### **Una casa piena di pericoli**

Al primo appuntamento A. si siede al tavolo davanti a me. Propongo il gioco degli scarabocchi ideato da Winnicott.

Inizio io, disegnando un piccolo cerchio; A lo completa con tronco braccia e gambe: è un bambino, dice, e prosegue disegnando, sempre in modo stilizzato, un omino, il papà, cui fa indossare un paio di mutande perché, dice, si sta vestendo ed è in camera, davanti a un comò con specchiera ( disegni 1,2,3).

A seguire disegna, all'altro lato del bambino, la mamma (4), con una grande gonna.

Sai, dice, il mio vicino ha un cane (5) con gli occhi azzurri: è molto disubbidiente e abbaia e forse potrebbe mordere qualcuno, dice mia mamma. Il giorno del compleanno ho detto ai miei amici che dovevano stare attenti!

Ma ha morso qualcuno? No, risponde, però non si sa mai.....

Disegno un guinzaglio (6) che va dalla mano del bambino al collare del cane dicendo.... "eccolo sistemato, adesso obbedirà...."

Penso, fra me e me, che a stare davanti a un estraneo ci si può sentire in mutande e che anch'io, come il cane del vicino, ho gli occhi azzurri.

Sai, dice, ho anche una gatta: Birba (7). Anche lei è disubbidiente e cerca di andare a mangiare i salami appesi in cantina (8). La disegna, con i salami appesi.....

E Birba, chiedo, ti piace?

Sì, ma....però tu non dirlo a mia mamma.

Certo, dico, cosa è successo?

Mia mamma mi aveva detto di non toccare la Birba, che a toccare i gatti vengono le malattie...

E tu l'hai toccata?

Sì, dice allungando e ritraendo compulsivamente la mano del tic, ma poi mi è venuta la febbre....

Ho capito, dico, una cosa come questa ..e disegno in una nuvoletta una mano (8) che sta sopra la gatta Birba..e mentre lui accenna di sì col capo, dico, bene allora chiamiamo una ambulanza e facendo il suono della sirena disegno una croce rossa. Lui ride e dice che suo zio lavora in ospedale, lì vicino a noi, fa il terapeuta.....

L'associazione che faccio con la mano di Alessandro che si ritrae è immediata, della serie: vorrei accarezzare, ma non posso, vorrei toccare, ma mi ammalo.. e così via.

Penso che quella di A. è.... una casa piena di pericoli.....

A., a questo punto, riguarda tutto il disegno e dice che bisogna preparare i vestiti per suo padre che, ride, è rimasto in mutande. Provedo a disegnare gli indumenti (9) e appena ho finito A. mi parla di altri animali pericolosi:.... le galline.

Disegna una gallina enorme (10). È perico-

losa perché, dice la mamma, con un colpo di becco ti potrebbe anche cavare un occhio...e poi le galline rubano.

Rubano? Come la gatta?

Certo, dice, loro rubano l'uva..

E come si fa a proteggere l'uva dalle galline, dico, con un recinto?

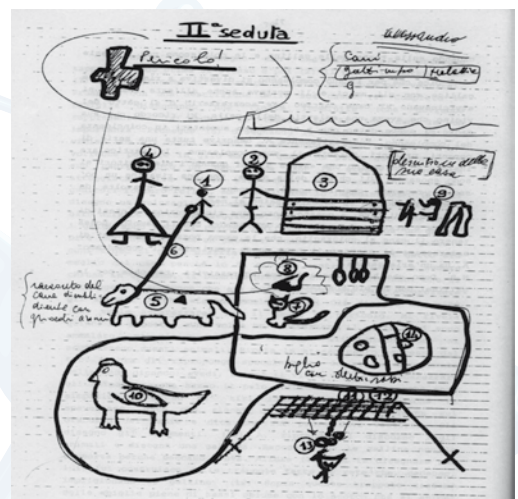
No, dice, ci vuole una trappola!

Disegna un congegno costituito da una rete (11), con pesi ai lati in sospensione (12), nascosta sotto la vite: quando la gallina si avvicina si tira una corda, la rete intrappola la gallina (13) ...

E poi?

Poi, dice, si tira alla gallina la bomba: consiste in un cartoccio pieno di sassi e biglie, avvolto in nastro adesivo (14), così dall'esterno non si vede il contenuto che appare innocuo...ma quando ti colpisce lo senti..... sussurra con un ghigno...

Geniale, commento, non ci avrei mai pensato...e mentre lo dico, congedandolo, quasi non credo alla buona sorte che accompagna certi scambi nelle terapie focali con i bambini, perché, da una buona mezzora, il tic della mano è scomparso ...



## Il nonno Primo e altre morti

Al terzo appuntamento disegno un piccolo cerchio per dare il via al gioco dello scarabocchio.

A . lo completa con un centro e una raggiera: diventa il rosone di una chiesa, quella del funerale del nonno Primo. Io, dice, non ho pianto, allora, perché non volevo spaventare mio cugino.

Sai, anche mia madre ha delle cugine. A una di queste era morto un fratello: ma era morto prima che lei nascesse. E allora non le hanno detto che quello era suo fratello, ma che era un cugino...

Al cimitero , racconta, ci sono le tombe con le date e si capisce che quando è morto lui aveva compiuto un anno , ma lei, la sorella non era ancora nata.....

Penso con sorpresa alla attenzione che A, a soli otto anni, dedica alle date, ai calcoli, ai compleanni e penso che il suo tic si è aggravato dopo il compleanno.

Mi accorgo che guarda da sotto la scrivania le rotelline della mia sedia...La vuoi provare? E' girevole.....Si siede sulla mia sedia e ci scambiamo di posto.

Sai dice, anche il nonno Primo stava in una sedia a rotelle. Io lo spingevo lungo la strada dell'argine e lui mi diceva ".... di, nanè, non mi butterai mica giù dall'argine èhh ?"

E poi, dice cambiando argomento, lo sai che quando eravamo in montagna era caduto un deltaplano? Dicono che era morto...

A me la montagna non piace, racconta, ho le vertigini e non mi piace guardare giù dalla finestra della mansarda della casa delle vacanze in montagna...

Disegno una finestra con sfondo di montagna, ma sono disorientato: non solo la casa, ma anche il resto del mondo è pieno di pericoli...

Mentre sono assorto in questi pensieri mi

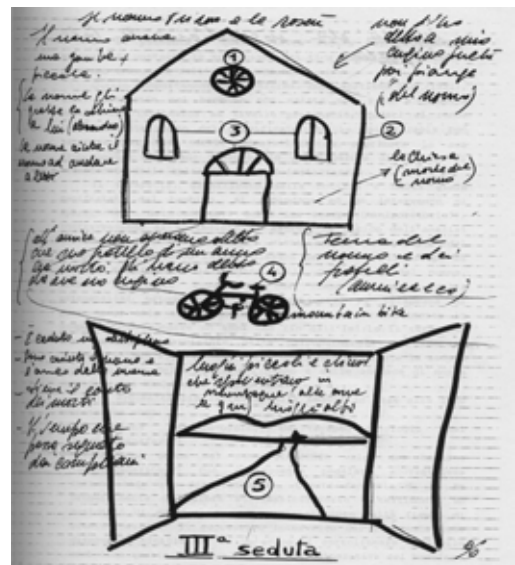
chiede di disegnare una mountain bike : suo zio terapeuta gli ha detto che deve andare in bicicletta perché ha un ginocchio valgo..

Lo sai , dice, che il nonno Primo aveva una gamba più piccola dell'altra?

Cosa era successo, chiedo....

Il nonno Primo si era fatto male cadendo da una gru, quando lavorava... per quello era in carrozzella.

Capisco solo allora, al momento di salutarci, la paura dei luoghi alti e le vertigini...



## Nidi, uova, letti....

La quarta seduta inizia con la richiesta di Alessandro di disegnare la stanza in cui siamo. In particolare è attratto da un quadro appeso al muro che riproduce un disegno fatto da bambini della scuola dell'infanzia: un prato con fiori e due uccelli che volano. Gli uccelli sono eseguiti con pennellate color rosa e per la verità non sembrano uccelli, ma angeli o fantasmi che volano. Cosa sono? Passerotti, dico. Io ho le cocorite nella gabbia. Gliela disegno. Hanno anche un nido, dice, con una porticina che si apre....Sai, io ho aperto la porticina sotto e sono cadute



due uova, si sono rotte....( disegno 2, 3,4)  
Penso, fra me e me, che le cocorite nelle uova son morte prima di nascere, un tema che inquieta Alessandro, come , del resto, quello delle cadute dall'alto. Non so cosa dire, se non che le cocorite ne faranno altre di uova....

Mi chiede di disegnare la pianta che sta accanto alla porta, poi dice che la gatta Birba ha fatto i gattini e che ha un acquario con molti pesci. Penso che queste nascite sono in qualche modo riparative degli incidenti con le uova delle cocorite.

Riprende il tema delle uova e disegna un pollaio. Una gallina sale per la scaletta ( disegno 7) e dice, nel fumetto che disegniamo. " ...mi vado a riscaldare..." . Sono sorpreso perché disegna una cassetta con le uova nel pollaio e un uovo da cui sta per uscire un pulcino ( dis. 9).

Penso al fatto che le galline spaventano un po' Alessandro, perché hanno il becco e nella seduta precedente erano state oggetto delle sue strategie di "attacco": intrappolate, colpite con una "bomba" costituita da sassi avvolti nel nastro adesivo. Ora la gallina va al calduccio nel suo pollaio.... Penso che la "bomba" di Alessandro e le uova hanno una doppia valenza: la bomba è un uovo di morte, le uova che si schiudono sono uova di vita.

Io vado a raccogliere le uova nel pollaio con la nonna Rosèn, dice, la moglie del nonno Primo, che adesso vive da loro. Io dormo con lei, dice, e nel lettone parliamo dei paesi lontani e guardiamo il mappamondo che sta sul comò.....Io le dico le capitali. Sai, dice, quando c'era il nonno Primo la nonna lo aiutava ad andare a letto: si inginocchiava sul letto, lo prendeva così, da dietro (imita la postura del nonno Primo afferrato sotto le ascelle da dietro e trascinato dalla carroz-

zella sul letto). Realizzo, in una improvvisa illuminazione, che il suo tic , costituito dal ripiegamento del collo fra le spalle, è l'esatta imitazione, sceneggiata qui in "diretta", del nonno Primo trascinato sul lettone dalla nonna Rosèn. Sai, dice , la nonna mi gratta la schiena come faceva col nonno e a me piace molto.....

Alessandro dorme accanto alla nonna e... ha preso il posto che era del nonno Primo: il posto del morto, penso...

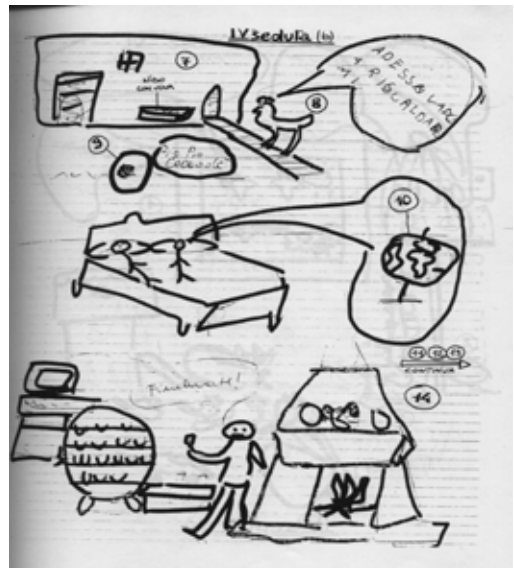
Prosegue raccontando che nella sua casa ha una piccola taverna. Il babbo la sera scende in taverna e si fa un goccetto..La mamma dice che bere fa malissimo, ma al babbo piace....Io penso che in quella casa tutto è pericoloso.

Il discorso cambia ancora, adesso Alessandro racconta che ha costruito un pupazzo di neve e con un fumetto gli fa dire "che bel caldo....", perché c'è anche un grande sole.

Penso a questo tema del caldo: la gallina va a riscaldarsi nel pollaio, in un caldo buono. Il pupazzo di neve si scioglie ( muore?) con un caldo cattivo...

Nel corso della seduta temi di vita e di morte si sono succeduti con regolarità: le uova rotte delle cocorite e il pulcino che nasce dall'uovo, i nuovi gattini nati dalla Birba, il nonno Primo morto e lui vivo al suo posto, la gallina che si scalda nel pollaio caldo e il pupazzo che al caldo si squaglia....

Beh, dico fra me e me, se si scioglie si trasforma in acqua e diventa qualcos'altro, tutto si trasforma, tutto scorre , "Panta rei"... e così suggerisco che il pupazzo si trasformi in un laghetto...Chi mettiamo nel laghetto? Le anatre, dice Alessandro. Detto, fatto. E poi? E poi fai una gabbia per riportarci dentro le anatre, se no scappano.....



### L'incontro con la famiglia

Convoco i genitori per un primo incontro di restituzione. Riprendo i temi che sono usciti con Alessandro, le fobie degli animali, dei luoghi alti, le sue preoccupazioni rispetto alla prescrittività della madre. Chiedo notizie del nonno Primo.

Era tanto buono mio padre....dice la madre e comincia a piangere sommessamente. E' stato per 20 anni su una sedia a rotelle in

seguito a un incidente sul lavoro...

La morte risale a due anni fa, ma evidentemente il lutto non è stato elaborato. Penso al verso di una poesia di Ungaretti "..la morte si sconta vivendo". E rifletto su altre esperienze, di altri familiari, conosciuti in passato, relative e gravi disabilità acquisite in età adulta, vissute dalle famiglie come lunghe agonie.

Probabilmente, dice la madre, aveva bevuto un po', ha avuto un capogiro ed è caduto dalla gru.

Capisco un po' di più la preoccupazione di questa signora per il marito che a volte si fa un gocchetto, la paura di luoghi alti, di malattie, incidenti e altre disgrazie annunciate, la normatività, l'apprensione per qualsiasi comportamento considerato "rischioso" di Alessandro.

Alessandro è intelligente e curioso, dico. E la sua curiosità rischia di venire bloccata da una certa iperprotettività. Il padre dice che Alessandro viene alle sedute molto volentieri e che i tic sono regrediti anche se non scomparsi. Costruisce guinzagli di corda per cani immaginari....

Suggerisco di “togliere” Alessandro dal letto della nonna per evitargli di prendere il posto del nonno e di divenire, suo malgrado, il consolatore inconsapevole di un lutto. Al padre suggerisco di andare in giro in bici con Alessandro condividendo qualche piccola avventura con lui.

I genitori recepiscono immediatamente il messaggio e assicurano il loro impegno per risolvere la situazione. Pensavano da tempo a una cameretta nuova. Provvederanno.

### **Stambecchi e gente dalla testa dura che se cade non si fa male**

La quinta seduta si apre con l’annuncio di una gita che farà con il cugino “grande” Nicola e la sua fidanzata Sara al parco del Gran Paradiso a fotografare gli stambecchi.

Disegna uno stambecco. Ne esce uno strano animale, metà gallina e metà stambecco: sembra un animale preistorico, un pollo cornuto. Penso che la parola stambecco contiene la parola “becco” e così forse, si spiega la bizzarria di questo animale quasi mitologico.

Lo sai che gli stambecchi stanno su montagne altissime e non cadono mai?

Sono agilissimi, dico. E poi, dice lui, hanno la testa durissima: si danno delle cornate fortissime senza farsi male. Nicola e Sara, dice, si sposeranno, sono fidanzati. E tu ce l’hai, chiedo, la fidanzata? Sì, dice si chiama Josephine, è francese. E’ qui per quest’anno perché i suoi genitori lavorano in Italia per un periodo e allora è in classe con me.

I miei genitori volevano andare in Cina in viaggio di nozze, quando si sono sposati, ma poi sono nato io e son rimasti a casa. A mio babbo piace la montagna, a mia mamma il mare.....

Lo sai che io ho un cugino della mia età che viene a scuola con me? Si chiama Michele, ha la testa dura come una roccia. Ride. Ti è simpatico? No. Gli darei delle bastonate in testa. Cosa ha fatto di male? Mi prende in giro. Disegno Alessandro arrabbiato con una clava in mano pronto a bastonare Michele. No, dice, con lui ci vuole il martello. Lo disegna, accanto alla testa di Michele con la scritta “DENG !”

Tanto, dice, lui non sente il male....Sai che è capace di saltare da un colonnotta all’altro nel piazzale della chiesa senza cadere? Come lo stambecco, dico io.

Disegniamo il piazzale e il saltatore di colonnotti.

Penso che ammiri molto questo cugino avventuroso e che provi altrettanta invidia per le sue performances.

A scuola, dice, sono più bravo io di lui. E poi lui sull’asse di equilibrio è caduto e io no...

Disegniamo Michele che cade dall’asse di equilibrio e un commento di un osservatore a cui lui fa dire “ Guarda ! Adesso si fa male...”

Propongo di salvare il povero Michele e allora disegniamo un materassino sotto l’asse di equilibrio per attutire la caduta.

L’asse di equilibrio è bassa, ma se cadi da un palazzo basta il materassino a salvarti? Non so, dico, forse è meglio avere anche un paracadute. Disegniamo Michele, appeso a un paracadute, che plana su un materasso.....

Sembra soddisfatto. Continuiamo con le avventure di Michele e lui si sbizzarrisce in invenzioni. Abbiamo tre maestre, uno è un maestro. Una la chiamiamo Gulliver. Michele a scuola non sta attento, si mette i tappi nelle orecchie...Lo disegno.

La maestra lo vede, gli va vicino, lo pren-

de per un orecchio e gli dice “asino con la patente...”. Ride.

E poi sai cosa ha fatto Michele? Ha otturato il WC della scuola con la carta, ha aperto il rubinetto e ha allagato il bagno. Per quello la maestra gli ha detto “asino con la patente”.

Disegno la scena e poi gli chiedo cosa possiamo fare di tuttata quell’acqua...Ci mettiamo delle barchette di carta, dice. E poi passiamo la spugna. Disegno una enorme spugna che assorbe il tutto.

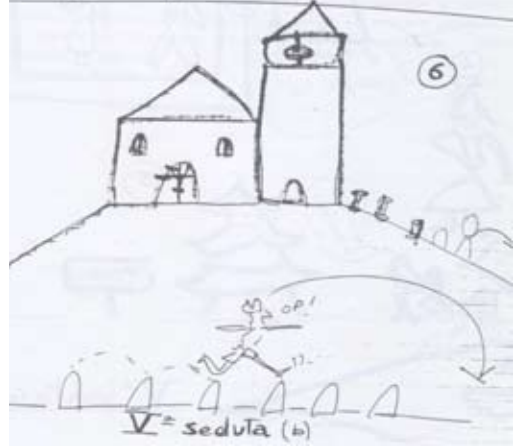
A me, dice, piace l’acqua del mare. Però al mare dice la mamma che ci sono i granchi che ti pizzicano.

Ne disegno uno.

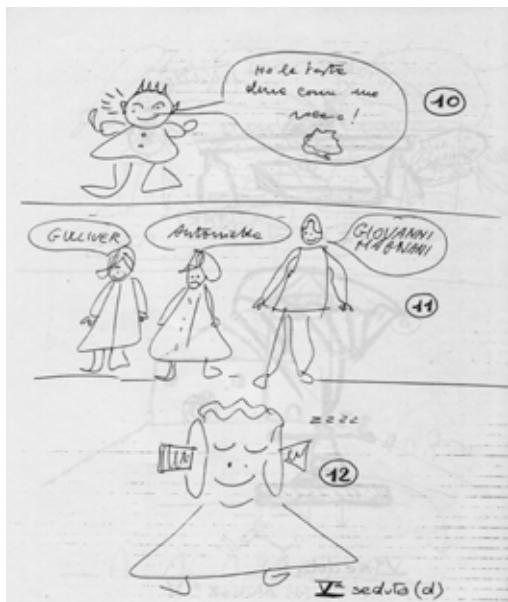
Io al mare vado a pescare col babbo. Me lo ha detto lui che ci andremo. Con una barca che si chiama Carolina. E poi il babbo dice che si trascina una rete e ci restano dentro i pesci...

Provvedo a disegnare , come da richieste di Alessandro, e penso che stanno uscendo molte cose: aggressività, riparazioni, curiosità, sperimentazioni di scene immaginate.....

Con il retino , gli dico, si possono catturare anche i granchi....







### Si può giocare con la paura?

La sesta seduta inizia con la richiesta di Alessandro di disegnare la vecchia casa della nonna. Disegna una vecchia casa di campagna, puntellata ai lati perché vi è pericolo di crolli da quando la nonna non la abita più, così dice la mamma, e così non è prudente andarci a giocare.

Sai, dice, qualcuno la potrebbe anche incendiare.....

E perché dovrebbe farlo, chiedo....Magari senza volere, per sbaglio...

Il papà gli ha comprato, dice, un fuoco di artificio, una girella. La accendi con un fiammifero e la girella gira e fischia...La disegna, con un enorme fiammifero a lato.

Mi appare evidentissimo il conflitto che Alessandro vive fra il desiderio di giocare con i fuochi e la paura di combinare guai.. Subito dopo mi racconta un episodio. La vecchia Giulia è la vicina di casa della nonna. E' una vecchia ubriacona e una volta che aveva bevuto per sbaglio aveva dato fuoco alle balle di paglia e avrebbe potuto bruciare la casa della nonna.

Ecco, penso, dove porta il farsi un gocciotto ogni tanto secondo la mamma di Alessandro: o cadi da una gru o dai fuochi alla casa....

Disegniamo la vecchia Giulia con la bottiglia in mano a fianco della girella, aggiungiamo fiamme copiose e facciamo intervenire i pompieri con un gran getto d'acqua. Ride molto, ma non ha tic....

La casa della nonna, dice, dovrebbe essere messa a posto dai muratori. Disegniamo la casa della nonna rimessa a nuovo, ma c'è ancora un pericolo. La casa della nonna è sul ciglio della strada, passano molte auto e un gatto potrebbe finire sotto le ruote. La morte incombe sempre, mi dico fra me e me, mentre lui disegna un gatto che attraversa la via, ma suggerisco che i gatti sono agili e che il proverbio dice che hanno sette vite.....

Cambiamo argomento e torniamo a parlare del mare, la sua passione.

Mi chiede di disegnare un veliero...E se dovesse affondare, dice, come si fa?

Suggerisco che si può navigare vicino a

riva, sui bassi fondali. Se la nave affonda, dice , mi arrampico sull'albero maestro, che è alto e se la nave affonda resta fuori dall'acqua con la punta. Perfetto, dico e io ti vengo a recuperare con una zattera o una barchetta a vela che disegno.

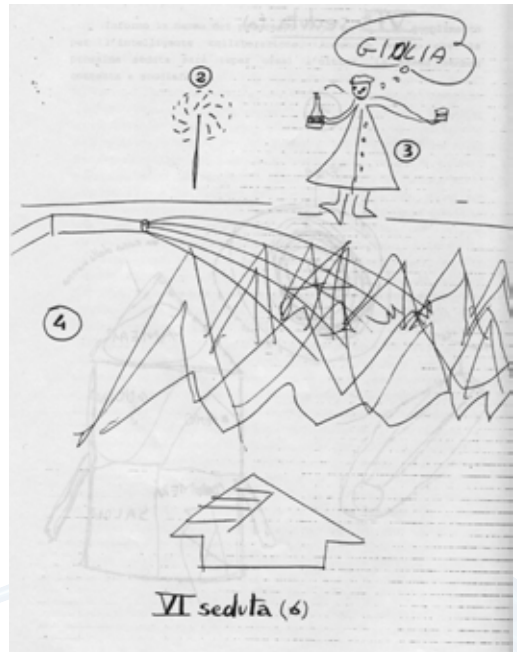
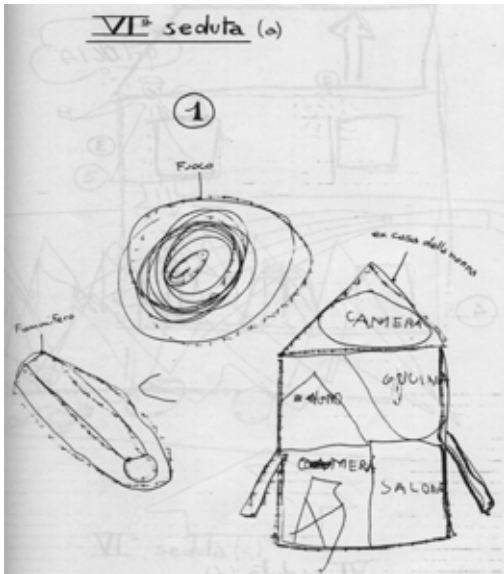
Sono favorevolmente colpito dal fatto che Alessandro cominci a relativizzare le cose: un albero maestro è alto e potenzialmente pericoloso, ma è anche una occasione di salvezza sulla nave che affonda perché sporge fuori dalla superficie dell'acqua e ci si può arrampicare sopra....

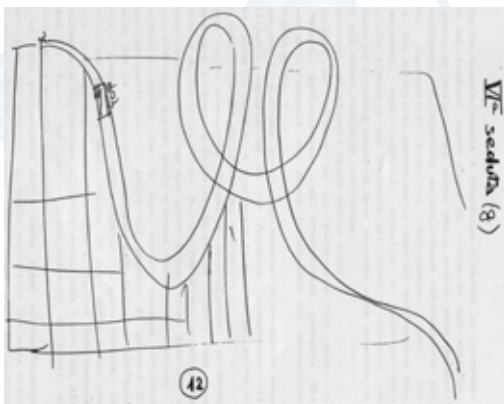
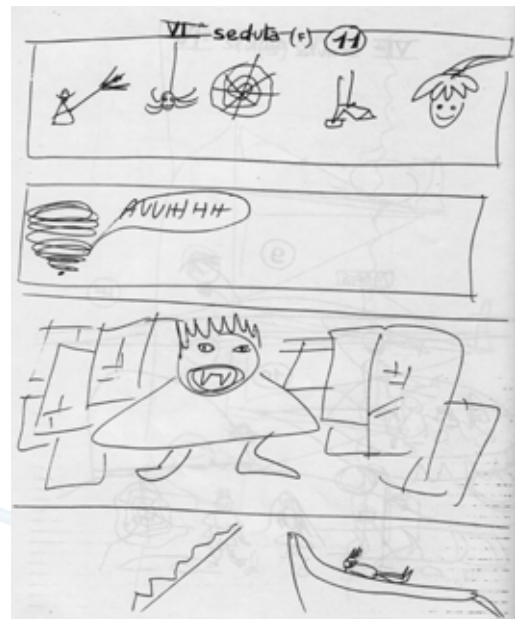
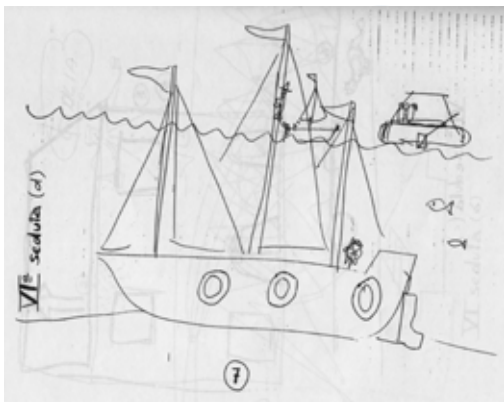
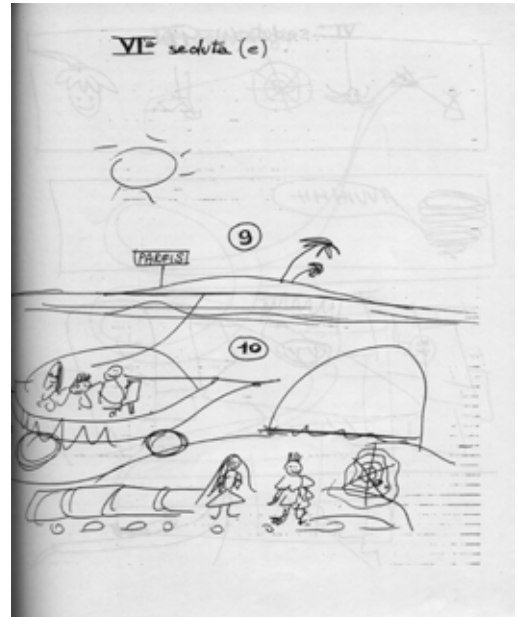
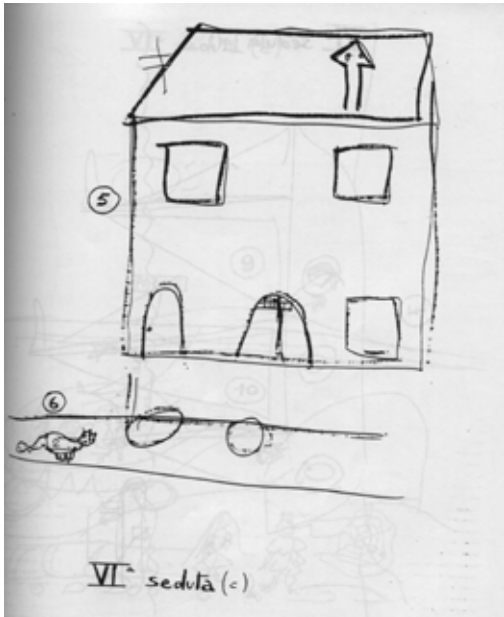
Dice che gli piacerebbe andare in Grecia

con i cugini Nicola e Sara, che ci andranno in viaggio di nozze...Disegniamo l'isola e subito dopo dice che con i cugini andranno insieme a Gardaland dove c'è anche il trenino fantasma....

Disegniamo il trenino, ragnatele penzolanti e ragni, Dracula e altri mostri , con suo grande divertimento. Alla fine disegna se stesso che scende da uno scivolo....(sic)

Lo considero un grande risultato....Dice che gli piacerebbe andare sull'otto volante che è , in fin dei conti, come uno scivolo più lungo.....lo disegniamo e ci congediamo. Nel corso della seduta nessun tic....





## Gran finale

Mi comunica che andranno in gita scolastica in collina a visitare il centro rapaci, un centro di recupero per i rapaci feriti o che non riescono a volare... Gli disegno la strada e sullo sfondo le colline e una grande luna perché, dice, si fermeranno lì di notte, a dormire in tenda... Disegniamo le casette degli uccelli, lui fa una civetta e un'aquila... io una volpe e un riccio. Penso alle galline che temeva e a questi volatili più "evoluti" che lo attirano adesso così tanto. Disegna anche una tenda da campeggio dove dormirà, dice, con il cugino Michele, il suo antagonista divenuto compagno di giochi... perché adesso è grande e dorme nella sua camera da solo... Realizzo che i genitori sono stati tempestivi nel raccogliere le mie indicazioni... Accanto alla tenda disegna uno scivolo e una altalena, due "conquiste" su cui, dice, sale tutti i giorni... Mi chiede di disegnare lui e le maestre che salgono su per la montagna e gli dico a questo punto che adesso è proprio uno scalatore e può davvero continuare le sue avventure da solo, con il cugino e gli amici... Magari quando gli farà piacere ci rivedremo, dico. Mi guarda e dice ..lo sai che Josephine è partita? È andata via in aereo, va in America dove ha i parenti ricchi. Hanno tre case... Ci congediamo disegnando l'aereo di Josephine che se ne va...



## Bibliografia

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
- Attili G., Attaccamento e costruzione evolutiva della mente. Normalità, patologia, terapia. Milano, Cortina, 2007.
- Bateson G., "Verso un'ecologia della mente", Adelphi, Milano, 1986
- Bowlby J., "Una base sicura" Cortina, Milano, 1989
- Bion, W.R. Seminari Italiani. (Edited by F.Bion). Roma: Borla
- Boszormeny-Nagy L., Spark G.M., "Realtà invisibili" Astrolabio, Roma 1988
- Bowen M Family therapy in clinical practice, New York, Aronson, 1978
- Framo J., "Terapia intergenerazionale", Raffaello Cortina, Milano, 1996
- Günter M. Colloqui con i bambini. La tecnica dello scarabocchio nella pratica clinica Astrolabio Ubalдини. 2008
- Haley J., "Le strategie della psicoterapia", Santoni, Firenze, 1984
- Minuchin S., "Famiglia e terapia della famiglia", Astrolabio, Roma, 1976
- Watzlawick P., Beavin J., Jackson D.D., "Pragmatica della Comunicazione umana", Astrolabio, Roma 1971
- White M, Epston D Narrative means to therapeutic Ends, London, Norton, 1990.
- Winnicott D. W., "Sviluppo affettivo ed ambiente", Armando, Roma 1986



# La chiusura in terapia individuale: nel condominio dei legami e delle emozioni

Alessia Ravasini, Assistente didatta Idipsi

Pz: “Ci son momenti in cui vorrei dirle personalmente  
le piccole ma grandi soddisfazioni che vivo.

La penso spesso. Spero che lei mi senta.”

T: “Va tutto bene”

(scambio di sms)

## Sommario

Il contributo tratta la relazione terapeutica nell’approccio sistemico relazionale affrontando il tema della chiusura in terapia individuale. Dopo aver individuato alcune premesse inerenti alla chiusura viene esaminato come il relazionale implicito influenzi la relazione terapeutica e, nello specifico, la chiusura individuando nella catamnesi un’attenzione particolare nell’esplorazione dei significati sottesi.

**Parole chiave:** chiusura, Terapia individuale, Relazione terapeutica, Relazionale Implicito, Relazionale Esplicito

## Summary

*The contribution deals with the relation relational systemic therapeutic approach addressing the issue of closure in individual therapy. After identifying some assumptions regarding the closure is considered as the implicit relational affects the therapeutic relationship and, specifically, in identifying catamnesi close attention to explore the hidden meanings.*

**Key words:** closure, individual therapy, therapeutic relationship

## Introduzione

Questo lavoro si pone l'obiettivo di accendere una luce su una fase della terapia che rischia di essere considerata solo l'effetto di un percorso: la chiusura. Prendendo a prestito il paradigma della linearità e provando a descrivere il processo terapeutico, lo si descrive con l'inizio della terapia, motivata da sintomi e confusione, e - grazie al deuterioapprendimento di fattori specifici, all'applicazione di questi alla situazione di crisi, alla costruzione di senso della crisi, alla risoluzione della crisi e all'acquisizione di strumenti per affrontare altre crisi - si ha la fine della terapia, che ha portato alla scomparsa dei sintomi e alla disciplina (Tofanetti, 2008, p. 218).

La curiosità di esplorare questa fase del percorso è motivata dal desiderio di riflettere sui pregiudizi in essere e dal coglierne il mondo sommerso. A mio avviso, la conclusione di una terapia individuale non è solo l'esito di un processo ma parte attiva del processo stesso in cui avvengono movimenti e cambiamenti grazie anche alla chiusura del lavoro clinico dove, a volte, i significati attribuiti possono risignificare il percorso stesso.

Lo svolgimento di incontri di follow up approfondiscono in parte questa dimensione in cui si valuta il mantenimento e si raccolgono informazioni sui risultati, essenziali per mettere alla prova il proprio modello teorico e le sue potenzialità terapeutiche (Colangelo, Consiglio). Questo tipo di incontri ha però l'obiettivo di verificare e di valutare il percorso, come se si stesse focalizzati sull'esame delle premesse fondamentali. Queste premesse, se si considerano gli studi di Liddle e Dakof "The efficacy of family treatment for drug abuse", *Journal of Marital and Family Therapy* (1995, p. 511-540), possono essere sintetizzate nelle seguenti: a) i patterns di interazione familiare sono collegati allo sviluppo e al manteni-

mento dei sintomi individuali; b) la terapia familiare dovrebbe rintracciare e cambiare questi specifici processi interpersonali; c) questi cambiamenti sono correlati alla modifica dei sintomi individuali.

Numerose sono state le ricerche che indagano su cosa succede quando si fa terapia, su quali sono le variabili che influiscono sull'efficacia della terapia sistemica o sui fattori specifici e aspecifici della terapia. Bertrando e Defilippi (2005, p. 37) definiscono criteri specifici della terapia sistemica individuando, tra questi, la capacità di vedere se stessi in relazione, la capacità di vedere le relazioni degli altri, la capacità di vedere mondi possibili/diverse ipotesi, la non esistenza di un'unica verità ma diversi punti di vista, la visione positiva, un senso di autonomia/acquisizione di risorse/attivazione, la capacità di contestualizzare le emozioni, la capacità di vedere il futuro e la pariteticità/diminuzione delle differenze gerarchiche tra terapeuta e cliente.

A mio avviso un aspetto poco indagato è l'esplorazione degli impliciti che sottendono la chiusura del percorso individuandola non tanto e non solo come l'esito di un percorso, ma come un'azione che rimanda significati propri rispetto ad altri passaggi del percorso stesso.

## Le parole dell'ultimo colloquio

All'interno della terapia si apre una conversazione, in cui i partecipanti trovano una modalità che progressivamente procede e significa, conversazione che travalica la stanza di terapia, che rimane presente nella testa della persona - consapevolmente o meno - e che riprende, cresce, retrocede, si ferma, si riavvia, cambia nel corso del tempo. Il significato della relazione risulta dall'accordo - tacito, il

più delle volte - tra le persone sui rispettivi ruoli, ossia, sul tipo di struttura contestuale che uno spera dall'altro.

Quando il terapeuta, i tempi e il luogo in cui si svolge la terapia vengono meno, dal momento che le caratteristiche che rendono 'terapeutico' un colloquio vengono meno, ci si interroga su quali effetti continui a produrre.

Le immagini, le parole e la relazione esperiti in qualche modo sono stati integrati, sono stati interiorizzati come direbbe qualche affezionato analitico. Se l'esterno in un certo tempo era chiaro rispetto il proprio interno, ora questa distinzione viene meno.

È come se i confini tra 'interno' ed 'esterno' venissero meno, questo permette di poter accogliere la conversazione che passa da un luogo 'esterno', in uno spazio esterno e in un tempo preciso, ad un luogo 'interno', in uno spazio privato e in un tempo indefinito.

Alcune considerazioni sulle premesse.

In primo luogo la chiusura della terapia è a tutti gli effetti una mossa della terapia, che coinvolge il tema centrale della separazione e, quindi, della visione dell'altro come competente, con risorse. Valutarne il senso e l'effetto è possibile solo in sede di catamnesi. Quando questa chiusura viene agita, che sia dai clienti o dai terapeuti, sarebbe interessante integrare nella propria prassi un tempo, successivo alla chiusura, orientato alla comprensione che il cliente ha dato rispetto al significato attribuito. Daniel Gwin ha portato esperienze interessanti, in merito, conducendo interviste a clienti e a terapeuti, insieme, in cui un terzo terapeuta conversava con loro riflettendo sulle rispettive visioni dei passaggi più critici del lavoro terapeutico concluso.

Sarebbe interessante costruire spazi di riflessione condivisi in cui gli attori della tera-

pia possono, assieme, elaborare quali sono state le idee perfette con cui sono arrivati in terapia, i pregiudizi e i cambiamenti percepiti.

In secondo luogo la questione delle chiusure possibili richiede una preventiva analisi del contesto di lavoro e dei vincoli che pone. La conclusione prevede diversi finali possibili, che non è possibile affrontare in questa sede, ma che sono importanti da considerare al fine di riflettere sulla responsabilità che il terapeuta ha nel considerare e nell'approfondire questo aspetto. Bianciardi e Telfener (1995) hanno trattato la questione degli effetti iatrogeni della terapia introducendo la possibilità che la terapia come possa far bene, possa anche far male. "Diventa molto importante domandarsi se i propri interventi favoriscano o meno l'evoluzione naturale del sistema, se invece la ostacolano, facendo diventare il clinico colui/colei che interrompe un flusso naturale, rende la situazione immobile e se stesso un dottor-omeostata" (Telfener, 2002, p. 51). Il circolo vizioso di auto validazione - identificato come origine di una sintomatologia - può mantenersi anche durante una terapia, quando il clinico perde di vista la complessità del processo terapeutico, i tanti livelli di osservazione e di analisi e rimane intrappolato, per esempio, ad un solo livello (del contenuto per esempio), dimenticandosi che è il più complesso che spiega il più semplice.

In terzo luogo il significato della chiusura ed i modi di gestirla sono strettamente legati al problema del paziente, al modo in cui è stato definito, al contratto stipulato e al rapporto terapeutico. Ad esempio, nelle terapie in cui è presente un lutto non elaborato, il limite che la chiusura della terapia dà, nel non sentirsi e/o vedersi, tocca vissuti ed emozioni legate a storie del passato, ma con

un'esperienza che permette di aggiungere corde nuove che vanno ad arricchire i suoni preesistenti creandone dei nuovi. Questo tipo di esperienza, elaborata all'interno della stanza di terapia, nell'essere agita può divenire un passo ulteriore del lavoro stesso di elaborazione. Se i confini che separano i 'vivi' e i 'morti', nel mondo 'reale', sono molto chiari, con la chiusura della terapia, i confini diventano meno netti, dove i 'vivi' fanno compagnia ai 'morti' e i 'morti' fanno compagnia ai 'vivi'.

E infine: la chiusura è un processo le cui basi si pongono al momento del contratto e, quindi, il problema se proseguire o chiudere si pone (o si può porre) periodicamente. Questo aspetto rievoca il tema dei pregiudizi del terapeuta e del modello teorico di riferimento. Rispetto all'approccio psicoanalitico, in cui l'analista è colui che decide la durata dell'analisi e ha il potere di decidere quando il percorso può dirsi concluso, l'approccio sistemico ha stabilito, al contrario, un numero preciso di sedute in un arco temporale definito. Considerato come al terapeuta spetti una responsabilità di secondo ordine (Bertrando, Bianciardi, 2002) e debba monitorare l'evoluzione di una coevoluzione (di un processo che deve considerarsi co-definito) sapendosi responsabile di una co-responsabilità (di una responsabilità che condivide con coloro che incontra) (Bianciardi, 2010), ci si chiede se la definizione dei tempi della terapia sia una competenza che spetti solo al terapeuta o se anche il cliente, in quanto esperto della sua sofferenza, possa anch'esso essere legittimato nel partecipare nella sua definizione. A volte arrivano pazienti con un elevato carico di sofferenza che non sono sempre pronti a lasciarla andare considerata l'utilità e la protezione che, paradossalmente, offre nella loro vita. Accade che ci siano

pazienti che non riescano a dare continuità al percorso iniziato introducendo 'pause' per poi tornare a chiedere di continuare il lavoro psicoterapico, in tempi successivi, perché, ad esempio, diventati più presenti nelle loro difficoltà.

## I tempi della relazione

Quando si pone, o si impone, la questione di chiudere un percorso terapeutico individuale si aprono diversi possibili scenari legati alle diverse motivazioni che possono portare a questa fase.

Si è ampiamente discusso su come effettuare un colloquio di assessment, sull'importanza dell'aggancio, sulla chiarezza del contratto terapeutico, sul primo colloquio, sull'analisi della domanda, addirittura sulle prime parole espresse nel colloquio clinico. In modo non altrettanto approfondito è stata trattata la chiusura della psicoterapia e sugli effetti che questa può avere considerandola un aspetto terapeutico tanto quanto il percorso stesso.

Da un punto di vista medico, è stata più volte sottolineata l'importanza dell'anamnesi, della diagnosi e della prognosi, uno schema sviluppato già da Platone, padre della medicina che ha definito uno statuto epistemologico stabilendo già nella seconda metà del secolo V e prima del IV secolo a.C. le premesse su cui ancora oggi fondano l'agire clinico. Scarsa attenzione è stata rivolta alla catamnesi, in contrapposizione all'anamnesi, con la quale si definisce la biografia clinica del paziente nel periodo successivo ad un qualsiasi trattamento terapeutico o, anche, ad un semplice accertamento diagnostico considerando come questa serva di controllo ai giudizi prognostici formulati e ai metodi terapeutici istituiti.

La scarsa attenzione a questo aspetto evo-

ca una valutazione rispetto quanto questa dimensione rimanga un implicito nel quale albergano diversi non detti e significati sommersi.

Il problema della chiusura si pone periodicamente per il terapeuta, ogni volta che si profili uno scenario di un certo tipo. Toffanetti (ibidem) pone l'interrogativo 'Quando il lavoro è finito?' parlando sulla conclusione della terapia sistemica individuale. Si impongono riflessioni su quali premesse si poggiano la conclusione di un percorso.

La terapia individuale ha storia recente rispetto alla terapia familiare, se si considera che solo dal 1990 s'è iniziato a parlare di terapia sistemica individuale (Boscolo, Bertrando, 1996) definendo un setting specifico con un numero variabile da una a venti sedute da diluire in due anni di lavoro. La definizione di una cornice temporale breve-lunga, "breve in relazione al numero di sedute, lunga in relazione alla durata complessiva della terapia" (ibidem, p.60) è da mettere in relazione all'orientamento del terapeuta. Boscolo e Bertrando sostengono che "la teoria che il terapeuta ha riguardo al tempo necessario perchè la terapia possa arrivare con successo alla sua conclusione può avere un notevole effetto pragmatico nel favorire, accelerare o ritardare il cambiamento. Terapeuti orientati verso le terapie brevi tenderanno a creare un contesto terapeutico che faciliterà la conclusione della terapia in tempi limitati, mentre terapeuti abituati a terapie di lunga durata tenderanno a creare le premesse per una terapia protratta, e a osservare segni di "guarigione" solo dopo un lunghissimo periodo di lavoro e innumerevoli sedute" (ibidem, p.61).

Queste parole richiamano come la psicanalisi abbia trascurato di valorizzare l'idea di una

spinta naturale alla guarigione, in quanto è stata a lungo influenzata dalla visione profondamente pessimistica dell'ultimo Freud, quello di Analisi terminabile e interminabile (1989), secondo la quale ci sono forze innate che operano contro la guarigione, in ultima analisi riconducibili alla pulsione di morte. In un famoso passo di quest'opera egli afferma: "L'impressione più importante che si ha delle resistenze nel corso del lavoro analitico è quella di una forza che si oppone con ogni mezzo alla guarigione, ancorandosi con determinazione assoluta alla malattia e alla sofferenza". Eppure in altri passi Freud riconosce l'esistenza di una spinta interna del paziente a guarire e la sua importanza ai fini terapeutici. Ad esempio in Inizio del trattamento (1913) afferma: "Il motore primo della terapia è la sofferenza del malato e il desiderio di guarigione che ne deriva". Inoltre nel suo pensiero appaiono molti concetti che potremmo vedere come manifestazioni di una spinta interna verso la guarigione, a cominciare dall'idea che il rimosso cerca continuamente di riemergere (nel lapsus, nel sogno, nel transfert, nel sintomo stesso), idea che è alla base della terapia.

H. von Foerster (1987) postula la necessità di considerare i sistemi osservanti, oltre a quelli osservati, parlando di "cibernetica dei sistemi osservanti", cioè dei sistemi viventi capaci di guardare se stessi, di osservare le proprie osservazioni. L'includere l'osservatore nell'osservazione porta a considerare il processo di costruzione dell'oggetto e la scelta del punto di vista del soggetto: è l'osservatore che decide in cosa consiste il sistema osservato, che traccia il confine tra sistema e ambiente. L'attenzione dell'osservazione tra sistema osservante e sistema osservato, tra sistema osservato e le sue

premesse, tra il sistema osservante e le sue premesse rappresentano gli ambiti privilegiati verso cui sembrerebbe orientata l'attenzione clinica, lasciando sullo sfondo il tema della relazione terapeutica e, di conseguenza, della chiusura della relazione terapeutica.

Nel contempo i sistemici hanno imparato a riconoscere le emozioni del terapeuta, stemperate, in passato, da un'idea di pragmaticità, di strategicità, di neutralità terapeutica che rischiavano, se portata ad oltranza, di tradursi in una inaccettabile etica del distacco terapeutico. Senza dubbio ascoltare emozioni evoca emozioni, il terapeuta è dunque coinvolto nel processo terapeutico al pari del paziente, sebbene le parti siano caratterizzate da competenze specificatamente differenti.

Fruggeri, nel 1992, ha iniziato a parlare di emozioni del terapeuta facendo un'analisi della letteratura sulla terapia familiare mostrando come i riferimenti alle emozioni siano molto più frequenti di quanto non ci si aspetterebbe partendo da questa premessa; e questo vale, abbastanza sorprendentemente, anche per la letteratura sistemica più esplicitamente impostata ad un approccio pragmatico e strategico. Scrive Fruggeri (1992): "Le emozioni a cui soprattutto in passato si è prestata attenzione riguardano infatti quasi esclusivamente i membri della famiglia, anche in relazione al fatto che l'inclusione del terapeuta nel processo terapeutico è una acquisizione recente, non soltanto nell'approccio sistemico-relazionale; ed il principale approccio attraverso cui esse sono state prese in considerazione è quello comunicativo, che esamina le emozioni stesse come informazioni per il terapeuta circa i pattern interattivi familiari, oppure come informazioni circa il modo in cui la famiglia accoglie gli interventi del terapeuta".

Attualmente l'intervento terapeutico, con l'introduzione del socio-costruzionismo e dell'approccio narrativo, avviene attraverso l'incontro tra sistemi emotivi di significato e le narrazioni dei pazienti e dei terapisti i quali, nella conversazione, stimolano la ricerca di connessioni di un quadro narrativo rappresentativo dal punto di vista dei contenuti e convincente dal punto di vista emotivo. Il terapeuta è quindi coinvolto nel processo terapeutico al pari del paziente, sebbene le parti siano caratterizzate da competenze specificatamente diverse. Ascoltare le emozioni, riconoscerle, osservarle sono aspetti che solo recentemente entrano nella porta principale della stanza dello psicoterapeuta ottenendone una legittimazione.

Il tema della relazione terapeutica è stato affrontato parlando del sé del terapeuta, sembra però che parlare di relazione terapeutica sia una dimensione poco 'accessibile'. Bianciardi ha acceso i riflettori richiamando il sentimento (o estetica) del sacro nell'incontro che si instaura tra terapeuta e cliente (Il sacro nell'incontro con l'altro e Origine della soggettività e esperienza del sacro in Ripensare Bateson's Weblog).

### **Le finestre dell'implicito**

La tesi qui portata evidenzia come la relazione terapeutica poggi su un sistema di premesse e di significati che ancora oggi si ancorano sull'implicito e su aree 'nascoste' e 'sconosciute'. Bateson parlando di sacro, sottolinea che sebbene la verità delle metafore sia diversa dalle verità matematiche, è proprio tramite le metafore che avviene la comunicazione nel mondo biologico: "la metafora non è solo una belluria poetica, non è logica buona o cattiva, ma è di fatto la logica su cui è stato costruito il mondo biologico, è la principale caratteristica e la colla



organizzativa di questo mondo del processo mentale” (Bateson G, Bateson, M.C., p. 53). Si può pertanto notare come il riferimento al sacro indichi per Bateson un percorso di avvicinamento a una dimensione integrale dell’esperienza non riducibile alla parte cosciente e razionale, ma che contempla anche la dimensione inconscia del processo primario di percezione e l’emozione estetica. Solo combinando insieme tutte queste dimensioni è possibile, a suo avviso, essere sensibili all’unità della biosfera e alla sua bellezza.

La conclusione della terapia stessa diviene una parte attiva del percorso terapeutico che richiederebbe un approfondimento sul tipo di comunicazione intercorsa e sui significati sottesi.

Toffanetti (ibidem, p.221) scrive: “alla scoperta di una relazione terapeutica sistemica va anche David Pockock con un lavoro che titola “I sistemi del cuore” nel quale costruisce un concetto di ‘feeling self’, che tradurrei con un Sé emotivo, alla base della sua riflessione sulla psicoterapia” descrivendolo come l’incontro di Sé emotivi dei clienti e del terapeuta (in Flaskas et al., 2005). In questo senso, la qualità delle relazioni nella stanza di terapia è profondamente influenzata dalla qualità delle emozioni che vengono sintonizzate dai partecipanti.

Emerge una responsabilità del terapeuta nel riuscire a cogliere questa dimensione implicita e ad aprire un canale comunicativo emotivo che avrà autonomia e continuità anche al di fuori della stanza di terapia.

Stern nel parlare della situazione clinica parla di due “agende”: una “agenda esplicita” che riguarda il contenuto verbale esplicito che emerge nella seduta, definendola anche “agenda narrativa”, nella quale paziente

e terapeuta sono fianco a fianco e “il lavoro è rivolto alla ricerca di significati che viene co-costruito da entrambi in forma narrativa. La seconda “agenda” riguarda la regolazione degli aspetti impliciti della relazione tra paziente e terapeuta. Questa definizione include, in larga parte, l’alleanza terapeutica, l’ambiente di sostegno o di holding, l’alleanza di lavoro, la relazione transferale/controllo-transferale e quella “reale”. (Stern, p. 99). Stern descrive come quest’ultima agenda funzioni su registri che si compiono al di fuori della consapevolezza e di come sia fondamentale in quanto contestualizza quella esplicita, delimitandola e stabilendo di cosa si può parlare in essa, “in altre parole, il suo grado di libertà” (ibidem, p.99).

Bateson riflette come l’abilità indichi la presenza di ampie componenti inconscie nell’esecuzione degli atti paragonando l’arte ad un esercizio di comunicazione delle specie di inconscio, citando Isadora Duncan che dice “se potessi dire che cosa significa, non avrei bisogno di danzarlo”. (Manghi, 2004, p. 81)

E’ difficile esprimere a parole ciò che riesce essere espresso solo con la danza, “si tratta proprio del tipo di messaggio che sarebbe falsificato se fosse comunicato a parole, perché l’uso delle parole implicherebbe trattarsi di un messaggio pienamente conscio e volontario”, e questo sarebbe semplicemente non vero (Bateson, 2000, p.176), come è difficile tradurre in concetti ciò che riesce essere espresso solo con l’esperire. Eppure Bateson stesso riflette su come l’abilità tecnica necessiti di linguaggi e usi che sfuggono all’agire consapevole dell’*artigiano*, “le sensazioni e le qualità della tecnica non possono mai essere espresse a parole, eppure la tecnica in sé è conscia”.

Risulta pertanto difficile e pretenzioso trarre

linee che orientino il proprio fare, ma potrebbe invece essere utile portare una maggiore consapevolezza sui significati che emergono nel proprio fare.

La chiusura di un rapporto richiama il tema della separazione, aspetto che tocca il sommerso delle emozioni più difficili da accogliere e da ascoltare, da osservare senza valutazione, la possibilità di rimanere uno spettatore che osserva le emozioni - quali la tristezza, la rabbia, la paura, la curiosità - che si alternano sul palcoscenico della coscienza, che rimane lì attento alla loro evoluzione, che non fa calare il sipario, non si attacca a nulla e non respinge nulla.

Il lasciare e l'essere lasciato è spesso ricco di agiti e di emozioni circa la propria storia, ricco di significati connessi con territori più o meno espliciti.

Sia nei territori espliciti che in quelli impliciti sono presenti dei detti e dei non detti (Fig. 1). Se per **detti**, si intendono quei significati, quelle emozioni, quelle aspettative che sono state oggetto di riflessione perché sono state espresse con qualche canale comunicativo all'interno della relazione terapeutica, più o meno consapevolmente, per **non detti**, si intende il sommerso, il non pensato, il non espresso ma che è più o meno presente alle porte della coscienza (Luft, 1997). A volte questo può essere detto, perché rilevato e portato quindi davanti alle porte della coscienza.

### Esplicito Implicito

Detto Detto  
Non detto Non detto  
Fig. 1

Nell'ambito dell'esplicito, mentre il detto è ciò che viene espresso e comunicato a sé o

all'altro, il non detto è ciò che viene dato per scontato perché conosciuto o perché dato per conosciuto (o che si conosce di sé ma che non si vuole mostrare all'altro).

Nell'ambito dell'implicito, il detto fa parte di quei territori non conosciuti, che in qualche modo sfuggono, perché il tempo o le situazioni non ci hanno permesso di esplorarli e viverli, in qualche modo toccando i temi della coscienza (e che agli altri magari risultano evidenti): alcuni autori la definirebbero l'area cieca. Il non detto tocca invece quelle emozioni, quei pensieri e quei comportamenti che risultano molto istintivi e che sfuggono alla dimensione del controllo e dell'attenzione per sé e per l'altro, che rimane sconosciuta.

Queste riflessioni riprendono alcune sollecitazioni tratte dalla finestra di Johari, il cui modello descrive la consapevolezza rispetto alle modalità di comportamento ed alle emozioni negli aspetti intrapersonali e interpersonali rilevando come essi siano inestricabilmente in relazione.

Alcuni brevi cenni descrittivi, rispetto al modello, formato da quattro quadranti della 'finestra' (Fig. 2) che rappresentano la persona, nel suo insieme. La base della divisione in quadranti è la consapevolezza del comportamento, dei sentimenti e delle motivazioni (Luft, 1997, 1970).

	Conosciuto al Sè	Non Conosciuto al Sè
Conosciuto agli Altri	Aperto	Cieco
Non Conosciuto agli Altri	Nascosto	Sconosciuto

Fig. 2 - La Finestra di Johari

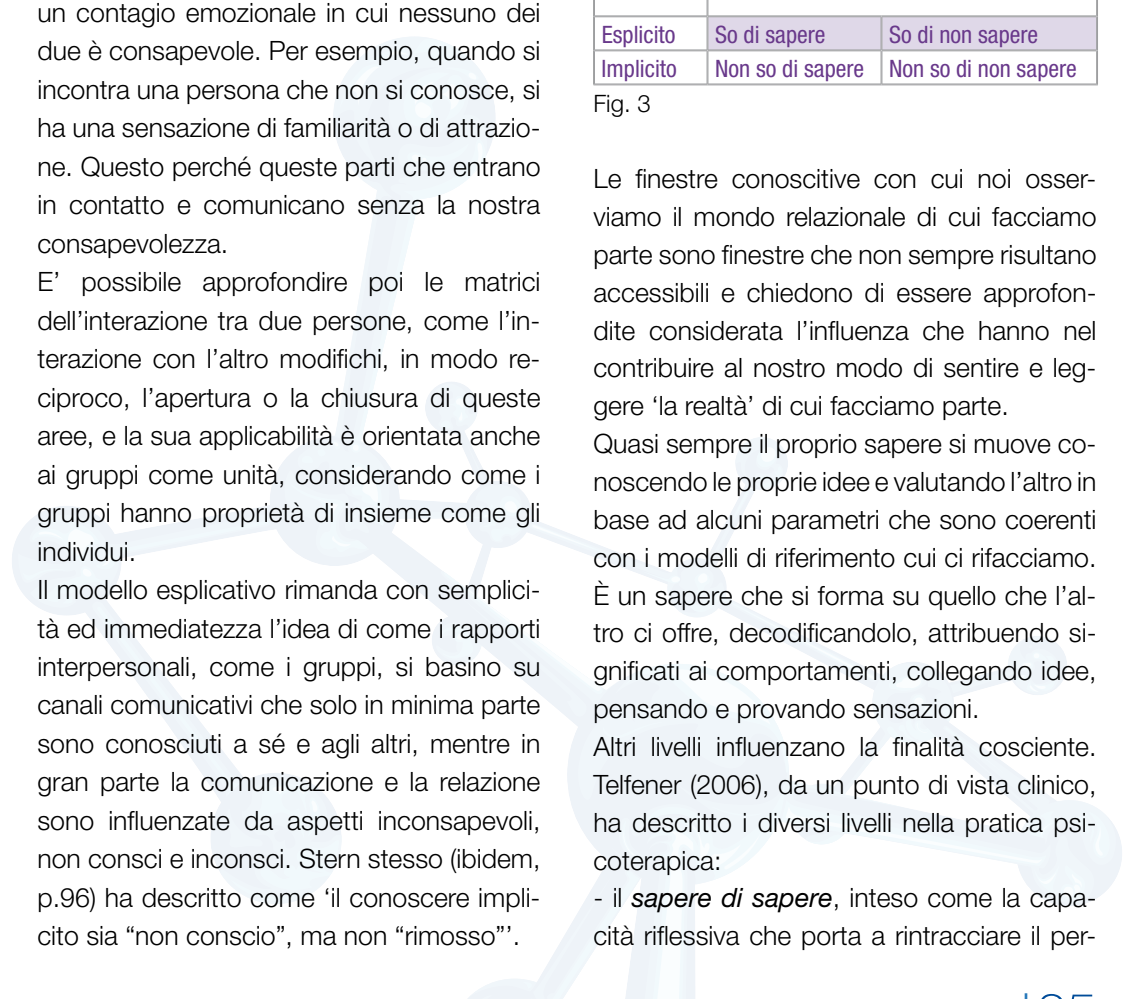


Nell'Area aperta, l'area dell'attività libera, rientrano i comportamenti, le emozioni e le interazioni conosciute al sé e agli altri. È una finestra aperta sul mondo, incluso il sé.

L'Area Cieca rappresenta quella parte di sé che sfugge, che è legata all'inconsapevolezza. Sono quelle emozioni, pensieri e comportamenti che risultano molto istintivi e che sfuggono alla dimensione del controllo e dell'attenzione ma che agli altri risultano evidenti.

L'Area Nascosta è quell'area che si conosce di sé ma che non si vuole mostrare all'altro. Nell'Area Sconosciuta rientrano le parti di sé che non sono consapevoli a sé e agli altri. Area in cui, nell'incontro con l'altro, avviene un contagio emozionale in cui nessuno dei due è consapevole. Per esempio, quando si incontra una persona che non si conosce, si ha una sensazione di familiarità o di attrazione. Questo perché queste parti che entrano in contatto e comunicano senza la nostra consapevolezza.

È possibile approfondire poi le matrici dell'interazione tra due persone, come l'interazione con l'altro modifichi, in modo reciproco, l'apertura o la chiusura di queste aree, e la sua applicabilità è orientata anche ai gruppi come unità, considerando come i gruppi hanno proprietà di insieme come gli individui.

Il modello esplicativo rimanda con semplicità ed immediatezza l'idea di come i rapporti interpersonali, come i gruppi, si basino su canali comunicativi che solo in minima parte sono conosciuti a sé e agli altri, mentre in gran parte la comunicazione e la relazione sono influenzate da aspetti inconsapevoli, non consci e inconsci. Stern stesso (ibidem, p.96) ha descritto come 'il conoscere implicito sia "non conscio", ma non "rimosso"'.  


Con l'introduzione della seconda cibernetica, è stato inserito anche l'osservatore nel sistema di osservazione come parte integrante del processo terapeutico.

L'osservatore mantiene una doppia posizione, interna ed esterna alla relazione e viene stimolato dalla situazione stessa a riflettere sulle operazioni che mette in atto nel processo del conoscere.

Rispetto questo processo, sono diversi i livelli del nostro conoscere che si estrinsecano sui terreni dell'implicito e dell'esplicito nei quali l'osservatore prova a districarsi rispetto al proprio sapere e al proprio sentire (Fig.3).

Conoscere	Esplicito	Implicito
Esplicito	So di sapere	So di non sapere
Implicito	Non so di sapere	Non so di non sapere

Fig. 3

Le finestre conoscitive con cui noi osserviamo il mondo relazionale di cui facciamo parte sono finestre che non sempre risultano accessibili e chiedono di essere approfondite considerata l'influenza che hanno nel contribuire al nostro modo di sentire e leggere 'la realtà' di cui facciamo parte.

Quasi sempre il proprio sapere si muove conoscendo le proprie idee e valutando l'altro in base ad alcuni parametri che sono coerenti con i modelli di riferimento cui ci rifacciamo. È un sapere che si forma su quello che l'altro ci offre, decodificandolo, attribuendo significati ai comportamenti, collegando idee, pensando e provando sensazioni.

Altri livelli influenzano la finalità cosciente. Telfener (2006), da un punto di vista clinico, ha descritto i diversi livelli nella pratica psicoterapica:

- il **sapere di sapere**, inteso come la capacità riflessiva che porta a rintracciare il per-

corso e le scelte che hanno condotto a quel processo e non a un altro (le idee sulle idee, la diagnosi della diagnosi, la valutazione costante del processo che si è venuto a creare, delle categorie impiegate, delle ridefinizioni proposte).

- il *sapere di non sapere*: è evidente che non possiamo conoscere l'altro se non superficialmente, conosciamo una situazione che ci viene presentata solamente attraverso quello che l'individuo o la famiglia ci vogliono mostrare e ciò che l'incontro fa emergere. Così, allo stesso modo, non possiamo conoscere tutto di noi, nè le collusioni in cui possiamo cadere rispetto a determinati temi o processi.

- il *non sapere di sapere*, inteso come la mancata assunzione di responsabilità rispetto a sensazioni o idee che possiamo avere su ciò che ci accade, su ciò che la situazione ha scatenato.

- il *non sapere di non sapere*, cioè la cecità inevitabile nei casi in cui non ci accorgiamo di non accorgerci di alcune caratteristiche dell'utente con le quali colludiamo. Si tratta di un presupposto "ignorante" della nostra conoscenza, la presenza di zone cieche e di collusioni non eliminabili e quindi limite inesorabile alle griglie per leggere e interpretare le situazioni cliniche.

### **L'implicito in psicoterapia**

Partendo dalla premessa che i linguaggi e gli usi che agiscono nella relazione terapeutica siano prevalentemente inconsci, nell'ambito di una chiusura di una relazione terapeutica emerge l'interrogativo di come possano abitare nella stanza di terapia.

Seppur questo passaggio rischi di risultare un'operazione molto tecnica, e forse artificiosa, si propone la curiosità di riflettere su come il momento della chiusura tocchi sia

l'esplicito che l'implicito, nei loro detti e non detti. Muoversi su questi terreni e riconoscerli nei loro meandri, potrebbe rappresentare un'occasione in cui è possibile aprire maggiormente queste finestre per dar luce ad aspetti poco esplorati, ma presenti, nei significati sommersi.

In ambito sistemico poco è stato scritto sulla relazione terapeutica, sembra quasi essere un tabù entrare nelle maglie relazionali che lega il terapeuta al suo paziente e il paziente al suo terapeuta, nonostante le premesse epistemologiche evidenzino come per Bateson «la relazione viene per prima, *precede*» (2000, p. 179). Come affermava già in "Verso un'ecologia della mente", la mente può essere considerata come un processo ecologico simile a quello attivato da un individuo che stia abbattendo un albero con un'ascia, che deve correggere ogni colpo a seconda dell'intaccatura lasciata dal colpo precedente. Il complesso "albero-occhi-cervello-muscoli-ascia-colpo-albero" si configura come un sistema totale che ha le stesse caratteristiche del processo mentale.

Bianciardi ripone attenzione alla centralità della relazione terapeutica nella terapia sistemica individuale commentando come "dobbiamo sentirci pienamente responsabili delle modalità secondo cui facciamo uso di quelle parole, di quella sintassi, di quelle premesse implicite e segrete a noi stessi" (2008, p. 162) ma, soprattutto, definendo la relazione terapeutica come relazione emozionale. Come gran parte delle relazioni significative, sentimentali e/o di amicizia, i canali comunicativi che attivano un'attrazione conoscitiva sono sommersi e inconsapevoli, proprio perchè "le modalità secondo cui l'altro propone una modalità relazionale in cui

venga confermato il suo essere ... , sono implicite e non dette, avvengono, per così dire, all'insaputa del soggetto, si pongono sul piano delle premesse logico-emotive, che, in quanto pre-poste al modo di raccontare di sé e delle proprie esperienze, precedono il racconto che l'altro fa di sé e della relazione con me, sono come la precondizione del racconto medesimo" (ibidem, p. 165).

### Per continuare

Quali sono gli impliciti detti e non detti che attraversano questo tipo di relazione, che esula dal modello teorico, della teoria della tecnica e dal contesto di riferimento?

Quando l'implicito del non detto del terapeuta incontra l'implicito del non detto del paziente avviene un contagio emozionale in cui nessuno dei due è consapevole.

Quanto spesso l'incontro tra due persone avviene attraverso una danza relazionale di non detti che non sono conosciuti ad entrambe le persone e che si muove su passi relazionali 'spontanei'. Quanto spesso ci si ritrova 'spontanei', liberi di stare col proprio sentire con l'altro, con alcune persone e più 'irrigiditi' con altre, al di fuori del ruolo e del contesto formale che definisce il tipo di relazione al suo interno. Nella pratica clinica, forse ci si sente più legittimati nel definire un paziente 'simpatico' anziché addentrarsi in territori poco conosciuti.

Al termine di un percorso di psicoterapia quando si ha occasione di chiedere quali sono stati i momenti maggiormente significativi che hanno promosso nella persona opportunità di comprensione e di cambiamento nel proprio modo di percepire, di vedere e di sentire, accade spesso che il paziente riporti aspetti non contemplati e spesso neanche ricordati dal terapeuta stesso.

Come già noto il linguaggio non verbale rac-

coglie una predominanza nell'impatto comunicativo, rispetto a quello verbale, definendo l'aspetto contenutistico della relazione ed evidenziando le eventuali incongruenze. Conoscere il Relazionale Implicito, non verbale, non simbolico, non narrato, non cosciente (inconscio ma non rimosso) per Stern (ibidem) rappresenta la grande maggioranza (80%) di ciò che conosciamo del nostro rapporto con gli altri, incluso il Transfert.

La conclusione di un percorso di psicoterapico è una parte integrante di questo processo, in cui avvengono passaggi importanti ai quali si rischia di dare poca importanza.

Toffanetti (ibidem, p.225) descrive come la conclusione della psicoterapia si è resa possibile quando si è "terminato di parlare dell'implicito, del bisogno inespresso della persona e della sua necessità di far giocare al terapeuta un ruolo compensatorio rispetto a questo bisogno" dove i contenuti espliciti servono da trama per affrontare la complessità del processo terapeutico.

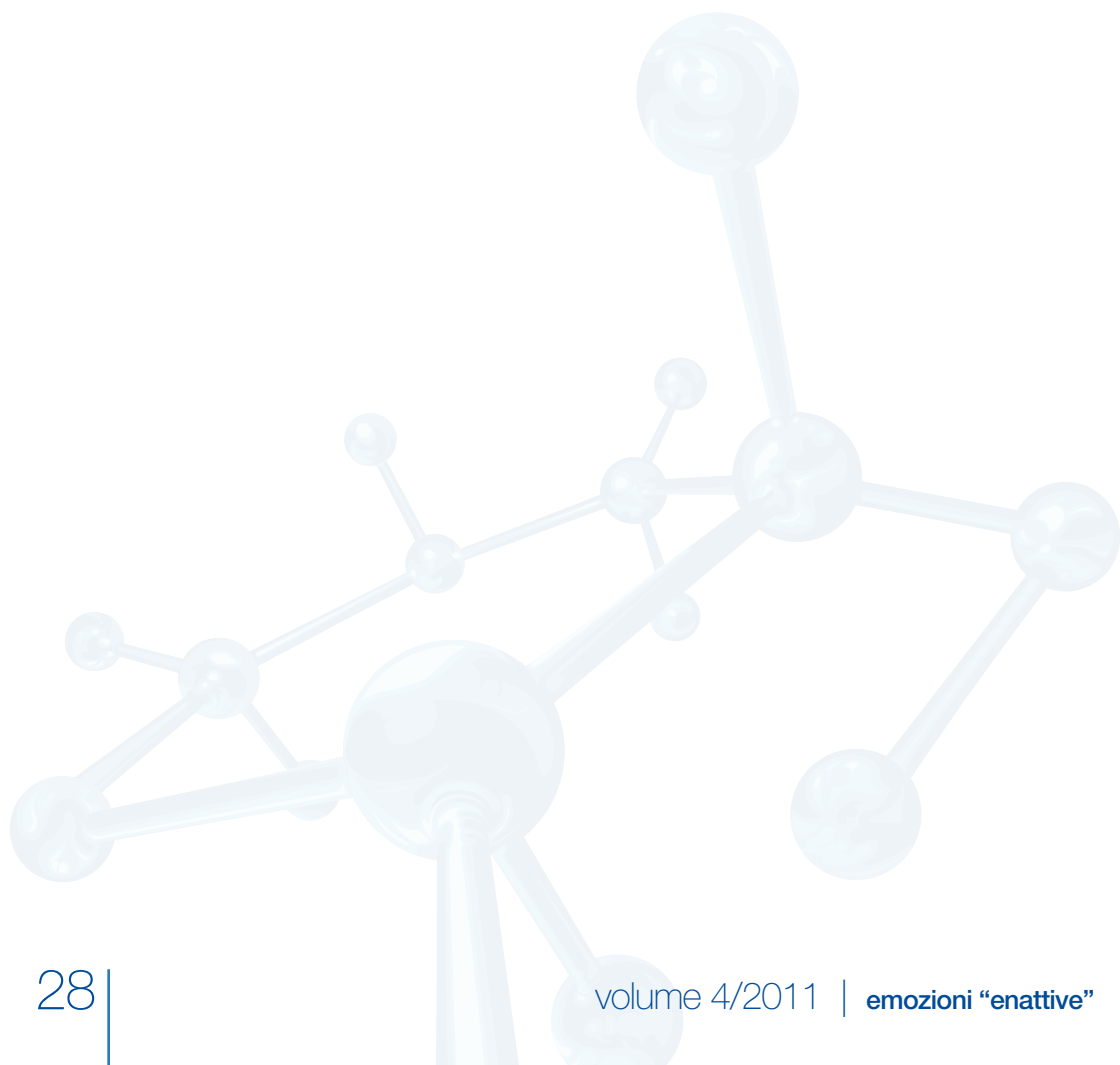
Le finestre conoscitive con cui noi ci affacciamo a noi stessi e agli altri possono aprire stanze di significati che non sempre risultano immediati.

Un lavoro psicoterapico permette di poter accedere al proprio condominio in cui riconoscere i diversi piani in cui siamo, i conflitti interni o di vicinato, i non detti e i segreti che animano il clima emotivo di alcuni appartamenti/parti, le guerre e le alleanze interne che alimentano il dialogo interno relazionale, etc.

Riconoscere ed esplorare queste parti, riabilitarle e renderle accessibili, avviene attraverso l'incontro con l'altro condominio che il terapeuta porta con sé, con il proprio self professionale e il proprio self personale (Grit-

ti, Canevaro 2005), avviando uno scambio comunicativo tra espliciti ed impliciti che vanno ad esplorare stanze che non sempre si sa di avere, che si pensano di avere aperte e invece sono chiuse, che sono chiuse a doppia mandata in quanto pericolose, che sono lasciate a se stesse in quanto non sufficientemente viste e così via, in una danza senza fine.

Lavorare sulla costruzione di differenti gradi di apertura e di libertà e sulla capacità ad apprendere ad apprendere, attraverso la relazione terapeutica che rappresenta l'occasione privilegiata in cui esperire questo tipo di capacità, rappresenta un'occasione interessante nello sviluppare consapevolezza dei propri metaapprendimenti.



## Bibliografia

- Bateson, G. (1972), *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler, San Francisco (tr. It. Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano 2000).
- Bateson, G. (1979), *Mind and Nature. A Necessary Unity*. Dutton, New York (tr. It. Mente e natura. Un'unità necessaria. Adelphi, Milano 1984).
- Bateson, G., Bateson, M. C. (1987), *Angels Fear. Toward an Epistemology of the Sacred*. Macmillan, New York (tr. It. Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro. Adelphi, Milano 1989).
- Bertrando P., Bianciardi M. (2002), *Terapia etica. Una proposta per l'epoca postmoderna*, in *Terapia Familiare*, n. 69.
- Bianciardi M. (2008), *Centralità della relazione terapeutica in una terapia sistemica individuale*, in *Connessioni*, n.20, pp.157-174.
- Bianciardi M. (2010), *Evoluzione del pensiero sistemico e pratica clinica*, in *Riflessioni Sistemiche*, n. 2, pp. 191-202. Download: [www.aiems.eu](http://www.aiems.eu)
- Bianciardi, M.; Telfener, U. (1995), *Ammalarsi di Psicoterapia. Il rischio iatrogeno nella cura*. Franco Angeli, Milano.
- Boscolo L., Bertrando P. (1996), *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Colangelo Laura, Anna *Consiglio Il follow-up è davvero utile ai terapeuti della famiglia? Breve rassegna degli studi sulla verifica dei risultati* in: [http://www.itff.org/Lib.Bib/bib\\_follow-up.html](http://www.itff.org/Lib.Bib/bib_follow-up.html)
- Foerster, H. von, (1981), *Observing Systems*. Intersystems Publications, Seaside, CA: (tr. It. Sistemi che osservano. Astrolabio, Roma, 1987).
- Liddle e Dakof (1995), *The efficacy of family treatment for drug abuse*", *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 511-540
- Luft, J. (1997), *Processi di gruppo. Introduzione alle dinamiche di gruppo*. Città Studi Edizioni, Torino.
- Gritti P., Canevaro A. (1995), *Scelta vocazionale e identità del terapeuta della famiglia*. *Terapia Familiare*, n. 49, novembre.
- Freud, S. (1989), *Analisi terminabile e interminabile*, in: *Opere 1930-1938*, vol. 11; pag. 497-538, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1913), *Inizio del trattamento Opere*, vol. 7. Bollati Boringhieri, Torino.
- Fruggeri, L. (1992), *Le emozioni del terapeuta*, in *Psicobiettivo*, 3, pp. 23-34.
- Manghi, S. (2004), *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*. Raffaello Cortina, Milano.
- Stern, D. (2004), *The Present Moment*. Norton Pubs, New York (tr. It. Il momento presente. Raffaello Cortina, Milano 2005).
- Telfener (2006) *Rischio iatrogeno ed epistemologia* in: [www.psicologiadellasalute.org/archivio/membri/allegato\\_69.pdf](http://www.psicologiadellasalute.org/archivio/membri/allegato_69.pdf)
- Telfener, U. (2002) *Dalla terapia familiare alla sistemica*, in: *Orizzonti Cornici Prospettive Connessioni*, Centro Milanese di Terapia della Famiglia pp. 35-57.
- Toffanetti, D. (2008). *Parlare dell'implicito. Note sulla conclusione della terapia sistemica individuale. Paziente Sistema Persona* in: *Connessioni*. Centro Milanese di Terapia della Famiglia pp.215-226.



# Intersoggettività e regolazione delle emozioni.

## Quando in famiglia si recita a soggetto

Sabina Deolmi, Elisa Di Nuzzo, Marzia Dossena,

2° anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

### Sommario

Il seguente articolo nasce con l'intento di rileggere un'esperienza clinica condivisa come équipe di lavoro, attraverso l'integrazione tra le più note teorie sul concetto di intersoggettività e di regolazione emotiva, con le recenti acquisizioni delle neuroscienze. Muovendo da un'idea di mente come sistema, poniamo il focus sulla capacità innata delle persone di costruire uno spazio di condivisione (di emozioni, significati, conoscenze) a partire dall'esperienza corporea, di cui il sistema mirror è parte costitutiva.

**Parole chiave:** Intersoggettività, regolazione emotiva, simulazione incarnata, Still-Face, espansione diadica di coscienza, polarità semantiche, organizzazione di significato DAP

### Summary

*The following article was created with the intention of re-reading as a shared experience clinical team working through the integration of the best known theories on the concept of inter-subjectivity and emotional regulation, with the recent findings of neuroscience. .Moving from the idea of mind as a system, we put the focus on the innate ability of people to build a shared space (of emotions, meanings, knowledge) starting from bodily experience, of which the mirror system is a component.*

**Key words:** *Inter-subjectivity, emotional regulation, embodied simulation, Still-Face, dyadic expansion of consciousness, semantic polarity, organization of meaning DAP*

## Introduzione

Gli interrogativi che l'uomo si pone rispetto al proprio essere nel mondo, al modo in cui è possibile comprendere la realtà, percepire l'altro e relazionarsi ad esso, appartengono da sempre alla nostra specie e trovano tante risposte quante sono le premesse epistemologiche che hanno orientato le discipline e i saperi nelle diverse epoche. Focalizziamo qui l'attenzione su una questione particolare: sul modo in cui un essere umano interagisce con l'altro e partecipa alla costruzione di relazioni, partendo dalla premessa che segue.

## La mente "con"

Nel libro "Mente e Natura" Bateson (1984) afferma che "i fenomeni che chiamiamo pensiero, evoluzione, ecologia, vita, apprendimento e simili si presentano solo nei sistemi", dove per sistema si intende un tutto costituito da una serie di parti interagenti, in cui il cambiamento di informazione in una sola delle parti influenza il cambiamento delle altre nel sistema, altre "menti". Già questa asserzione sembra allontanarsi dall'idea di una mente sola e solitaria, all'interno della quale si svolgono unicamente processi intrapersonali, ipotesi, questa, che ha caratterizzato la psicologia a partire dalla sua nascita fino agli anni '70 circa. Ridimensioniamo dunque il concetto di *mente individuale*, per accogliere invece un concetto più ampio: la mente è, innanzitutto, una mente *con* ed in relazione attiva con un'altra mente.

In tal senso Trevarthen (1979) concettualizza l'intelligenza umana come principalmente cooperativa e si interroga su come sia possibile la condivisione di significati e conoscenze fra menti. L'intelligenza cooperativa, prima di essere una capacità cognitiva, trae origine da sistemi motivazionali ed emotivi che fungono come filtri degli aspetti cognitivi. Lo stesso

Trevarthen (1979) sostiene la posizione attiva di partecipazione dell'uomo alla relazione fin dalla nascita, affermando che i bambini da subito sono capaci di comprensione reciproca: il neonato sarebbe contraddistinto da una socialità innata e il processo di attaccamento del bambino alla madre sarebbe una relazione che si co-costruisce nel tempo e in cui madre e bambino sono due soggetti altrettanto attivi. Sempre in quest'ottica, la comunicazione emotiva mamma-bimbo sarebbe il fondamento per l'intersoggettività, intesa come possibilità di costruire e ottenere uno spazio di condivisione di stati mentali, di significati e di conoscenze tra soggetti in comunicazione. Questo spazio può essere costruito grazie ad una predisposizione della specie umana: non sarebbe quindi dettata unicamente dall'acquisizione di comportamenti per mezzo dell'esperienza, ma condizione innata, seppur da affinare.

La significativa incidenza che già Piaget aveva attribuito al ruolo delle esperienze corporee nello sviluppo cognitivo e che nella visione enattiva della conoscenza proposta da Maturana e Varela (1980) si traduce nella definizione di processi *embodied* o incarnati (Varela e Shear, 1999), è oggi riconosciuta e affermata dalle neuroscienze sulla base di chiare evidenze. L'importanza dei *pattern* motori sulle funzioni associative e sensoriali è stata inizialmente sottolineata dal neuroscienziato Robert Sperry (1952) che ha messo in rilievo come, nel nostro modo di pensare, siano tendenzialmente sottovalutati il ruolo e la funzione del comportamento motorio nella rappresentazione dell'attività mentale.

Allievo di Sperry fu Colwyn Trevarthen, biologo e psicologo noto per aver approfondito gli aspetti della conversazione preverbale madre-bambino, definendola una *proto-*



*conversazione* modulata dal linguaggio corporeo (Trevarthen, 1993; 1997) e coniano il termine di “intersoggettività primaria” per definire il processo attraverso il quale il bambino entra attivamente in relazione con la madre, come soggetto autonomo, contribuendo a dar vita a scambi comunicativi coerenti, empatici, condivisi e organizzati da regole di mutuo influenzamento.

In tempi più recenti, Genta (2000), partendo dalle ipotesi di Breten (1972), secondo il quale il neonato conterrebbe nella sua mente la presenza di un “altro virtuale” a garantire l’intersoggettività, ha definito quest’ultima *la* cornice che consente lo sviluppo di ogni altra capacità dell’individuo.

Le recenti scoperte scientifiche relative ai meccanismi neurofisiologici che sarebbero alla base dell’intersoggettività, si configurano come un punto di svolta che potrebbe favorire una sensibile rilettura di molte teorie psicologiche che descrivono le interazioni umane a partire dal livello intrapsichico.

Le connessioni tra le ricerche neuroscientifiche, l’approccio enattivo allo sviluppo e il concetto di intersoggettività sono state messe in luce anche da studiosi di orientamento bioenergetico, come Cinotti (2008) che, riferendosi al pensiero di Lowen (1994), afferma che:

“..quello che sperimentiamo è la base del nostro sé corporeo e ci permette di costruire il nostro mondo interno, disegnando contemporaneamente la nostra percezione del mondo esterno (...) il processo di regolazione, in questo senso è una retroazione delle nostre esperienze e riguarda la capacità di regolare le emozioni e le interazioni sociali durante tutta la vita”.

Questo complesso meccanismo attraverso il quale costruiamo risposte che derivano dalla nostra esperienza, che nello stesso tempo orientano il modo in cui affrontiamo le successive esperienze, ha una base corporea, ed è quindi vincolato alla maturazione di specifiche strutture cerebrali e allo sviluppo progressivo di competenze motorie.

### *Le basi del sistema motorio*

Per lungo tempo si è supposto un funzionamento molto semplificato del sistema motorio. Stando agli studi effettuati, infatti, si supponeva che esso funzionasse secondo la tipica sequenza percezione - cognizione - movimento. Le aree motorie della corteccia cerebrale sono dunque state a lungo ritenute addette a compiti puramente esecutivi ed era escluso che avessero un qualsiasi valore a livello cognitivo né, tantomeno, affettivo.

Ma come spiegare l’elaborazione dei diversi input sensoriali e dei processi cognitivi legati ad aspetti emotivi quali intenzioni, credenze, desideri?

Oggi sappiamo che il sistema motorio è molto più complesso di come ipotizzato in passato in quanto formato da un mosaico di aree che coinvolgono zone frontali e parietali, aree visive, uditive, tattili. Non solo si è scoperta una complessità e un’interconnessione assai elaborata fra diverse aree, ma è stata rilevata la presenza, in alcune aree, di neuroni molto particolari. Essi si attivano sia in relazione a semplici movimenti, sia ad atti motori finalizzati e rispondono selettivamente alle forme e alle dimensioni degli oggetti sia quando stiamo per interagire con essi sia quando, ed è questa la scoperta interessante, ci limitiamo ad osservarli (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006).

Questi neuroni riescono a discriminare l’informazione sensoriale, selezionandola in

base agli atti che potrebbero essere potenzialmente eseguiti, indipendentemente dal fatto che uno di essi sia realizzato. Non esisterebbe quindi una separazione così stretta fra i puri movimenti fisici e gli atti potenziali che possono essere eseguiti tramite essi. Rizzolatti e Sinigaglia (2006) citano numerosi esperimenti di registrazione neuronale effettuati in contesti per quanto possibile naturali. Da tali esperimenti emerge che le aree corticali dell'animale, libero di muoversi e di prendere gli oggetti e il cibo offertigli, si attivano come se l'animale avesse a che fare con azioni e non con singoli movimenti.

Questo risultato ci induce a riflettere sul fatto che gli uomini e i primati non umani raramente compiono movimenti "afinalizzati" e che, di solito, utilizzano il movimento con il fine di raggiungere, mordere o afferrare. Siffatta osservazione ci costringe a rivalutare la rigidità con la quale sono stati considerati i confini tra processi percettivi, cognitivi e motori. È dai nostri atti, non dai movimenti, che si concretizza la nostra conoscenza dell'ambiente circostante e che diamo significato a ciò che ci circonda. La percezione è dunque molto più complessa di come si era ipotizzato ed è stato rilevato quindi che un cervello che agisce è anche e innanzitutto un cervello che comprende, seppur la sua sia una comprensione pragmatica, preconettuale e prelinguistica.

### *I neuroni mirror*

È conoscenza ormai assodata a livello scientifico che la comprensione umana si riflette anche nell'attivazione di quella particolare classe di neuroni definiti neuroni specchio o *mirror*, scoperti nel 1992 dall'equipe costituita da Di Pellegrino, Fadiga, Fogassi, Gallese e Rizzolatti. Gli scienziati si stavano dedicando allo studio della corteccia premotoria del

macaco. Essi avevano collocato degli elettrodi nella corteccia frontale inferiore del primate per studiare il funzionamento dei neuroni specializzati nel controllo dei movimenti della mano quali, per esempio, la raccolta e la manipolazione di oggetti. In ogni esperimento veniva effettuata la registrazione delle risposte dei singoli neuroni deputati al controllo del movimento nel cervello della scimmia mentre raccoglieva frammenti di cibo. Fu a questo punto che, casualmente, si scoprì che alcuni neuroni motori della scimmia reagivano, nonostante questa fosse ferma: mentre uno sperimentatore stava prendendo una banana da un cesto di frutta preparato per degli esperimenti, alcuni neuroni della scimmia che osservava la scena reagirono. Come poteva essere possibile che dei neuroni motori si attivassero nonostante la scimmia fosse ferma? Inizialmente gli sperimentatori pensarono ad un'inesattezza o ad un guasto nella strumentazione, ma le reazioni si ripeterono non appena fu ripetuta l'azione di afferrare. Questo episodio casuale stimolò la ricerca e la scoperta dei neuroni *mirror*, una particolare classe di neuroni localizzati in entrambe le regioni parietali frontali inferiori del cervello.

Successivamente Fadiga, Fogassi, Pavesi, Rizzolatti (1995) dimostrarono l'esistenza nell'uomo di un sistema simile a quello trovato nella scimmia. Utilizzando la stimolazione magnetica transcranica, questi autori hanno rilevato che la corteccia motoria dell'uomo viene attivata dall'osservazione di azioni e movimenti altrui. Gli esperimenti di stimolazione e registrazione cerebrale, insieme a test comportamentali, hanno poi confermato che nel cervello umano esistono sistemi simili e molto sviluppati. Sono state identificate con precisione le regioni che rispondono all'azione/osservazione e si è rile-

vato che esse sono strettamente analoghe a quelle dei primati.

Le evidenze scientifiche rilevate mostrano dunque come il riconoscimento degli altri, delle loro azioni e perfino delle loro intenzioni dipenda innanzitutto dal nostro patrimonio motorio. Dagli atti più elementari e naturali, come afferrare il cibo con la mano o con la bocca, a quelli più sofisticati che richiedono particolari abilità, come l'eseguire un passo di danza, una sonata al pianoforte o una *pièce* teatrale, i neuroni specchio consentono al nostro cervello di correlare i movimenti osservati e quelli propri e di riconoscerne così il significato (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006). Questo meccanismo è essenziale, perché senza di esso potremmo sì disporre di una rappresentazione sensoriale, una sorta di immagine del comportamento altrui, ma questa non ci sarebbe d'aiuto nella conoscenza e nella comprensione delle azioni altrui. Certo le capacità cognitive di ordine superiore potrebbero aiutarci in questo e permetterci di dedurre i possibili intenti o le motivazioni che spiegherebbero gli atti compiuti dagli altri, tuttavia il nostro cervello è in grado di comprendere questi ultimi immediatamente, di riconoscerli senza far ricorso ad alcun tipo di ragionamento, basandosi unicamente sulle proprie competenze motorie (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006).

Secondo gli studi di Rizzolatti e Sinigaglia (2006) i neuroni *mirror* e la loro attivazione sarebbero collegate all'apprendimento classico propriamente detto e di quello per imitazione e della comunicazione gestuale. La presenza dei *mirror* favorirebbe dunque la costruzione di una sorta di esperienza comune di base che sarebbe essenziale per consentire ai soggetti di agire sia come individui che come soggetti sociali. Pare inoltre che la nostra capacità di leggere e compren-

dere le reazioni emotive altrui sia correlata ad un circuito di aree dotate di proprietà specchio.

Il circuito delle aree *mirror* consentirebbe agli uomini di avere dentro di sé una sorta di base comune che favorirebbe la comprensione dei comportamenti altrui e che, di conseguenza, guiderebbe il loro agire in quanto individui ma anche in quanto soggetti sociali. Tale base sarebbe costituita da una tendenza biologica all'apprendimento, all'imitazione, alla costruzione gestuale e all'empatia. I neuroni *mirror* sarebbero quindi legati allo sviluppo dell'intersoggettività umana, in quanto favorirebbero la condivisione di azioni ed emozioni. Azioni ed emozioni risulterebbero *immediatamente* condivise: la percezione del dolore o del disgusto altrui attivano infatti le stesse aree della corteccia cerebrale che sono coinvolte quando siamo noi a provare dolore o disgusto. Ciò mostra quanto radicato e profondo sia il legame che ci unisce agli altri, ovvero quanto sia inesatto concepire un *io* senza un *noi*.

Si può intuire come i neuroni specchio sembrino essere la base neurologica per la costituzione di significati condivisi e condivisibili, un terreno comune che consente all'uomo di agire come individuo oppure come membro di una comunità: in poche parole sembrano decisivi per la costituzione dell'intersoggettività.

I neuroni *mirror* non interverrebbero quindi solo nella comprensione delle azioni altrui, ma anche nella condivisione di emozioni: contribuirebbero cioè alla possibilità di provare empatia, grazie al sistema multiplo di condivisione dell'intersoggettività. Nel nostro sistema nervoso esisterebbero dunque molteplici sistemi *mirror* che non si attiverebbero solo per le proprie ed altrui azioni, ma anche per le emozioni e le sensazioni.

Gallese (2003) ipotizza che alla base della capacità innata degli individui di creare uno spazio di condivisione con l'altro, che egli definisce "noi-centrico", esista un meccanismo di "simulazione incarnata" ("*embodied simulation*") sostenuto dall'attività dei *mirror*. Il sistema dei neuroni specchio consentirebbe di mappare a livello cerebrale, in particolare sullo stesso substrato nervoso, le azioni che sono eseguite da sé, ma anche quelle osservate mentre sono svolte da altre persone. Gallese ipotizza quindi che la simulazione incarnata sia quel meccanismo grazie al quale l'uomo crea modelli di interazione tra sé e l'ambiente, con la funzione sia di guidare il proprio comportamento sia di leggere quello altrui, creando così una base di significato condivisa di azioni ed emozioni.

### *Regolazione emotiva e paradigmi sperimentali: lo still face*

Introduciamo a questo punto l'interessante contributo di Edward Tronick, che in qualità di esponente dell'*infant research* si è occupato di studiare l'evoluzione delle competenze precoci dei bambini ed ha approfondito in modo specifico la complessa regolazione emotiva tra madre e infante, con l'elaborazione di un interessante paradigma sperimentale denominato *Still Face*, "volto immobile" (Tronick, Als, Adamson, Wise e Brazelton, 1978).

Tale procedura si occupa di osservare le interazioni madre-bambino, nel corso del primo anno di vita, in una situazione sperimentale controllata e registrata in cui i due soggetti vengono posti uno di fronte all'altro, senza la presenza di altre persone ed oggetti. La procedura mira a studiare l'interazione fra i due, costringendoli ad impiegare tutte le risorse a loro disposizione per interagire nel

modo più soddisfacente possibile. Attraverso tale sistema si evidenzia la capacità del bambino di gestire le proprie comunicazioni e, nello stesso tempo, si osservano le modalità comunicative attuate dalla mamma.

Nella versione più utilizzata dello *Still Face* gli sperimentatori chiedono alla madre, dopo due minuti di interazione faccia a faccia con il bambino, di mantenere quanto più possibile il viso immobile e inespressivo, sospendendo ogni contatto e comunicazione con lui. Dopo circa due minuti, è invitata a riassumere la sua espressione abituale, riprendendo la normale comunicazione con il figlio.

Lo scopo del paradigma è studiare le specifiche risposte del bimbo ad una perturbazione della comunicazione, costituita dall'improvvisa indisponibilità emotiva della madre (Tronick, 2008).

Nel corso dell'esperimento Tronick et al. (1978) hanno focalizzato l'attenzione sul momento in cui la madre è inespressiva, esaminando le reazioni tipiche del bambino all'atteggiamento materno.

Le reazioni dei bambini sembrano rispondere ad uno specifico schema dinamico: nella prima parte dell'esperimento, dove la relazione è normale, lo stile comunicativo sembra essere centrato sul controllo visivo della madre e sull'orientamento positivo e giocoso verso di lei. Nella seconda parte, quando la mamma è inespressiva, il bambino, dopo un primo momento di orientamento positivo, passa a reazioni di protesta e circospezione e rivolge lo sguardo altrove. Di fronte al volto non responsivo della madre, quindi, in un primo momento il piccolo reagisce intensificando gli sforzi comunicativi attraverso l'accentuazione del sorriso, delle vocalizzazioni e dell'intensità dello sguardo. In seguito, quando l'inespressività della mamma perdura, il bimbo fa ricorso a condotte di

autoregolazione finalizzate ad alleviare il proprio stato di disagio, per esempio evitando il contatto visivo, ricorrendo alla stimolazione di parti del proprio corpo (ad es. mano in bocca, *grasping* di una mano sull'altra), manipolando i propri indumenti e assumendo un'espressione del volto circospetta e ritirata. Il bambino quindi mette in atto tutte le proprie competenze regolatorie per stimolare la responsività della madre.

Tronick et al. (1978) hanno interpretato queste reazioni del bambino alla fissità del volto genitoriale come una risposta alla violazione delle aspettative che il bambino potrebbe avere rispetto alla propria interazione con la mamma. Il bimbo quindi riuscirebbe, già dai tre mesi, a modificare i propri affetti, e dunque la propria comunicazione, in risposta all'emotività mostrata dal proprio partner, dimostrandosi capace di rilevare immediatamente la diversa qualità affettiva dell'espressione materna.

Grazie anche all'apporto fornito da queste ricerche, Tronick (2008) ha sviluppato il *Modello di Regolazione Reciproca (Mutual Regulation Model o MRM)*, utilizzando concetti mutuati dalla *teoria generale dei sistemi* (Von Bertalanffy, 1968) secondo la quale fin dai primi mesi di vita il bambino è un sistema autorganizzato in grado, almeno parzialmente, di regolare le proprie emozioni. Oltre a ciò, il bambino sarebbe in comunicazione continua con le modalità comunicative e regolatorie della madre, intesa anch'essa come un sistema autorganizzato di regolazione. I due sistemi, attraverso le reciproche interazioni, comunicano tra loro ottenendo in questo modo un sistema diadico di mutua regolazione di cui i due elementi sono sottosistemi interdipendenti (Tronick, 2008). In questa prospettiva l'inespressività materna creerebbe un blocco comunicativo, che pro-

durrebbe nel bambino una risposta di modificazione delle sue modalità di regolazione.

E il ripristino della comunicazione? Le osservazioni di Tronick (2008) hanno rilevato che quando la madre ritorna comunicativa, il bambino ripristina la propria attività comunicativa, esprimendo nei confronti della genitrice interesse e gioia, ma contemporaneamente anche emozioni negative, come rabbia, tristezza e disagio. Il ricercatore ha notato anche un effetto di trascinarsi di queste reazioni emozionali negative durante successivo episodio di riunione. Il sistema di codifica utilizzato da Tronick (2008) prende il nome di *Infant Regulatory System* ed è particolarmente significativo in quanto abbina l'analisi delle emozioni espresse dall'infante attraverso la mimica facciale con quella relativa alle condotte auto ed etero regolatorie adottate dallo stesso per fronteggiare lo stress prodotto dal paradigma sperimentale.

#### *La sintonizzazione affettiva: autoregolazione e mutua regolazione tra rottura e riparazione*

Uno degli aspetti più originali del lavoro di Tronick rispetto all'utilizzo dello *Still Face* è sicuramente quello di sottolineare le precoci competenze regolatorie dei bambini che, fin dai primi mesi "sono ben equipaggiati per poter comunicare agli altri le proprie valutazioni e i propri stati emotivi" (Tronick, 2008), osservando come in quel periodo essi non siano totalmente dipendenti dal *caregiver* per il controllo degli affetti negativi. Il bambino può inoltre ricorrere, secondo l'autore, a forme di autoregolazione in caso di presenza di stimoli negativi ed è in grado di adottare forme comunicative di tipo eteroregolarie, volte cioè a sollecitare l'intervento regolatorio dell'adulto, attraverso l'impiego di distin-



te configurazioni emotive. Fin dai primi mesi di vita, in effetti, il bambino sembra essere in grado di mettere in atto risposte emotive specifiche attraverso l'espressione del volto, il tono della voce, lo sguardo e la gestualità. Queste configurazioni informano il *caregiver* dello stato affettivo del bambino, permettendogli di rispondere regolando gli stati affettivi che il piccolo sta esprimendo. Si crea in questo modo un sistema di mutua regolazione che dipende contemporaneamente dalle capacità regolatorie del bambino e dalla funzione di *scaffolding* regolatoria svolta dal *caregiver*. A questo proposito, Tronick (2008) evidenzia come le condotte di auto-regolazione attuate dal bambino possano svolgere anche una funzione eteroregolatoria, sollecitando l'intervento dell'adulto. Se ne deduce che i confini tra auto ed etero regolazione non siano netti. Il sistema di mutua regolazione è caratterizzato da processi di sintonizzazione implicanti un'alternanza di stati affettivi coordinati e non tra i due partner, in cui possono emergere errori interattivi da parte di entrambi. In condizione di interazione normale, infatti, la comunicazione madre bambino appare contraddistinta da processi di sintonizzazione/rottura/riparazione nei quali la madre, dopo mancate sintonizzazioni, produce riparazioni efficaci, portando allo sviluppo di nuovi stati affettivi coordinati con il bambino, ma anche quest'ultimo può risintonizzarsi a sua volta con la madre. Quindi il sistema di regolazione madre bambino procede attraverso stati di sintonizzazione affettiva coordinati (*match*) e non coordinati (*mismatch*), in cui possono emergere errori interattivi da parte di entrambi, con la conseguente genesi di affetti negativi. Solitamente gli errori vengono riparati rapidamente dalla madre, determinando la formazione di nuovi stati coordinati. D'altra parte anche il bam-

bino si dimostra via via sempre più in grado di riparare i propri errori comunicativi, per esempio ricercando attivamente l'interazione con la madre. Esisterebbe dunque una continua rottura/riparazione della comunicazione. Le ricerche evidenzerebbero che il 40% circa dell'attività materna nel corso del primo anno di vita sia connessa all'espressione di affetti positivi rispetto a quella del bambino, mentre quella del bimbo, nello stesso periodo, sia sincronizzata a livello di affetti positivi con quella della madre solo per il 15% circa (Tronick, 2008).

Quale potrebbe essere l'impatto dell'insieme delle transazioni che regolano l'interazione bambino-*caregiver* sullo sviluppo della personalità infantile? Sempre secondo Tronick (2008) sperimentare riparazioni riuscite e ripetute trasformazioni degli affetti negativi in positivi è indispensabile per lo sviluppo dei primi nuclei della personalità, poiché consente al bambino di:

- costruire una rappresentazione di sé come efficace dal punto di vista comunicativo;
- costruire una rappresentazione delle sue interazioni come positive e riparabili;
- costruire una rappresentazione del *caregiver* come affidabile e disponibile.

Il bambino costruirebbe dunque un nucleo affettivo positivo relativo al proprio sé, accrescendo così sia le proprie competenze affettive e comunicative etero dirette, sia le proprie capacità regolatorie auto dirette, impiegandole in modo più efficace. In sintesi, questa esperienza consente il mantenimento del coinvolgimento e dell'interesse dell'infante nei confronti dell'ambiente esterno anche in caso di situazioni stressanti.

In caso invece di sperimentazione ripetuta di rotture comunicative e di riparazioni fallimentari emergerebbero affetti negativi che por-

terebbero il bambino a costruire un nucleo affettivo negativo di sé, contraddistinto da rabbia e tristezza e fondato sulla rappresentazione di se stesso come inefficace e della madre come non disponibile.

### *Espansione diadica degli stati di coscienza e processo di cambiamento terapeutico*

La domanda sul perché gli uomini vadano alla ricerca della connessione emotiva e dell'intersoggettività e sul perché il mancato raggiungimento di questa causi effetti così negativi sulla salute mentale del bambino ha portato Tronick (2008) a proporre l'ipotesi dell'*Espansione Diadica di Coscienza*. Questa afferma che ogni persona è un sistema autorganizzante che crea stati di coscienza propri - stato di organizzazione cerebrale - i quali possono svilupparsi in stati più coerenti e complessi con l'aiuto di un altro sistema autorganizzante (es.: bambino e madre o paziente e terapeuta). Questa ipotesi si basa sul *Modello di Regolazione Reciproca* che descrive il processo socio-emotivo di microregolazione della comunicazione, che comprende fasi di avanzamento (*moving along*), "momenti ora" (*now moment*), "momenti di incontro" (*movement of meeting*), generando o meno gli stati diadici di coscienza (Tronick, 2008).

Capire come la regolazione reciproca degli affetti contribuisca a creare gli stati diadici di coscienza, può aiutare a comprendere ciò che induce il cambiamento nel processo terapeutico. Studiare le relazioni familiari ci permette di uscire dalla tradizionale logica cartesiana che tenderebbe a spiegare l'intersoggettività stessa in termini individuali e a identificare le persone con i loro sintomi. Come afferma Genta (2000): "gli individui che partecipano alla relazione intersoggettiva non possono essere definiti al di fuori di essa".

### *Intersoggettività come comunanza di soggettività nella costruzione di significati familiari*

In ambito di psicoterapia sistemica, Valeria Ugazio (1998) utilizza il concetto di *intersoggettività* per descrivere la comunanza delle soggettività, che all'interno della famiglia viene garantita dalla condivisione di significati, organizzati secondo polarità antagoniste.

Il concetto di polarità semantiche da lei coniato prevede che la conversazione familiare, così come quella che accade tra i membri di ogni altro gruppo che condivide una storia, sia organizzata per polarità di significato antagoniste quali: buono/cattivo, giusto/ingiusto, chiuso/aperto, bello/brutto, etc. Ella definisce così il legame tra famiglie strutture semantiche:

Una famiglia, come ogni altro contesto intersoggettivo, si differenzia e acquista una sua identità e specificità in quanto, coloro che vi appartengono, costruiscono le conversazioni e quindi la realtà sociale, in modo diverso da altre famiglie. All'interno di ogni famiglia, soltanto alcune delle polarità di significato presenti nel contesto culturale risultano salienti (...) Una famiglia è tale, in quanto coloro che vi appartengono condividono una struttura semantica di rilevanza, formata di regola da un certo numero di polarità. (Ugazio, 1998, pag.45)

Ogni individuo che si definisce rispetto alle dimensioni semantiche del proprio gruppo sociale, deve collocarsi in un punto specifico di ciascuna polarità perché non può essere contemporaneamente giusto e ingiusto, infame e leale, etc. In questo modo l'identità di ciascun membro viene a dipendere in modo

cruciale da chi, occupando altre posizioni, consente l'esistenza e la continuità delle dimensioni semantiche rilevanti.

È proprio grazie a questa *con-posizione* che ciascun membro mette in atto, ancorando la propria identità con quella degli altri membri della famiglia rispetto alle dimensioni semantiche salienti, che è possibile garantire *fin dall'inizio* (e non coordinandosi in un secondo momento) una dinamica intersoggettiva, nel senso di una interdipendenza delle varie soggettività.

### *Psicopatologia e polarità familiari*

L'indagine di Ugazio sul tema delle polarità familiari è iniziata nel 1986 con una ricerca clinica volta a cogliere particolari configurazioni relazionali che fossero marca di contesto per lo sviluppo di alcune patologie definite tipo "nevrotico". In questo elaborato intendiamo approfondire in modo specifico la semantica caratteristica del disturbo alimentare, con l'intento di rileggere un'esperienza di pratica clinica che in qualità di specializzande stiamo vivendo sul luogo di tirocinio.

### *Nel disturbo alimentare o si vince o si perde*

Ugazio (1998) nel suo studio sulle polarità semantiche familiari rileva la presenza di una polarità critica fondamentale per le famiglie in cui si sviluppa un disturbo alimentare psicogeno, che ella definisce come *semantica del potere*. Tra i membri di queste famiglie assume una centralità assoluta nella definizione di sé e del mondo la polarità *vincente/perdente*. A questa si aggiungono concetti salienti come volontà, controllo, iniziativa in contrapposizione ad altri quali passività, arrendevolezza, lasciar accadere le cose.

Si è vincenti proprio perché si è volitivi, determinati e perché si ha il controllo

di sé e degli altri, mentre si è perdenti, perché si è passivi, arrendevoli e in balia delle sopraffazioni degli altri. (pag. 235)

Queste famiglie sembrano confermare l'ipotesi di Festinger (1973) e Tajfel (1985) sulla salienza del confronto sociale come impulso a valutare le proprie opinioni e abilità e come perno dei rapporti tra identità e relazioni intergruppi. Il confronto diventa per tutti i membri una dimensione fondamentale che guida sia le relazioni interne al nucleo, sia quelle con la parentela. Si è vincenti o perdenti in quanto così si esce da un confronto, non perché sia un tratto individuale. È un contenuto puramente relazionale.

Secondo l'ipotesi di Ugazio (1998), generalmente in queste famiglie è molto sentito il tema dello *status* perché nel loro passato vi è traccia di episodi di caduta e riscatto sociale o di rango tra famiglie d'origine dei genitori oppure è molto sentita l'appartenenza al clan.

Ugazio cita numerosi autori (Bruch, 1978; Selvini Palazzoli, 1981; Guidano, 1987) che sono concordi nel ritrovare in queste famiglie un'attenzione diffusa al giudizio degli altri e alle apparenze sociali, proprio a causa della polarità tutta relazionale implicata nella costruzione dei significati. Ugazio definisce ciascun membro un *etero-attributore*, nel senso che ogni individuo considera i propri comportamenti come una risposta a quelli degli altri e, in riferimento alle persone con sintomo anoressico, cita una riflessione di Bruch (1982) riferita alle persone con sintomi anoressici (1982, pag 333): "mai hanno la sensazione di fare le cose *perché le vogliono fare*".

All'interno della polarità vincente/perdente, data l'importanza di definirsi attraverso il



confronto, è spesso presente una dimensione conflittuale, che può giungere ad una *escalation* in cui i contenuti stessi perdono salienza. Ad esempio nelle situazioni in cui bisogna prendere decisioni, il conflitto non emergerà tanto in relazione al contenuto, quanto a chi abbia il diritto di decidere e ottenere così la *onemanship* o preminenza nel rapporto. In questo senso, Ugazio (1998) parla di semantica del potere.

Tutto questo ovviamente viene messo in campo anche nella relazione con i terapeuti e con chiunque entri *in scena* occasionalmente nella famiglia: c'è chi vince e chi perde. Poiché è impossibile evitare questo confronto competitivo che regola le relazioni, la definizione delle relazioni tra i membri è molto instabile, così come le rispettive identità. Chi è "perdente" non potrà mai accettare serenamente tale condizione e, se non vedrà prospettive di detronizzare i vincenti, tenderà a rileggere la propria sconfitta alla luce di un "sacrificio". Chi è vincente, non potrà in alcun momento sedersi sugli allori e lavorerà perché venga riconosciuta la propria superiorità, spesso espressa in termini di disponibilità incondizionata verso l'altro, ad esempio lavorando tanto per il bene della famiglia, quanto attivandosi nella comunità per aiutare gli altri, tralasciando di esprimere la strumentalità che si cela dietro alle buone intenzioni.

### *Significati ed emozioni*

Ugazio tende a sottolineare che i contesti conversazionali in cui si giocano le polarità semantiche familiari sono principalmente *emotivi*. Non sempre vi è un'esplicitazione verbale delle semantiche familiari, ma specie i significati più rilevanti vengono espressi in modo non verbale e con contenuti emotivi molto intensi. Inoltre afferma che tutte le

polarità semantiche contengono un nucleo emotivo, in accordo con la posizione di Kelly (1955) che per primo in ambito di costruzionismo sociale, ha messo in discussione l'idea di una scissione tra emozioni e cognizioni.

Gli stati emotivi sperimentati in modo caratteristico dalle famiglie in cui è prevalente la polarità vincenti/perdenti sono: *fiducia in se stessi, senso di efficacia e competenza personale, padronanza, dominio* contrapposti a *vergogna, umiliazione, impotenza, incapacità, inadeguatezza, gelosia, invidia, rivalità*. Anche in queste famiglie le persone desiderano differenziarsi le une dalle altre, ma poiché le connotazioni "più" e "meno" danno origine ad una superiorità o ad un' inferiorità, le differenze non sono ben accette. Le *escalation* competitive generate dal confronto devono essere contenute, perché mettono a rischio la coesione e l'interdipendenza tra i membri del gruppo.

### *Polarità e ordine morale*

Ugazio (1998) sostiene che non esistono dimensioni semantiche di per sé neutre (solo attraverso un giudizio a posteriori assumono una connotazione positiva o negativa) e che i valori sono fin da subito costitutivi delle polarità semantiche.

Ciascuna polarità semantica è ciò che è, anche in rapporto all'ordine morale che esprime; se questo viene a cambiare, si dà vita a una diversa polarità semantica, non si modifica semplicemente la connotazione di valore. Si pensi ad "amore/indifferenza/odio": questa polarità esprime un ordine morale complesso che svaluta la posizione mediana; basta modificare lo statuto di questa posizione, attribuendole un valore positivo per cambiare la

dimensione semantica nella sua globalità: essa si trasformerà ad es. in “passione/pace dei sensi/distruzione”. (pag. 90)

Quando il bambino nasce si trova a comporsi con gli altri membri della famiglia e a costruire con loro una nuova posizione (la sua) che contiene, già prima che egli possa esserne consapevole, un ordine morale. Poiché il modo che ha il bambino di comporsi con gli altri membri è stabilire un legame di attaccamento, i processi di attaccamento sono diversi in rapporto alle polarità semantiche rilevanti per quella famiglia.

### *Psicopatologia e significati personali*

Il tema indagato da Ugazio (1998), relativo alle modalità con cui le persone costruiscono la propria soggettività attraverso particolari organizzazioni di significato, è stato oggetto di studio - circa un decennio prima - anche di Vittorio Guidano (1988). Egli affronta la questione da un altro punto di vista, partendo però da premesse simili:

In base alla stretta correlazione esistente tra i processi di attaccamento e il processo di differenziazione tra Sé e non-Sé, la relazione genitore-bambino può essere considerata come il fondamento sia dello sviluppo dell'identità e dell'attitudine verso se stessi, sia dello sviluppo del comportamento interpersonale e dell'attitudine verso la realtà. (pag.59)

Guidano si è occupato nello specifico di studiare le relazioni tra identità, attaccamento e costruzione del sé, delineando un modello di sviluppo dell'organizzazione conoscitiva individuale, in funzione del quale ciascun

individuo, pur vivendo in una realtà sociale condivisibile “oggettivamente”, può costruire il proprio punto di vista unico e soggettivo. Egli individua quattro tipi di “organizzazioni di significato personale”: Depressiva, Fobica, Ossessiva e tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP). Ai fini del nostro lavoro approfondiremo solo quest'ultima.

### *Un'esperienza discrepante*

Guidano (1988) sintetizza in poche righe la dinamica disfunzionale che sarebbe correlata allo sviluppo di comportamenti alimentari anomali come anoressia, obesità, bulimia, *bynge-purge syndrome*, etc.:

L'unitarietà dei processi di significato personale nell'organizzazione tipo disturbi alimentari psicogeni (DAP) si origina a partire da una percezione vaga e indefinita di sé e si organizza intorno a confini antagonisti e oscillanti tra un bisogno assoluto di approvazione da parte delle persone significative e la paura assoluta di poter essere intrusi o disconfermati da tali persone. Caratteristica distintiva di questo modello organizzativo è la spiccata tendenza a reagire ad ogni perturbazione dell'equilibrio tra queste polarità emotive con un'alterazione dell'immagine corporea attraverso un comportamento alimentare anomalo.

Pur nella varietà dei disturbi alimentari, Guidano (1988) individua come elemento costante una specifica esperienza discrepante nello sviluppo del senso di sé, che può avere origine in un ampio numero di modelli disfunzionali di attaccamento. Da dove origina tale esperienza?

Un elemento specifico del DAP è l'eserci-

zio da parte dei genitori di un controllo sulla possibilità di esprimere apertamente emozioni ed opinioni autonome da parte dei figli, come se solo condividendo le stesse opinioni ed emozioni fosse possibile amarsi davvero. Il contesto relazionale tende quindi a ridefinire le sensazioni e le emozioni del bambino fino al punto in cui egli è in grado di conformarsi al modo di sentire e di esprimersi dei genitori.

### *Rifiuto del rifiuto*

Dal punto di vista della comunicazione, il tipico ambiente familiare della persona DAP è caratterizzato da modalità ambigue e contraddittorie.

Selvini Palazzoli (1981) rileva che nella modalità comunicativa tipica di queste famiglie sono molto frequenti le disconferme alle affermazioni dell'uno e dell'altro e si verifica un'alta frequenza di rifiuti a più livelli:

“...è come se ciascun membro della famiglia reagisse al messaggio dell'altro nel modo seguente: rifiuto il contenuto di quel che dici, anche se sono d'accordo con il tuo diritto di dirlo. E rifiuto anche la definizione che nel tuo messaggio proponi di te (e di me) nella relazione” (pag. 227)

In termini di semantica del potere si pone in evidenza il paradosso per cui, se la relazione con gli altri membri è fondamentale per la definizione di sé, allora il rifiuto è la peggiore invalidazione; ma confermare la definizione che l'altro propone di sé, significherebbe esporsi al rischio di perdere una posizione vincente.

Se Ugazio (1998) ha associato a queste famiglie la salienza dello status e la tendenza all'oblatività, Guidano (1988) rileva una

grande attenzione alle apparenze sociali e alle formalità, tese a nascondere le difficoltà personali incontrate nel corso della vita. Ad esempio la coppia genitoriale si preoccupa di dare del proprio matrimonio un'immagine felice e soddisfacente, accentuando gli aspetti di dedizione nei confronti dei figli e la preoccupazione per la loro educazione ed il loro benessere. Il loro comportamento tende a voler confermare questa immagine di bravi genitori, più che a offrire un adeguato sostegno emotivo al bambino.

### *Un contesto invischiante*

Il bambino che sente di non potersi orientare autonomamente nella decodificazione dei propri stati interni tenderà a provare e percepire solo ciò che è pensabile nel contesto di decodificazione fornito da un rapporto di attaccamento molto coinvolgente, che Guidano (1988) riconduce al concetto di “*enmeshment*” (invischiamento), proposto di Minuchin (1976), nel senso di un'estremizzazione della vicinanza nelle relazioni familiari, che comporterebbe il rischio per l'individuo di perdersi nel sistema.

Nell'ipotesi di Guidano, i modelli di attaccamenti invischiante interferiscono con quel processo di  *differenziazione ritmica*  tra sé (*interno*) e gli altri (*esterno*) che sta alla base della formazione dell'identità, poiché impediscono al bambino di orientarsi in modo autonomo nella lettura e nell'organizzazione delle proprie sensazioni ed emozioni, rendendo difficile il processo di separazione o, per meglio dire, la possibilità che il bambino ha di “*sentirsi* separato” rispetto alle rappresentazioni interne dei genitori.

### *Fluttuazioni e controllo*

I confini già vaghi del sé, quindi, continuano ad oscillare tra il tentativo di legarsi all'*ester-*

*no* per riceverne un senso più definito di sé (poiché la non-percezione della propria individualità è vissuta come incompetenza) e il tentativo di sentirsi legato all'*interno*, per marcare in modo più autonomo il senso di sé (dove la percezione di un sé più definito si accompagna al senso di vuoto e al vissuto di inattendibilità).

Guidano (1988) osserva come, fin dai primi anni di vita, il bambino diventa sempre più esperto nel controllare queste oscillazioni critiche (vuoto o incompetenza), ricercando attivamente una collocazione presso gli stati intermedi. La stabilità è raggiungibile se il bambino prende come riferimento una figura privilegiata di attaccamento per la decodificazione dei propri stati interni e cerca nello stesso tempo di manifestare un senso di autosufficienza per sentire che si sta separando da questa stessa figura.

Mentre altri bambini sono già in grado a quell'età di decodificare autonomamente sensazioni ed emozioni, per il bambino con caratteristiche di organizzazione DAP, ancora completamente centrato sulla figura genitoriale, le sensazioni meglio riconoscibili sono quelle legate ai bisogni primari (fame, sete, motricità), perché vincolate alla componente corporea.

Secondo Guidano, il mantenimento di questo tipo di equilibrio è dovuto alla strutturazione di *modelli specifici di controllo decentralizzato*. Se il bambino esclude il canale esperienziale, può ridurre la possibilità di avere disconferme; se d'altro canto costruisce un'immagine di sé conforme alle aspettative del genitore prescelto, può riceverne in cambio le conferme utili al mantenimento di un senso definito di sé. Inoltre le sensazioni corporee, quale unica possibilità di percezione attendibile di sé, vengono organizzate in modo da agire come "diversivo"

che attenua l'emersione di oscillazioni critiche che portano con sé il senso di vuoto e di incompetenza.

### *Delusione e relativizzazione*

La tendenza che si vede in molti bambini DAP di mostrarsi educati, maturi, bravi a scuola, etc. deriverebbe quindi dal fatto che l'adesione alle aspettative di perfezione dei genitori è l'unico modo per sentire di valere qualcosa.

Questa forma di equilibrio viene però messa alla prova durante la crescita, quando nel bambino emergono le abilità cognitive superiori: se nell'età infantile i genitori rappresentano i modelli assoluti rispetto a verità e valori a cui riferirsi, durante la fase adolescenziale, in cui vi è la naturale tendenza a mettere in discussione le figure di attaccamento, essi vengono percepiti per la prima volta come persone come tante, non più infallibili e senza problemi. Questo passaggio fisiologico che generalmente viene vissuto dagli adolescenti in modo non eccessivamente stressante, all'interno di un percorso DAP è invece accompagnato da una profonda delusione, con conseguente senso di disconferma che fa riemergere quella percezione vaga di sé e l'oscillazione tra senso di vuoto e di incapacità personale.

Dato che l'unica strategia conosciuta per avere una percezione di sé stabile risiede nell'ottenere conferma da parte di persone significative, la persona continuerà a focalizzarsi su punti di riferimento esterni, altre persone con cui sia possibile stabilire un contesto di intimità relazionale, minimizzando gli effetti di delusioni e disconferme.

### *Sfide evitabili e imprevisti*

Nell'ipotesi di Guidano (1988), alla base del perfezionismo e dei meccanismi di autoin-

ganno tipici delle organizzazioni DAP c'è una specifica attitudine verso il sé: l'incertezza nell'attribuzione causale delle proprie sensazioni ed emozioni. A causa di questa incertezza e inconsistenza, il focus si sposta su riferimenti esterni, dai quali ricevere un giudizio che sia confermate, per ottenere il quale ci si propone standard di perfezionismo sempre più elevati che alla prova dei fatti rischiano ovviamente di essere disconfermati e delusi.

In ogni caso il perfezionismo, grazie alla disposizione verso di sé tipica delle organizzazioni D.A.P., che Guidano definisce *“autoin-gannevole ed elusiva”*, funge a uno scopo conservativo nel momento in cui vengono evitate in anticipo le sfide in cui si corre il rischio di un fallimento e che porterebbero a provare sensazioni di inadeguatezza e incompetenza.

Nel caso in cui sia impossibile prevedere o evitare confronti in grado di generare sensazioni perturbanti, la modalità di risposta prevalente del soggetto consiste nel proporsi con un'immagine corporea inaccettabile. Questo centrarsi sul corpo da un lato è in relazione al fatto che gli stimoli biologici sono quelli più facilmente discriminabili, dall'altro c'è tutta l'enfasi sugli aspetti formali presente nelle famiglie con modalità DAP a rendere il fattore estetico un canone essenziale nel regolare il livello di autostima.

In ambito patologico, quindi, la persona con disturbo anoressico si oppone al fallimento controllando al limite gli impulsi biologici e, come ha messo in evidenza anche Selvini Palazzoli (1981), contrapponendo continuamente alla percezione di inconsistenza il senso di potere e di efficienza personale conseguente al sentirsi in grado di dominare anche gli istinti primari e più essenziali.

### *Riaggiustamento e consapevolezza*

Dal punto di vista del percorso di sviluppo di un'organizzazione DAP, passato lo squilibrio adolescenziale, periodo durante il quale la persona prova le prime delusioni, avviene questa prima riorganizzazione e relativizzazione grazie alla quale la ricerca di rapporti confermati si trasforma in un atteggiamento gradualmente più complesso e articolato, volto a confermare e stabilizzare il livello di competenza e valore personale percepito, favorendo al tempo stesso il graduale affiorare di un senso più definito della propria individualità.

Secondo la prospettiva di Guidano (1988), l'andamento nel tempo di una disfunzione cognitiva DAP è variabile. Generalmente l'anoressia corrisponderebbe quindi a una condizione di squilibrio acuto caratteristica delle fasi giovanili della vita, con una tendenza a riaggiustarsi, specie quando attraverso la terapia o il sopravvenire di cambiamenti si modificano le situazioni interpersonali responsabili critiche di delusione o disconferma. Il riaggiustamento più stabile e ottimale coinciderebbe quindi con uno slittamento progressivo della consapevolezza di sé.

### *Conclusioni*

L'invito per il terapeuta è ad essere il più possibile presente nel tempo in cui, attraverso la consapevolezza della presenza dell'altro, si genera - intersoggettivamente - la condivisione di quello spazio noi-centrico in cui è così profondamente implicata la dimensione corporea. La visione di una *“danza relazionale”*, che Trevarthen osserva tra mamma e bambino e che potremmo estendere al contesto terapeutico tra sistema curante e sistema familiare, sembra richiamare *“l'unità sacra”* che Bateson descrive nel mondo vivente e che è regolata da processi cau-

sali circolari: non vi è predominanza di una singola parte sulla totalità del sistema, ma al contrario sembra possibile individuare nell'intersoggettività una struttura che connette le varie parti del sistema.

## Appendice

*Quando in famiglia si recita a soggetto. Intersoggettivamente.*

Sarah, 16 anni, giunge al servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza con una diagnosi di anoressia nervosa formulata da uno specialista privato. I genitori, su consiglio del medico, decidono dunque di far intraprendere alla ragazza un percorso psicoterapeutico individuale, ma ben presto è evidente la necessità di coinvolgere tutti i membri della famiglia nucleare: sorella minore, papà e mamma.

Non servono molti incontri per far emergere un disagio familiare difficile da comunicare, che affonda le proprie radici nella sofferenza dei singoli e nella complessità della storia familiare. Non è facile cogliere i confini delle identità individuali, che sembrano sfumare in un *noi* "invischiante". Ciascun membro si definisce per "appartenenza": ad un luogo, ad un lavoro, ad un gruppo, etc.

La diffusione delle identità viene tamponata attraverso il bisogno di ottenere l'approvazione degli altri e di difendere a tutti i costi l'immagine che li rappresenta come famiglia per bene, anche a costo di soffocare l'emersione della sofferenza. In questa famiglia per sentirsi/essere qualcuno è indispensabile preoccuparsi di questioni di status, come abbigliamento elegante, buone maniere e buoni voti a scuola.

In terapia i genitori sembrano attivarsi sensibilmente nei confronti delle figlie nel momento in cui vengono manifestati bisogni

corporei. Ci sembra suggestiva la sequenza in cui la sintonizzazione emotiva tra i membri sembra avvenire per mezzo dello scambio di un fazzoletto di carta, come se la sofferenza passasse di mano in mano attraverso il pianto asciugato. Riportiamo di seguito la sequenza interattiva:

1. Sarah ha un momento di commozione –
2. La mamma cerca qualcosa nella borsa. Estrae un fazzoletto con cui si soffia il naso.
3. Il pianto di Sarah aumenta.
4. La mamma lancia uno sguardo verso il papà che sembra dire "dalle un fazzoletto" –
5. Il papà risponde allo sguardo della mamma estraendo dalla tasca un fazzoletto stropicciato per Sarah, che con questo si tampona il volto –
6. La sorella, interpellata successivamente dal terapeuta, manifesta un'intensa emotività e non contiene il pianto –
7. La mamma guarda il papà con una nuova richiesta di intervento –
8. Il papà guarda Sarah, che gli mostra il fazzoletto ripetutamente usato –
9. I genitori sembrano imbarazzati –
10. Il sistema terapeutico interviene nello spazio familiare offrendo un pacchetto di fazzoletti nuovi.

L'espressione dell'emotività, che trova spazio nella dimensione corporea, fatica ad essere esplicitata ed elaborata a livello verbale. La regolazione emotiva non è co-costruita, ma tende a sintonizzarsi e ad essere uniformata con quello che *dovrebbe essere* il modello familiare. Sembra davvero che sia possibile amarsi solo condividendo le stesse opinioni ed emozioni.

Poiché ciascun membro è chiamato a conformarsi ad uno stesso modo di sentire, chiunque tenti di uscire dal copione di perfezione formale si trova ad incorporare il ruolo di perdente all'interno della semantica del

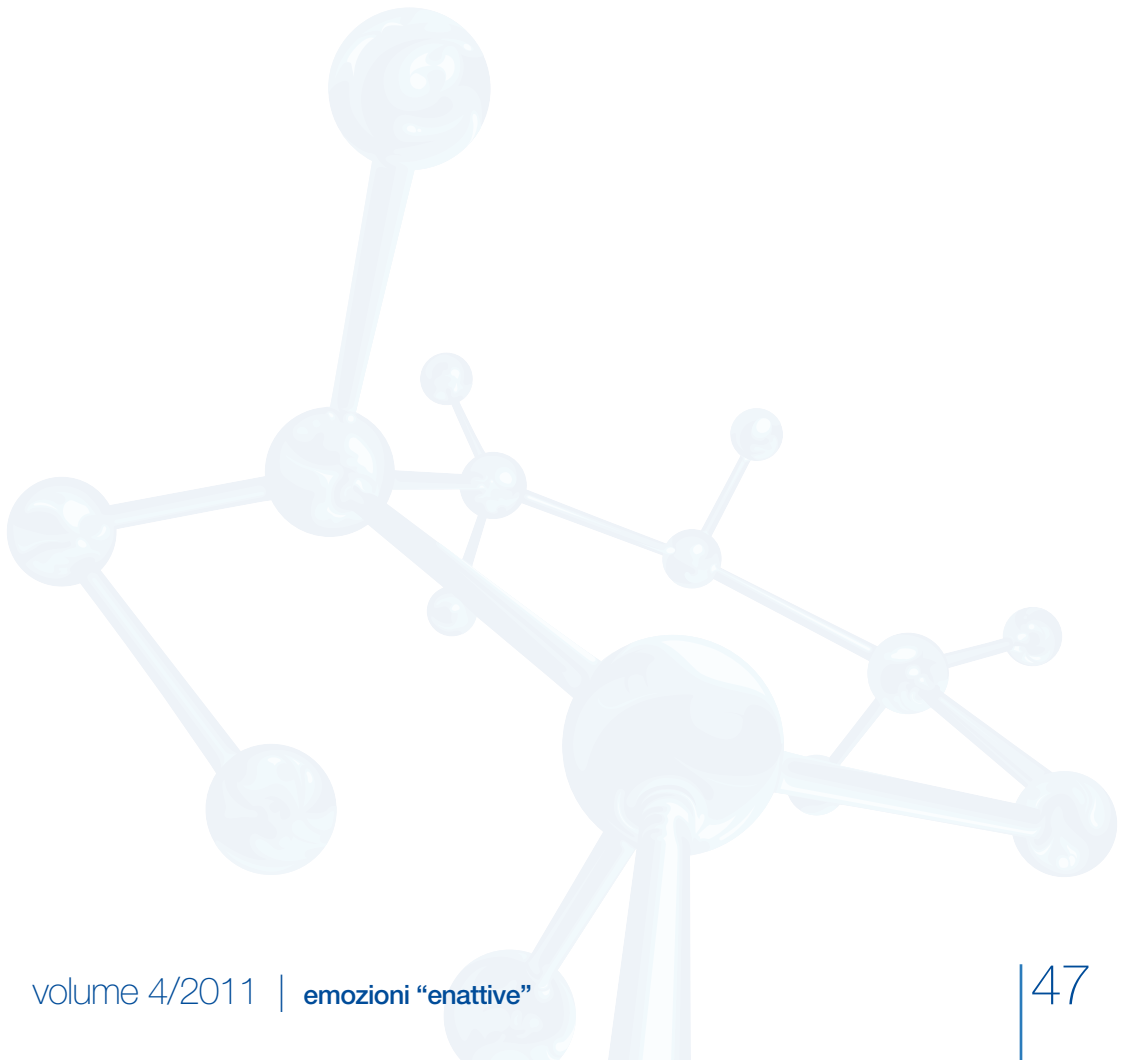


potere vincente/perdente. Non si può sfuggire al confronto, che è l'unica dimensione relazionale possibile.

Nel corso della terapia viene alla luce come Sarah sembri aver fatto propria la parte che a suo tempo era stata interpretata dalla sorella della mamma: lo sciopero della fame in risposta al modello alimentare ipertrofico proposto dalla nonna. Così viene svelato un personaggio essenziale della storia familia-

re, rimasto finora sullo sfondo, coinvolto in modo significativo nelle dinamiche passate e presenti: la nonna materna.

A fronte di uno scenario che va delinendosi come bloccato nello stesso copione, il lavoro terapeutico è orientato a offrire uno spazio intersoggettivo in cui sia possibile tollerare l'incertezza e "riparare" la mancata corrispondenza tra gli stati affettivi e le intenzioni relazionali.



## Bibliografia

- Bateson, G. (1984). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi.
- Bruch, H. (1982). *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*. Milano: Feltrinelli.
- Bruch, H. (1989). *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli
- Cinotti, N (2008). L'esperienza in prima persona. *Idee in psicoterapia*, 3-2008, 117-118.
- Di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study, *Experimental Research*, 91, 176-180.
- Fadiga, L., Fogassi, L., Pavesi, G., Rizzolatti, G. (1995). Motor facilitation during action observation: a magnetic simulation study. *Journal of Neurophysiology*, 73, 165-177.
- Festinger, L. (1973). *Teoria della dissonanza cognitiva*. Milano: Angeli
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M.N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*, 3, 543-580.
- Genta, M.L. (2002). *Il rapporto madre bambino*. Roma: Carocci.
- Guidano, V.F. (1988). *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kelly, G.A. (2004). *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Cortina.
- Maturana, H., Varela, F.J. (1980). *Autopoiesi e cognizione*. Venezia: Marsilio, 1985.
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). *So quello che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Cortina.
- Selvini Palazzoli, M. (1981). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Sperry, R.W. (1952). Neurology and the mind-brain problem. *American Scientist*, 40, 291-312.
- Tajfel, H. (1985). *Gruppi umani e categorie sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Trevarthen, C. (1973). The Self Born in Intersubjectivity. In U. Neisser (Eds), *The Perceived Self: Ecological and Intepersonal Sources of Self – Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and Cooperation in Early Infancy: A Description of Primary Intersubjectivity. In M. Bullowa (Eds), *Before Speech: the Beginning of Interpersonal Communication*. New York: Cambridge University PresCortina
- Tronick, E.Z., Als, H., Adamson, L.B., Wise, S., Brazelton, T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick, E.Z. (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Cortina.
- Ugazio, V. (1998). *Storie permesse storie proibite*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Varela, F.J., Shear, J. (1999). *The view from within*. Exeter: Imprint Academy.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoria Generale dei sistemi*. Milano: Mondadori, 2003.

# Premesse, connessioni, emozioni nel lavoro terapeutico con i disturbi alimentari

Eleonora De Ranieri, Rita Ferrari, Giada Ghiretti,

2° anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

## Sommario

Questo lavoro di approfondimento nasce da un interesse condiviso per i disturbi del comportamento alimentare. Nel panorama internazionale è sicuramente condivisa l'idea (supportata da Linee Guida come NICE e APA) di come l'utilizzo della terapia familiare giochi un ruolo importante nel trattamento di pazienti affette da anoressia nervosa. L'obiettivo principale di queste pagine è quello di articolare un'attenta riflessione attorno ad alcuni temi cari al terapeuta che quotidianamente si avvicina con il proprio fare a famiglie che stanno attraversando questo complesso momento. I temi scelti, che riguardano l'intervento terapeutico e le emozioni del terapeuta, le premesse e i pregiudizi e le dinamiche familiari sono proposti partendo dalla narrazione di storie di alcune delle famiglie incontrate nella stanza di terapia e avvalendosi delle considerazioni dei terapeuti che hanno saputo dare a queste storie un nuovo significato.

**Parole chiave:** Anoressia, emozioni, dinamiche, controllo, potere, premesse

## Summary

*This detailed work is born from a shared interest for eating disorders. In the international scene is certainly shared the idea (supported by guidelines such as NICE and APA) how the use of family therapy plays an important role in the treatment of patients with anorexia nervosa. The main objective of these pages is to articulate a careful reflection on some issues dear to the therapist that day is approaching with its help families who are going through this complex time. The themes, concerning therapeutic intervention and the emotions of the therapist, the assumptions and prejudices and family dynamics are proposed starting from the narration of stories of some of the families encounter the therapy room and using the considerations of the therapists were able to give a new meaning to these stories.*

**Key words:** Anorexia, emotions, dynamics, control, power, premises

## INTRODUZIONE

La nostra riflessione sui disturbi alimentari nasce dalla curiosità di indagare le dinamiche familiari che li caratterizzano e le emozioni, le sensazioni che muovono i terapeuti che si trovano a lavorare con tali famiglie.

Siamo partite analizzando la letteratura in merito per poi visionare i tape di due famiglie seguite dal Centro di Terapia della Famiglia di Parma dai terapeuti Dott. Restori e Dott.ssa Ravasini.

La famiglia F. era composta da madre, padre e figlia, che soffriva di bulimia. Il padre appariva come una persona molto puntuale, precisa, dedita al lavoro, che faceva di tutto per il bene della figlia e ne accontentava qualsiasi richiesta. La famiglia estesa paterna è molto presente nella vita dei F., infatti vivono e lavorano tutti insieme.

La famiglia C. era composta da madre, padre e figlia, anoressica. La coppia appariva molto preoccupata per il sintomo manifestato da El., pur di farla mangiare il padre le preparava il cibo a qualsiasi ora. En. manifestava grande paura e ansia per la situazione di El., che ultimamente appariva sempre più ritirata e in preda a rituali ossessivi, che compromettevano le routine familiari. Nella famiglia C. si rileva la presenza della nonna, madre di En. che partecipa alla gestione della nipote e spesso sostituisce la figlia.

Dall'analisi effettuata abbiamo prodotto delle domande per i terapeuti coinvolti che connettessero premesse, pregiudizi, dinamiche familiari e processo terapeutico, ponendo attenzione agli aspetti emotivi che emergevano.

## PREMESSE E PREGIUDIZI

*“Anche tu cedi alla follia  
del nostro strano tempo  
che ci chiede sempre  
quello che non siamo  
e non pensiamo:  
di vestirci d'aria  
e mangiare vento  
pur di avere sempre  
le nostre quattro ossa striminzite in copertina,  
perché dicano:  
“sei bella”  
anche se annientata,  
anche se ci tiriamo addosso  
come una coperta logora  
una pelle estranea  
e ormai troppo larga  
ma tanto,  
tanto di moda”  
(Anonimo)*

Il presente lavoro si è concentrato sia sull'analisi di ciò che muove una famiglia in cui è presente un disturbo alimentare sia sulle premesse dei terapeuti che entrano in relazione con tali famiglie.

Di regola queste famiglie fanno fatica a vedere il problema o ne svalutano la rilevanza e questo può essere dovuto all'ignoranza o il pregiudizio culturale nei confronti del disturbo alimentare; alla paura del giudizio sociale qualora si ammetta di avere in famiglia una persona problematica; alla paura che venga messa in dubbio la propria competenza genitoriale; al bisogno, per lo più inconscio, di mantenere problematico il figlio. Per i genitori risulta molto più rassicurante pensare che il problema o non esista, o se esiste, sia dovuto a debolezze fisiche o psichiche del/la ragazzo/a o a contingenze legate a difficoltà

ambientali, amicali, scolastiche, amorose, che “con il tempo e con un po’ di buona volontà sicuramente spariranno”. Di regola le famiglie che arrivano in terapia, tendono ad attribuire il problema esclusivamente al paziente designato, riportano la preoccupazione per la troppa magrezza del figlio/a e si conformano ad una serie di stereotipi inerenti il tema dell’anoressia. Spesso i genitori di una persona anoressica ritengono che la figlia perda peso, non mangi, vomiti perché “vuole fare la modella”, oppure “si comporta come l’amica”, “è viziata, fa i capricci”. Sono anche portatori di ansie, paure, preoccupazioni legate al disturbo alimentare: si chiedono quanto sia grave il loro caso, se la terapia servirà a qualcosa, cos’è che hanno sbagliato, come sarà il loro futuro.

Abbiamo notato che questi aspetti erano ricorrenti anche nelle famiglie F. e C.: in particolare nella famiglia F. era presente lo stupore da parte dei genitori di essere loro lì in colloquio mentre la figlia, paziente designato, a casa; nella famiglia C. appariva tutta l’ansia, la paura, la centralità della famiglia riguardo il tema “cibo” e quindi la preoccupazione che la figlia perda ancora peso.

Abbiamo quindi voluto riflettere con il Dott. Restori e la Dott.ssa Ravasini circa la funzione che arriva ad assumere il problema cibo all’interno della famiglia, la cui soluzione spesso è uno dei principali motivi che spinge il nucleo ad intraprendere un percorso terapeutico e come lo si affronta nel ruolo di terapeuti.

Dott. Restori: *“Nel filmato dei F., la famiglia riporta la questione che i genitori fossero in terapia e non la figlia, tanto che il corpo di Federica sembra essere non interessante lì, ma sembrano essere interessanti i corpi dei genitori. Noi guardiamo spesso il corpo,*

*come sono vestite le persone, come sono i lineamenti, come stanno lì, se c’è tensione, serenità o curiosità ecc. In generale l’attenzione al corpo, al di là del problema legato all’alimentazione, è sempre molto presente, non dico una priorità, ma c’è una centralità della nostra attenzione, es. dove si colloca la persona nello spazio. Anche nel filmato dei C. non è presente il corpo oggetto del lavoro presunto terapeutico, sono presenti gli altri corpi, questa è un’indicazione interessante su come noi a volte lavoriamo, cioè non è obbligatorio lavorare con il corpo del paziente designato, ma si può lavorare con il corpo della famiglia, famiglia come corpo che è più della somma delle sue parti. Non è facile, però, aiutare la famiglia ad uscire da questa centralità data al corpo malato. Nel primo tape (famiglia C.) sento che ho cercato di spostare l’attenzione della famiglia al di là del corpo della persona ammalata, Elena, però per fare questo bisogna avere accettato e accolto il problema del corpo, cioè il problema portato, e penso che nel proseguo della terapia la famiglia ci sia stata ad andare al di là del corpo malato.”*

Dott.ssa Ravasini: *“La funzione del sintomo all’interno della famiglia è quella di capire dove si è creata una rigidità relazionale, in cui la rigidità del rapporto che si acquisisce con il cibo è speculare ad una rigidità di relazioni che non crea alcun movimento, di sviluppo o di crescita, anzi, è un po’ un blocco. Per cui lavorare con la famiglia per cercare di capire dove si è innescato il problema è anche per capire in quale asse c’è stato un arresto. L’Ugazio affronta alcune tematiche, tra cui c’è anche il disturbo alimentare attraverso le griglie semantiche, le polarità semantiche, e parla della polarità del successo o del fallimento. In queste griglie semantiche utilizza*

*la presenza del forte e del debole. E quindi vedere anche che tipo di fraseggio avviene all'interno della famiglia su questi tipi di assi relazionali, può permettere di vedere quelli che sono degli arresti, dei blocchi, per poter in un qualche modo lavorare anche sulle relazioni e poter definire delle nuove polarità.”*

Da questi interventi emerge la centralità del corpo come strumento psicoterapeutico: non solo il corpo malato, ma anche gli altri corpi presenti in terapia, quelli dei familiari e dei terapeuti.

Per sviluppare una sensibilità attorno al tema della emozioni, si potrebbe iniziare dalle sensazioni legate al corpo.

In queste famiglie, dove spesso l'aspetto emotivo non riesce ad essere espresso, può essere utile impiegare tecniche che considerino centrale il corpo, come la scultura familiare o l'utilizzo dello spazio in terapia. La scultura familiare può essere usata quando c'è uno stato emotivo non esplicitabile verbalmente; nelle situazioni cliniche in cui si parla molto, ma si utilizzano poco le emozioni; nelle famiglie molto intellettualizzate, sempre d'accordo, ma che non cambiano mai.

Nell'intervento della Dott.ssa Ravasini, viene citata Valeria Ugazio, che descrive le famiglie in cui è presente un disturbo alimentare come caratterizzate dalla polarità semantica “vincente/perdente”, a cui si aggiunge la polarità “volontà, controllo, iniziativa/passività, arrendevolezza, lasciar accadere le cose.” Secondo l'Ugazio, “si è vincenti perché si è volitivi, determinati, si ha il controllo di sé stessi e degli altri, mentre si è perdenti perché si è passivi, arrendevoli, in balia delle sovrappaffazioni degli altri.” (Ugazio, p.235-236)

Dopo la riflessione circa le premesse, le sen-

sazioni, i modi di mostrarsi delle famiglie in cui è presente un disturbo alimentare, abbiamo spostato l'attenzione sui terapeuti, cercando di individuarne premesse ed eventuali modelli di riferimento.

La famiglia è stata spesso studiata per la patologia anoressica come sfondo per la patologia o come elemento strutturante del sintomo.

Minuchin parlava di “famiglia anoressica”, sottolineando come la famiglia sia al centro dell'attenzione e la paziente designata sia solo la portatrice di un sintomo di un sistema più complesso.

Molti autori hanno concluso che l'anoressia nervosa è un disturbo che riflette modalità particolari di un funzionamento familiare, quali la tendenza ad evitare i conflitti, un atteggiamento eccessivamente protettivo dei genitori nei confronti dei figli, una mancanza di regole chiare e di confini tra i membri della famiglia, da cui risulta una eccessiva intrusione di ciascuno negli spazi dell'altro. Sembra che in queste famiglie siano incoraggiati e premiati la disciplina ed il successo.

Minuchin nei suoi scritti parla di invischiamento; la ragazza che cresce in una famiglia di questo tipo attribuisce grande importanza alla relazione con l'altro.

In queste famiglie vengono eretti confini molto solidi tra l'interno e l'esterno della famiglia, ma all'interno i confini sono molto labili ed esiste poca differenziazione tra un membro e l'altro. Le famiglie di anoressiche sembrano quadri ben dipinti perfetti da esporre al mondo.

Mara Selvini Palazzoli, nel libro “Ragazze anoressiche e bulimiche”, tenendo in considerazione i criteri diagnostici presenti del DSM-IV ( rifiuto a mantenere il peso corpo-



reo al di sopra del peso minimo normale; paura di acquistare peso; alterazione del modo in cui vengono vissuti peso, misure e forme corporee; assenza di almeno tre cicli mestruali), traccia alcune caratteristiche che sembrano ricorrenti nelle ragazze anoressiche e nelle loro famiglie.

Individua quattro disturbi alimentari:

- tipo dipendente: hanno una relazione stretta con la madre, un padre passivo e rinunciatario, sono poco trasgressive e rivendicative, hanno una scarsa autostima ed il controllo sul cibo permette loro di alleviare sentimenti di disvalore;
- tipo borderline: sono intellettualmente dotate, legate al padre, il controllo sul cibo permette di stabilizzare un mondo interno fluttuante e caotico;
- tipo ossessivo-compulsivo: la relazione con la madre è basata sulla distanza, i padri sono assenti dalla vita emotiva, sono socialmente isolate, il piacere è assente, spesso praticano sport in modo compulsivo;
- tipo narcisista: hanno un atteggiamento di superiorità verso i genitori, una cura del corpo meticolosa, sono isolate, faticano a coinvolgersi nella relazione.

La Selvini Palazzoli traccia alcune caratteristiche che appaiono comuni nei genitori di anoressiche.

I padri risultano essere figli affidabili, che passano la vita a tentare di meritarsi dai genitori quell'amore che qualche fratello/sorella ha avuto gratuitamente. Spesso scelgono spose con una disponibilità affettiva illimitata che non chiedono nulla in cambio. Sono diligenti nel lavoro e fortemente responsabilizzati, ma assenti e incapaci di assumere la leadership in famiglia.

Le madri dipendono spesso emotivamente dal coniuge. Hanno subito prevaricazioni dalla famiglia d'origine, alla quale risultano molto legate. Raramente chiedono aiuto o colgono lo stato d'animo altrui. Sono bisognose di accogliimento, empatia ed approvazione; risultano invadenti, curiose, sacrificali.

Valeria Ugazio descrive un circuito riflessivo bizzarro peculiare delle organizzazioni DAP, caratterizzato dall'intransività tra "adeguarsi" e "opporsi". Conformarsi alle aspettative degli altri significa per il soggetto essere passivo, perdente. Opporsi significa essere attivi, ma nello stesso tempo rifiutati, disconfermati dall'altro.

L'Ugazio delinea un processo che porta ad una psicopatologia conclamata:

1. il futuro paziente viene istigato contro il genitore in posizione vincente da figure in posizione perdente (nonni, zii);
2. l'amicizia dell'istigatore gratifica il futuro paziente e lo porta ad accogliere le ragioni dell'opposto schieramento;
3. il genitore non vincente assume una posizione di appoggio all'istigazione;
4. il genitore bersaglio conferma le critiche a suo carico, il paziente prende da lui le distanze;
5. il soggetto viene deluso anche dall'istigatore. L'istigazione non permette più di conformarsi ai vincenti.

L'anoressica si oppone alla madre, ne rifiuta il cibo, ma dimostra anche che senza la conferma materna muore. Nello stesso tempo, rimane ancorata ai comportamenti apprezzati da sua madre, è attiva, determinata.

Lo Verso e Roselli definiscono i disturbi del comportamento alimentare come "disturbo

nel modo di relazionarsi e di percepire Sé e l'Altro nella relazione". "Il disturbo può essere letto come tentativo di cura di sé, per sviluppare attraverso la disciplina del corpo un senso di individualità e di efficacia interpersonale; difesa da un tumulto emozionale che potrebbe essere o apparire incontrollabile; gestire in questo modo l'esperienza di non accudimento, di mancanza d'amore, confusione dei ruoli familiari, spesso cariche di conflitto, la bassa stima di sé, l'esclusione, il non riconoscimento; possibilità di un'identità forte, di differenziazione, di autenticità".

Nell'analisi delle famiglie C. e F., abbiamo rintracciato alcuni tratti, che alla luce dell'analisi della letteratura effettuata, sembrano poter essere considerati caratteristici dei disturbi alimentari, come il controllo, il perfezionismo, la paura di essere rifiutati, la dipendenza e nello stesso la ricerca dell'autonomia verso la famiglia d'origine. Abbiamo quindi cercato di riflettere con il Dott. Restori e la Dott.ssa Ravasini riguardo la possibilità di parlare di una classificazione delle personalità dei disturbi alimentari o di tratti più o meno tipici, interrogandoci anche sul pericolo che una tale classificazione possa essere limitativa.

Dott. Restori: "Credo ci sia la possibilità di punteggiare delle ridondanze, quindi di estrapolare dal testo della conversazione delle sequenze che ritornano nel corso del lavoro terapeutico. C'è da chiedersi se le sequenze che siamo andati a punteggiare appartengano ad una realtà oggettiva o se invece sono delle ridondanze che noi descriviamo, perché le abbiamo rintracciate. Penso sia interessante analizzare le ridondanze, a volte ritengo altrettanto interessante osservare le non ridondanze, cioè quei segnali che ci fanno capire che un certo tipo di co-

*dice della conversazione non appartiene alle ridondanze, ma appartiene a un altro tipo di sistema di premesse nella relazione familiare. Importante, quindi, è stare in ascolto delle caratterizzazioni della comunicazione familiare che non rientrano nelle ridondanze, perché su queste potrebbe essere utile soffermare l'attenzione e lavorare su questi aspetti per produrre cambiamenti. Le ridondanze, comunque, ci possono anche essere, "ci sono, esistono", possiamo in qualche modo descriverle, però dobbiamo stare attenti a non lasciarci intrappolare da queste descrizioni."*

Dott.ssa Ravasini: "Rispetto queste caratteristiche che sono ricorrenti nelle famiglie al cui interno c'è una persona che sviluppa una problematica di questo tipo, può avere senso utilizzarle semmai per dare alcuni segnali di riconoscimento nel momento in cui la persona inizia a sviluppare l'idea di avere un problema e quindi in un qualche modo vengono utilizzati come segnali indicatori, campanelli di allarme e per la persona stessa e per il familiare che non hanno ancora una chiara idea dell'esistenza di un problema. Quindi possono essere utili in una fase di prevenzione o approccio al problema per dare un'informazione alle famiglie o alla persona stessa che deve iniziare a riconoscere di avere un problema e quindi possono essere degli indicatori per il riconoscimento di un problema. In una situazione clinica diciamo che questi segnali sono tautologici, sono dei principi dormitivi, non vanno a riscoprire nulla di nuovo rispetto a quello che è il problema stesso."

Da questi interventi emerge la necessità a volte di aiutare queste famiglie a punteggiare in modo diverso la propria storia, a vedere i propri comportamenti come parte di un tutto

più ampio; in questo modo si prepara il terreno per un cambiamento nella percezione del problema, non più quindi su base individuale ma legato alle interazioni. Di conseguenza, i tratti descritti in precedenza possono essere utilizzati come nuove punteggiature all'interno della storia familiare e del percorso terapeutico.

Abbiamo inoltre riflettuto sulla possibilità di rifarsi a modelli di "famiglia anoressica" e sull'utilità di fornire alla famiglia delle chiavi di lettura per rileggere la propria storia e cercare "un'origine relazionale" della sofferenza.

Dott. Restori: *"È evidente che la storiella che io ho riferito attinge a una parte della letteratura: il famoso "imbroglio" in "Giochi psicotici della famiglia", libro della Selvini Palazzoli. Non so se questo è l'imbroglio dell'imbroglio, può anche essere che non sia così, adesso non voglio rinunciare alle premesse a cui fa riferimento, diciamo che descrizioni, mappe, conoscenze, che in parte abbiamo definito in modo standardizzato e ripetuto, evocarle in terapia ha senso se fatto in un certo momento e in una certa condizione. Se pensiamo a questa situazione particolare, dove mi sono permesso di fare questo tipo di intervento, credo di averlo ritenuto necessario in quel timing: ho introdotto un sapere lineare e forte, perché le famiglie hanno bisogno di nuovi sapere e contenuti, su cui stare in riflessione. Sinceramente sono un po' scettico su questo genere di contenuti, perché le famiglie prendono queste informazioni e non si capisce bene cosa ne fanno, se le utilizzeranno o non le utilizzeranno. A volte ho la sensazione che sia più una nostra necessità quella di fare ordine pensando di riuscire a fare ordine nella mente del nostro interlocutore, è una sorta di malattia terapeutica quella di pensare che dispensando, appunto, "dispense" sul vademecum esi-*

*stenziale del trattamento della malattia, le famiglie possano giovare di contenuti che faranno propri nella loro esistenza."*

All'inizio di questo intervento, il Dott. Restori cita la dinamica dell'imbroglio, descritta da M. Selvini Palazzoli: un processo interattivo complesso, in cui un genitore ostenta come privilegiata una relazione diadica intergenerazionale, ma in realtà questo privilegio non esiste, si tratta di uno pseudo privilegio, strumento di una strategia contro l'altro genitore. Quando il figlio si rende conto dell'inganno, la situazione diventa insostenibile.

Nel caso della famiglia C., il dott. Restori traduce in parole il probabile gioco interattivo che si era sviluppato tra padre e figlia, che li ha portati ad un probabile allontanamento durante il periodo adolescenziale della ragazza. Riporta che spesso le ragazze anoressiche hanno avuto un rapporto esclusivo, privilegiato con il padre fino ai 12-13 anni, poi ad un certo punto, con la crescita, il cambiamento di aspetto arrivano a percepire un rapporto nuovo. Il padre tende a ritirarsi e questo viene vissuto dalla giovane ragazza come un messaggio ambivalente, "prima potevamo abbracciarci, coccolarci senza problemi, ora il mio corpo è cambiato e questo non può più avvenire". Le ragazze si sentono imbrogiate e questo può portare a voler modificare la propria immagine di sé.

Nel corso della sua riflessione, il Dott. Restori parla anche di timing, come importante nello svolgere interventi come il precedente. All'interno di una relazione terapeutica emerge un tempo terapeutico, un "danza terapeutica", che è specifica per ogni situazione. Il timing diventa la sensibilità del terapeuta nel cogliere e sottolineare in determinati momenti certe tematiche ed è in stretta connessione con il tempo.

## DINAMICHE FAMILIARI

Leggendo le pagine del libro *Ragazze anoressiche e bulimiche* (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino, 1998) ci siamo ritrovate a condividere l'opinione che non si può parlare di "personalità anoressica" oppure di "famiglia anoressica", ma si possono rilevare

*... dimensioni relazionali e familiari che sono più ricorrenti di altre ... Oggi, dunque, pensiamo di poter correlare piuttosto una certa costellazione di sintomi con una certa personalità della paziente, da un lato, e con un certo tipo di famiglia dall'altro. Si deve lavorare su tre poli e non su due. Non ci può essere correlazione diretta tra sintomo e famiglia. E perché? Proprio perché in mezzo ci sta la complessa mediazione di come un individuo, che dispone già fin dalla nascita di caratteristiche sue proprie, elabora la sofferenza e se ne difende (p.90).*

Partendo da questa riflessione, abbiamo iniziato ad analizzare quelle caratteristiche che sembravano ripetersi, sia in letteratura, sia nei casi clinici da noi visionati, riscontrando una certa ridondanza di alcuni aspetti, emozioni e stati d'animo manifestati sia dalla paziente, sia dai genitori.

Selvini Palazzoli (1963), riportando la propria esperienza, afferma che difficilmente ha riscontrato un "**valido rapporto affettivo tra genitori**": generalmente sono genitori dediti al lavoro e alla casa, scrupolosi al dovere, alle norme sociali e convenzionali, preoccupati delle apparenze esterne, i quali manifestano una condizione di costante tensione celata, accompagnata da malumori e irritabilità, con una spiccata predilezione a discussioni senza fine. La figura paterna risulterebbe

spesso assente a livello emotivo e svalutata dalla moglie, la quale mostrerebbe un atteggiamento da vittima e di sottomissione. L'origine del disturbo alimentare è stata ricercata nel rapporto con una madre poco flessibile, incapace di regolare le proprie cure ai bisogni della neonata, che privilegia una rigidità nella funzione di accudimento, accompagnata da tratti di assoluta moralità (Barbetta, 2008).

La ragazza si trova a esperire una condizione di sottomissione, assumendo il ruolo di "**bambina modello di una madre invadente, intollerante e ipercritica, che le impedisce la integrazione dei campi e la maturazione delle esperienze percettive-emotive**" (Selvini Palazzoli, 1963, p.62). Nella letteratura da noi esaminata, vengono descritte come bambine adeguate e diligenti, senza problemi, finché non entrano nell'età dell'adolescenza, manifestando un cambiamento notevole nel proprio carattere, coincidente con l'inizio della malattia: i parenti raccontano una totale chiusura e isolamento con l'esterno, un'incapacità ad instaurare nuovi legami di amicizia o sentimentali, un aumento notevole di attività fisica, con l'amplificazione di aspetti caratteriali come il controllo e il perfezionismo.

Nel proseguire le sue ricerche, Mara Selvini Palazzoli (1963), sposta la sua attenzione sulle modalità di funzionamento familiare, che si possono considerare comuni per le famiglie con pazienti anoressiche, arrivando a individuarne di fondamentali:

- Come i membri della famiglia qualificano le proprie comunicazioni: generalmente ogni membro qualifica la propria comunicazione come coerente, sicuro di quello che dice.

- Come i membri della famiglia qualificano le comunicazioni altrui: la modalità più frequente è il rifiuto di ciò che dice l'altro.
- Problema della leadership: i genitori non riescono ad assumere il ruolo di controllo sulla famiglia, sentono il bisogno di giustificare le decisioni prese come dettate da fattori esterni da loro stessi
- Problema delle alleanze: regole segrete sulle quali non si può comunicare, in cui la ragazza si ritrova imprigionata senza via di scampo
- Problema della colpa: nessuno è disposto ad assumersi davvero la responsabilità se qualcosa va male

Nelle terapie delle famiglie da noi esaminate ci siamo accorte come emergesse dalle parole di entrambe le coppie genitoriali la paura di essere giudicati la causa della malattia della figlia e, di conseguenza, genitori non adeguati. Questa paura, inoltre è accompagnata, da un forte senso di colpa che viene tenuto a bada attraverso la messa in atto di comportamenti, che portano, senza che se rendano conto, al persistere del sintomo. Il padre di F., ad esempio, già dal primo colloquio, riporta di sentire da parte della figlia l'accusa di non essere stato un padre presente affettivamente durante la sua infanzia, perché impegnato nel lavoro, affermando in diversi momenti che non è lui la causa dei problemi della figlia, la quale, inoltre, non deve nemmeno ringraziarlo per tutto quello che fa per lei e alla quale non riesce mai dire no. Oppure, la madre di E. non riesce a dirle di andare a comprarsi la carta igienica da sola, perché le sembrerebbe di fare un ricat-

to alla figlia, di 20 anni, dato che sta sempre chiusa in bagno.

Insieme ai terapeuti da noi intervistati abbiamo riflettuto su queste dinamiche:

Dott.ssa Ravasini: *“Mi chiedo se questo papà lo si può vedere come una persona forte, nel senso che è una persona che dà la sua vita per la figlia, che lavora tutto il giorno, una persona che dà tutto se stesso per la sua famiglia, prosciugandosi in qualche modo, e che quindi non vuole neanche un ringraziamento, non ha bisogno del ringraziamento delle persone. O al contrario può essere definito come una persona debole, perché comunque senza lavoro non ha niente, è una persona che non ha interessi, che non ha rapporti affettivi, non ha un'emoività florida e quindi è una persona molto vuota, tanto che se questa persona non lavora è completamente persa. Potrebbe essere interessante riprendere un po' questi aspetti, vedere anche il tipo di dinamiche in cui la figlia al tempo stesso deve essere un successo per un papà che rischia di essere un fallito senza il lavoro e, viceversa, la figlia deve essere depressa per o deve avere un problema per far sentire il suo papà un successo. E' una dinamica che emerge più avanti nella terapia: la figlia ideale per questo padre, sembrava un po' che F. dovesse essere questo”.*

Dott. Restori: *“In queste sequenze c'è un tentativo di aprire nuove finestre, nuovi sguardi su nuovi orizzonti nelle famiglie sul tema della sofferenza, della paura, del senso di impotenza e dell'io giudicanti e, generalmente, sono quelle condizioni che producono sofferenza, che non sono viste, ma fanno agire. È qualcosa che riguarda sia i nostri pazienti, sia noi come terapeuti, cioè il contesto terapeutico deve sviluppare nel tempo una sensibilità aumentata, non tanto alla so-*



luzione o alla definizione del problema, ma un'attenzione aumentata da parte del setting terapeutico alla sofferenza che emerge, dal modo in cui si organizza il senso di ciò che accade all'interno dell'esistenza. Questo lo deve fare anche il terapeuta: a lui si chiede di stare anche con l'ignoto della soluzione, finché il terapeuta cerca di muoversi nella stessa direzione del paziente che va alla ricerca della soluzione, magari indicandone altre, si sta sulle soluzioni ma non si sta sulla natura della sofferenza generata dalla condizione umana che si viene a presentare”.

Il nostro lavoro consiste nel **comprendere**, cioè di prendere dentro di sé la vita e la personalità di ciascun membro del sistema familiare, affinché si possa capire il “senso” dell'agire sia dei pazienti, sia dei familiari e non soffermarsi solamente al come (Selvini Palazzoli et altri, 1998).

Riflettendo su questo, ci siamo trovate a domandarci quanto forte è il potere che un sintomo può acquisire all'interno delle dinamiche relazionali di una famiglia e negli spezzoni di video scelti possiamo osservare come i genitori si trovano “al servizio” del sintomo senza rendersene conto: un padre si alza la notte per preparare un pasto caldo alla figlia, la quale si rifiuta di sedersi con i genitori all'ora di cena; uno psicologo che alla mattina si presenta affinché la ragazza faccia colazione, episodi che dimostrano come la quotidianità di una famiglia viene totalmente alterata.

La Dott.ssa Ravasini, così ha condiviso con noi le sue considerazioni: “Rispetto al pezzo di tape che abbiamo visto e rispetto a questo sentimento di potere che divarica le maglie di questa famiglia la sensazione è proprio che il sintomo o la potenza del sintomo congela tutta una serie di aspetti emotivi

che non possono essere espressi, che non possono essere comunicati e qui sarebbe interessante indagare quelle che sono le regole, i miti, i ruoli della famiglia, i mandati, perché la sensazione è che tutto l'aspetto emotivo della paura, della sofferenza, della vergogna, della colpa, sembrano tutti essere sentimenti inesprimibili in qualche modo, e quindi tutto quello che è la condivisione emotiva diventa qualcosa di molto congelato, tanto che l'aspetto relazionale si ferma sotto quello che è il manifesto, sotto tutto quello che è visibile, sotto tutto quello che è comunicabile però nell'aspetto più concreto, quindi nell'aspetto del cibo”.

L'anoressia è manifestazione di una condizione di impotenza e di confusione provata dalla ragazza, che riesce a manifestare la propria sofferenza solo attraverso il sintomo.

Sono state individuate due funzioni che il sintomo può assumere nella storia di una paziente, così descritte (Selvini Palazzoli et al., 1998):

1. *Prima anoressia*: espressione del sentimento di disvalore che la ragazza sperimenta e la difesa che utilizza contro la sua sofferenza, che minaccia di invaderla e che tiene a bada con il digiuno e la conseguente potenza. Mara Palazzoli (1963) afferma che il non riuscito desiderio di potere nelle relazioni, da parte della futura anoressica, porta alla ricerca compensatoria di un potere nella relazione con il proprio corpo.
2. *Seconda anoressia*: consiste nella fase cronica, nella quale si sperimenta una grande capacità di controllo sull'ambiente, soprattutto sui genitori, acquisita attraverso l'accanimento nel portare avanti le restrizioni alimentari e il dimagrimento.



L'illusione più grande che una ragazza con un disturbo alimentare vive, è credere di detenere il potere attraverso il controllo, arrivando a mettere a rischio la propria esistenza: *“credere di detenere il potere è un'illusione, perché nessuno può veramente controllare il sistema. Può soltanto convincersene”* (Bertrando, 2009). Lo stesso errore viene fatto dai familiari, i quali ritengono che la ragazza attraverso la malattia eserciti il proprio potere sugli altri, non rendendosi conto che è la malattia stessa ad avere il potere: affligge il corpo dell'anoressica e fa soffrire gli altri (Selvini Palazzoli, 1963).

Un'altra caratteristica peculiare che possiamo osservare in questa tipologia di famiglie è un forte invischiamento da parte dei figli nel rapporto di coppia dei genitori, accompagnato dalla sensazione che la coppia coniugale non possa esistere di per sé, arrivando a parlare di *“matrimonio a tre”* (Selvini Palazzoli, 1963).

Osservando le Nostre Famiglie, abbiamo potuto notare come entrambe le ragazze faticino a vedere i propri genitori come una coppia capace di crearsi degli spazi per se stessa, quasi si sentissero minacciate da un eventuale possibilità che potesse accadere, tanto che E. alla provocazione del terapeuta di prescrivere ai suoi genitori una settimana di vacanza da soli risponde categoricamente no, mentre F. afferma diverse volte: *“Ho paura che possa accadergli qualcosa”* nelle occasioni in cui i genitori si dedicano a momenti da soli.

Riflettendo su questo, la Dott.ssa Ravasini ha risposto: *“Mi viene un po' da riflettere su come il sintomo poi alla fine riempie la vita, preoccupa la persona e riempie la vita dei genitori, tanto che non si possono pensare né come figli autonomi né come coppia*

*autonoma. Per cui dà da mangiare a questa famiglia lo stare tutti uniti, quindi limita molto quella che è l'autonomizzazione nel ciclo vitale del sistema familiare. Anche perché stare sull'autonomia implicherebbe stare su quegli aspetti emotivi, come la paura, l'ascolto della paura del non farcela, della paura del dopo cosa si fa, della vergogna, del senso di colpa anche di non essere uguali come i genitori vorrebbero che si fosse. Per cui stare in ascolto e poter anche comunicare quelli che sono un po' tutti gli aspetti emotivi nel proprio percorso di esplorazione, nella propria fase di autonomia, sia del figlio, che della coppia”*.

Mentre il Dott. Restori ha affermato: *“Le situazioni che si vengono a creare, come questa, sono situazioni che riguardano il blocco dell'età evolutiva, il cambiamento, l'uscita da, quindi spesso si vede l'imbarazzo della coppia nel ritrovarsi, non più abituata a cercarsi. I tipi di interventi in cui si va a incoraggiare l'uscita, il mettersi in standby da parte del figlio, per permettere ai genitori di ritrovarsi non sempre sono accoglibili, bisogna fare attenzione al timing. La stessa F. lo dice “Sono un po' preoccupata quando escono”, non è così automatico che l'uscita del genitore i figli la vivano come una sorta di cambiamento significativo, c'è la paura di questa perdita di esclusività nella posizione di “potere” che assumono nel determinare il tipo di relazione familiare, “se vedo che i miei genitori si autonomizzano da me io a questo punto dove vado” c'è questo tipo di questione in ballo, bisogna stare attenti a cercare di osservare se il cambiamento è possibile, perché c'è un tempo e delle condizioni che lo possono permettere”*.

A partire dall'osservazione di varie tipologie

di invischiamento delle ragazze anoressiche nella loro famiglia, Selvini Palazzoli, insieme ai suoi colleghi (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino, 1998), ha descritto diversi processi che possiamo ritrovare in diverse famiglie, in cui si evince una mancata delimitazione dei ruoli e dei confini familiari, con conseguenti confusioni dei membri coinvolti e il divieto tacito di parlarne.

Uno di questi è il famoso “*Imbroglione*” (Selvini Palazzoli et al., 1998),

*Per imbroglione intendiamo un processo interattivo complesso che sembra strutturarsi ed evolversi attorno una specifica tattica comportamentale messa in atto da un genitore, caratterizzata dall'ostentare come privilegiata una relazione didattica intergenerazionale (genitore-figlio) che di fatto non è tale. Questo nel senso che il presunto privilegio non è autentico, ma bensì strumento di una strategia mirata contro qualcuno, di solito l'altro genitore (p.70).*

Tattica che è resa possibile da tutti i membri familiari, guidati da scopi differenti, ad esempio un padre instaura un rapporto privilegiato con la primogenita, per dimostrare alla moglie la propria disistima, la quale accetta questa relazione per non dare soddisfazione al marito di soffrirne e per poter godere il proprio rapporto con la secondogenita. Quando il figlio si accorge del “*gioco sporco*” la situazione diventa insostenibile, ma la stessa denuncia è impedita perché si tratta di un'intesa illecita, essendo ai danni dell'altro genitore, dove l'ex alleato è infido, non leale (Selvini Palazzoli et al, 1998; Selvini, 2004).

Un altro processo indagato è quello dell'*istigazione*, nata dall'osservazione di un ecces-

sivo accanimento del paziente verso uno dei genitori, che ha portato all'ipotesi che il paziente si sia fatto portatore di comunicazioni scottanti che l'altro genitore non manifesta personalmente (Selvini Palazzoli et al., 1998; Selvini, 2004).

Partendo da questi aspetti, le dinamiche interattive della famiglia sono state dimostrate in un *Modello a sei stadi* in cui si delinea il formarsi del sintomo all'interno del sistema (Selvini Palazzoli et al., 1998; Selvini, 2004; A. Mosconi, E. Zago, S.Mutti, 2008). Il primo stadio è “*lo stallo nella coppia genitoriale*”: la coppia si infligge reciprocamente una serie di provocazioni, riguardanti principalmente i doveri genitoriali, senza la possibilità di ricevere risposte adeguate, dove possono essere coinvolti anche membri della famiglia estesa. Il secondo stadio è “*l'invischiamento della figlia nel gioco di coppia*”, costretta ad affrontare la situazione in due modi:

- GRUPPO A la ragazza vive un forte legame con la madre, caratterizzato da iperprotettività e controllo, assumendo il ruolo di confidente e di sostegno;
- GRUPPO B la ragazza è da sempre la preferita del padre, per il quale prova ammirazione e ritiene ingiustificabili le accuse della madre

Il terzo stadio coincide con l'entrata nell'adolescenza: la ragazza manifesta le proprie aspirazioni di indipendenza e autoaffermazione, ma la madre è incapace di sostenerla e rivolge altrove la propria attenzione. A questo punto c'è una differenza nelle reazioni dei due gruppi:

- Gruppo A: la ragazza si sente abbandonata e cerca di rivolgersi all'altro genitore,

il quale mette in atto istigazione reciproca contro la madre

- Gruppo B: la ragazza rimane vicino alla figura paterna, quindi si intensifica il processo di istigazione

Il quarto stadio consiste nell'inizio della dieta, con conseguente diminuzione alimentare, che ha come effetto il rinforzo del gioco genitoriale e l'aumento dell'invischiamento della figlia. Il quinto stadio riguarda il tradimento che la ragazza sente da parte del padre, verso il quale prova disprezzo e rancore, riducendo ulteriormente l'alimentazione per mettere in ginocchio la madre e mostrare al padre cosa è capace di fare. Nel sesto stadio i familiari mettono in atto le strategie basate sul sintomo: la ragazza scopre il potere del sintomo che le permette di assumere l'illusoria posizione privilegiata che aveva nell'infanzia e preadolescenza, con la messa in atto di comportamenti che permettono al sintomo di persistere, da parte di tutti i membri.

Parlando sempre di mancata delimitazione di confini e ruoli all'interno delle famiglie, un altro aspetto che emerge è la funzione centrale svolta dalle famiglie di origine di entrambi o di uno dei genitori; questo si può riscontrare nei casi presi da noi in esame, dove si evince l'influenza della nonna, in una situazione materna, nell'altra paterna, all'interno del nucleo familiare. Partendo dalla letteratura (Selvini Palazzoli et al., 1998), si deduce come generalmente si riscontra un mancato riconoscimento da parte della famiglia di origine, cercando di mostrarsi un figlio affidabile e degno di meritarsi l'amore dei propri genitori, arrivando a idealizzarli fortemente:

Dott.ssa Ravasini: *“Una famiglia d'origine*

*che vede i figli se rimangono in un'asse visivo, allora in questo i figli sono visti, diversamente se si muovono in strade o in esplorazioni diverse questi non vengono più visti e riconosciuti, quindi c'è tutto il tema appunto emotivo della continuità. Se tu sei la continuità su questo sei visto, diversamente non sei riconosciuto, quindi diventa difficile autonomizzarsi. La richiesta è un messaggio un po' paradossale, è un'ingiunzione paradossale, in cui è difficile togliersi da questo tipo di relazione, perché siamo in un rapporto filiale in cui l'asse di potere non permette di poter comunicare su questo tipo di ingiunzione”.*

Dott. Restori: *“Il discorso di quanto le famiglie di origine possano influenzare l'emergere di problematiche nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione, ritengo sia un discorso che si possa fare in generale: per esempio le famiglie schizofrenogeniche di Bowen, secondo il quale la sofferenza percepita e vissuta da un membro della famiglia è qualcosa che non è emersa in un determinato momento storico lì, ma qualcosa che si è costruita nel tempo, ha un'origine che attinge da diverse diramazioni. Credo che ci sia da vedere la malattia in questi termini. Ho visto tanti genitori con famiglie poco inclini a trasmettere senso di sicurezza, stima, opinioni positive, rispetto. Sono famiglie con nonni nati nel secolo scorso, genitori nati a cavallo degli anni 30-40, che non hanno avuto alle spalle genitori capaci di trasmettere questo tipo di posizioni. Nei filmati lo dicono le ragazze, soprattutto F. lamenta questo genere di non riconoscimento da parte della nonna verso il figlio. Credo sia una condizione riscontrabile in tanti tipi di malattie e problematiche come tossicodipendenze, sofferenza mentale degli adulti ecc.”*

In *“Ragazze anoressiche e bulimiche”* (Sel-

vini Palazzoli et al., 1998) si riporta come è utile leggere le modalità relazionali dei genitori, che possiamo considerare controproducenti per i figli, prendendo in considerazione il loro vissuto nella propria famiglia di origine.

## INTERVENTO TERAPEUTICO ED EMOZIONI DEL TERAPEUTA

*“Non c’è a mio avviso una teoria vera intorno all’anoressia, c’è una molteplicità di ipotesi cliniche differenti, una molteplicità di descrizioni delle pazienti anoressiche tra loro contraddittorie, una molteplicità contraddittoria di considerazioni sul proprio disordine da parte della medesima persona, una molteplicità di ipotesi familiari.”*

(Barbetta, P., 2008, p. 19)

Partendo da queste considerazioni è evidente quanto sia difficile parlare in modo unitario di intervento terapeutico nel caso dell’anoressia. Lo stesso Barbetta (2008) nel medesimo articolo parla del fatto che non si debba pretendere di guarire l’anoressia, ma piuttosto di permettere alle persone di svincolarsi, aumentando il numero delle scelte possibili. Per il resto le persone avranno sempre *“qualcosa che manca*, guai se non l’avessero, fa parte della loro qualità umana.”(Barbetta, 2008, p.20).

Tutto ciò è ancora più significativo se pensiamo al fatto che venga scritto ai nostri giorni, ovvero piuttosto lontano temporalmente dai primi studi fatti in ambito sistemico sull’anoressia. Sembra quasi che, come accade in molti campi del sapere, l’aumentata conoscenza abbia fatto sorgere più interrogativi che certezze.

L’intervento terapeutico nell’anoressia è

stato un argomento di cui si sono occupati a lungo e in modo approfondito i pionieri dell’approccio familiare .

Selvini Palazzoli, ad esempio, nel testo ormai classico *Anoressia Mentale* (1963) spiega il passaggio nel trattamento dell’anoressia da un approccio individuale a uno di tipo familiare. Inoltre, seguendo la nuova corrente che stava portando allo studio e al trattamento dell’intero sistema familiare nel caso della schizofrenia, si domanda se anche nel caso dell’anoressia possa esistere un modello di funzionamento familiare tipico e quanto quindi sia necessario nel trattamento del problema il coinvolgimento dell’intero sistema familiare. Il lavoro di Selvini Palazzoli è stato portato avanti negli anni seguenti e si sono sperimentate tecniche di trattamento diverse.

Nella più recente ricerca di Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino (1998), viene fatto un excursus dei tre diversi metodi utilizzati (paradossale, della serie invariabile di prescrizioni e disvelamento del gioco) nel corso del tempo e viene svolta una ricerca di follow-up sulle pazienti trattate per indagare le loro condizioni di salute attuale e i loro ricordi della terapia. Seppur all’interno di una cornice di prima cibernetica, la ricerca è interessante in quanto fornisce una panoramica dei diversi tipi di intervento, ponendo l’accento sulle similitudini e differenze dei diversi metodi e sulle motivazioni che hanno spinto all’abbandono di una determinata tecnica per passare ad un’ altra, guardando retrospettivamente a ciò che ha funzionato meglio e con che tipo di famiglia.

Il metodo paradossale è stata la prima tecnica utilizzata. I principi cardine del metodo paradossale consistono nella connotazione positiva del sintomo definito come utile e

necessario, nella riformulazione paradossale e prescrizione del gioco che prevede l'invito a continuare a mantenere il comportamento sintomatico e, infine, nella prescrizione di un rituale familiare con un particolare significato simbolico. Secondo gli autori, il metodo paradossale traeva la sua forza dal fatto che da un lato valorizzava la paziente, considerata sì vittima, ma vittima volontaria quindi agente attivo, mentre dall'altro la sfidava mettendola davanti alla stupidità del suo gesto. Nel lavoro preso in esame (Selvini Palazzoli et al., 1998) il metodo paradossale ebbe buoni risultati di efficacia su molte pazienti che, dopo tale intervento, abbandonavano il sintomo. Lo stesso dato, seppur su un numero limitato di casi, è stato ottenuto da altri due professionisti che negli stessi anni operavano nel campo dell'anoressia. Due psichiatri, il dottor Casati e il dottor Covelli, (Giuliani, 2008) applicavano un metodo per certi versi simile al metodo paradossale, anche se non propriamente in chiave sistemica. Alla paziente veniva detto che lei avrebbe potuto mangiare se avesse voluto, ma ciò non poteva accadere perché lei era matta e non l'avrebbe potuto capire. Scopo della tecnica era quello di indurre rabbia nella paziente e farla entrare in questo tipo di sfida che in 25 casi su 28, secondo i dati raccolti, portò le ragazze all'abbandono del sintomo. Non può sfuggire la potenza di questi metodi paradossali che sicuramente non potevano non portare perturbazioni nei sistemi interagenti, ma ciò che ancora più degno di nota è il fatto che queste tecniche terapeutiche siano state abbandonate dopo un certo periodo di successi dalle équipes che le utilizzavano.

Giuliani (2008) si chiede perché ciò sia avvenuto e lo fa andando ad intervistare i terapeuti. Ciò che emerge è che la tecnica

provocatoria era troppo pesante emotivamente per i terapeuti, inoltre contraveniva in un certo senso al divieto deontologico di manipolazione del paziente. Questa ricerca è ancora più interessante in quanto si basa sul confronto delle narrazioni dei terapeuti e di una delle pazienti trattate con il metodo basato sulla provocazione. Ciò che sorprende è che ciò che ricorda la paziente della terapia non è la rabbia provata verso il terapeuta, ma la fiducia che aveva sentito che gli fosse stata da lui conferita.

A risultati simili sembrano giungere gli autori della ricerca del 1998 (Selvini Palazzoli et al., 1998) che ripensando a posteriori al metodo paradossale riflettono sul fatto che probabilmente l'elemento più importante era il profondo ingaggio della paziente, la sua valorizzazione. Tutto ciò è in contrasto con quello che pensavano all'epoca, ovvero che fosse la componente provocatoria a far scattare il cambiamento. Anche in questa ricerca vengono intervistate le ex pazienti parecchi anni dopo la terapia. Coloro che avevano abbandonato il sintomo a seguito dell'intervento paradossale non hanno assolutamente ricordato il paradosso e hanno messo maggiormente in luce come aspetto significativo il legame instaurato con il terapeuta.

Dopo queste considerazioni viene da chiedersi se qualcosa dell'intervento paradossale possa essere mantenuto nell'agire terapeutico attuale e come un tale intervento possa essere collocato in un'ottica di seconda cibernetica.

Nelle terapie prese in esame viene effettuato un intervento paradossale provocatorio da parte del terapeuta con i genitori della famiglia C.. L'intervento non è paradossale nel senso classico del termine, ma è rivolto ai genitori per far cessare tutta quella serie



di comportamenti che di fatto consentivano alla figlia di controllare attraverso il sintomo l'intero sistema familiare, obbligando ad esempio il padre ad alzate notturne per prepararle il cibo. I genitori, insomma, assecondando le richieste della figlia, non facevano che tenerla lontana dalla consapevolezza del bisogno di una presa in carico differente che nella sua situazione era quanto mai necessaria. Presentiamo nello specifico l'intervento effettuato.

Terapeuta: "Noi pensiamo che ci sia una strada per far uscire E. dalla sua condizione, però noi crediamo che voi non siate in grado di seguirla.."

Madre: "per che ..motivo?"

Terapeuta: "Perchè siete troppo impauriti.. avete troppa paura.. quindi abbiamo poca possibilità di azione, siete troppo terrorizzati, la vostra paura non è tanto che E. non guarisca, ma di far del male ad E."

Madre: "no, io sto lottando per farla guarire dottore..non per tamponare la situazione.. non mi arrendo finchè non l'ho fatta guarire [piange]"

Terapeuta: "[..] se noi dovessimo mettere in campo quattro o cinque azioni per "denuciare" E., metterla di fronte alle sue incapacità la sofferenza che esprimerebbe per voi sarebbe insopportabile [...] la possibilità di cambiamento non c'è, cioè noi sappiamo che c'è, ma così non è possibile..E' difficile, non so neanche se abbia senso provare, è chiaro che se si dovesse provare la cosa porterebbe a risultati molto interessanti"

Andando a rivedere il filmato della terapia con il terapeuta ci siamo domandate come ci si senta a rivolgere alla famiglia un intervento di questo tipo, vediamo quali sono state le riflessioni del terapeuta in merito.

*"Milton Erickson ci ha insegnato l'induzione ipnotica fatta in modo indiretto, quasi la prescrizione del sintomo: non ci può riuscire, lei continuerà, è troppo difficile per lei è troppo doloroso. Parto da questo tipo di posizione, poi dopo dico cosa potrebbero fare, ma prima preparo un po' il terreno affinché la mamma e il papà si ingaggino in una sorta di sfida contro questa proiezione, predizione infausta del futuro. Entro un po' in questo tipo di ingaggio per vedere se riescono ad entrare in sfida con questo tipo di atteggiamento, poi alla fine dico che se proprio dobbiamo fare qualcosa, proviamo a fare questa cosa qua. Loro hanno cercato di stare su questo tipo di sequenza, hanno lavorato molto. Siamo sempre sotto un profilo direttivo, anche se la mia azione penso di averla interpretata in modo sentito e autentico, come se avessi in mente che c'era una sorta di artificio nel mio modo di pormi, ma era un artificio sentito e costruito dentro un vissuto mio di tenerezza verso questo tipo di famiglia, quindi non un gioco di fioretto e spadaccino. Non assumo questa posizione per dire ti ho buttato giù e ho vinto, ma lo faccio come occasione per stare in una sorta di percorso in cui condividendo profondamente la loro sofferenza. Lei si mette a piangere, io credo di averla sentita questo tipo di emozione come il dramma di una madre che merita di essere seguita, aiutata e sostenuta, perché è un pianto figlio di una storia, di un modo di stare nella relazione."*

L'importante sottolineatura rispetto alla posizione all'interno della quale leggere un intervento direttivo di questo tipo emerge con ancora maggior chiarezza nella successiva indagine rispetto a cosa accade quando i genitori poi non riescono a portare avanti le prescrizioni condivise in seduta, come è ac-



caduto nella terapia presa in esame.

*“È ovvio che con questa famiglia ci siamo accomodati dentro una relazione di tipo istruttiva dove loro non cercavano questo, si può dire che noi lo abbiamo indotto. Si sente che in alcune situazioni familiari c'è la necessità di avere soluzioni, che noi non cerchiamo, ma usiamo questo tipo di approccio di tipo istruttivo e psico-educazionale in chiave sistemica: introduciamo delle posizioni che la famiglia deve tenere, pensate dentro la cornice relazionale e dentro funzionamento del sistema cibernetico famiglia. Sono istruzioni non legate a un solo membro, ma riguardano tutti i membri della famiglia. È evidente che più noi prendiamo posizione istruttiva, dentro la cornice “ti do informazioni per risolvere il tuo problema”, e più rischiamo di trovarci in un'esperienza di delusione, attribuendo alla famiglia l'errore e l'incapacità di non stare in alcuni tipi di orientamenti che noi proponiamo. Penso che questo sia un errore che fa capire qual è la premessa dell'utilizzo di un approccio di tipo istruttivo: se è di tipo risolutiva rispetto al problema siamo dentro a un ottica di prima cibernetica, se invece siamo in una posizione in cui possiamo utilizzare l'istruttività, e anche il potere, non in termini istruttivi, ma di responsabilità, dove noi possiamo dare occasione di cambiamento, allora noi siamo in un ottica ben diversa, dove noi in qualche modo co-agiamo e co-evolviamo insieme alla famiglia e ci sperimentiamo in un percorso condiviso.”*

Sembra, quindi, che l'importante non sia la tecnica che viene utilizzata, ma la cornice all'interno della quale la si colloca. Lo stesso Giuliani (2008) nella sua ricerca citando Bateson afferma come lo stesso autore avesse espresso dubbi sull'utilizzo delle sue idee per tecniche strategiche in cui viene utilizzata la

strategia in chiave finalistica. Secondo Bateson l'agire terapeutico doveva essere più vicino ad un agire processuale non finalistico, un agire in cui l'aspirazione al cambiamento è rivolta verso sé stessi con l'altro.

Tutto ciò si avvicina molto alla posizione di curiosità di cui parlava Cecchin (1987), un atteggiamento in cui il terapeuta si sente davvero interessato a ciò che porta la famiglia e in cui è in grado di accogliere profondamente ciascuno dei protagonisti.

I genitori delle ragazze anoressiche sono stati spesso duramente attaccati dalla letteratura che si è occupata del problema, sono stati spesso visti come i principali carnefici delle figlie.

Nel lavoro di Selvini Palazzoli e colleghi del 1998, gli stessi autori riconoscono quanto tempo sia passato prima di rendersi conto delle lenti indossate: lenti che li portavano a vedere le madri delle anoressiche come ipercritiche e intrusive, assumendo invece un atteggiamento assolutorio con i padri. Per gli autori la chiave di svolta fu il considerare il pregiudizio maschilista di cui loro stessi erano portatori da un lato e riscoprire la storia trigerazionale della famiglia dall'altro. Riconnettendo le vite spesso deprivate di questi genitori, che nella loro nuova famiglia cercavano un risarcimento impossibile, ha fatto sì che potessero accoglierli diversamente.

Anche in uno dei casi presi in esame troviamo una madre molto simile a quella descritta nella letteratura, abbiamo così domandato al terapeuta come si sia sviluppato il suo rapporto con lei, come sia riuscito a riconnotare positivamente i suoi comportamenti, come è emerso più volte nelle sedute.

*“Mi sono reso conto che prima di digerire questa mamma avrei dovuto avere verso di*

*lei un sentimento che non fosse di fastidio e sgradevole. Ci ho messo un po' di tempo, ma ad un certo punto ho saputo accoglierla diversamente. Nella terapia, però, ci sono state fasi nelle quali provavo indolenza che era generata da un senso di staticità, non cambiamento che percepivo."*

*"Secondo me un aspetto centrale nel nostro lavoro è sentire le persone con cui lavoriamo e approcciare con loro in modo non giudicante. Se ci innamoriamo della nostra famiglia, non nel senso dell'attaccamento morboso, ma se siamo interessati a quello che stiamo facendo, al lavoro con la famiglia con cui interagiamo e se siamo curiosi, e quindi in modo non giudicante interagiamo, riusciamo ad ottenere buoni risultati. Quanto meno abbiamo potuto conoscere cose nuove, nuovi modi di stare nella relazione, nuove persone, la loro sofferenza e probabilmente anche la famiglia conosce persone che sono interessate a loro: questa è la premessa fondamentale su cui noi dobbiamo appoggiare il nostro lavoro. Non ci viene spesso, dipende da come siamo noi, dal nostro stato vitale, da una serie di questioni, ma questa è una premessa fondamentale: entrare in risonanza intima con le nostre famiglie, quando ci poniamo in termini di curiosità, interesse e in un atteggiamento non giudicante."*

Un aspetto dunque importante sembra essere quello dell'accoglienza curiosa e non giudicante della famiglia, atteggiamento che sembra raggiungibile anche prestando attenzione alle emozioni del terapeuta. Dall'intervista raccolta è evidente come il terapeuta sia approdato infine ad un senso di accoglienza e interesse nei confronti della madre, ma sia passato anche attraverso l'indolenza, il fastidio. Il terapeuta quindi stando in ascolto delle proprie emozioni è

riuscito a sviluppare quel senso di curiosità di cui parlavamo precedentemente.

Come spiega Fruggeri (1992) le emozioni del terapeuta possono essere utilizzate come strumento nella relazione terapeutica, non sono da considerarsi buone o cattive, non sono da controllare, enfatizzare o rigettare, possono essere ritenute piuttosto indicatori della relazione terapeutica.

Nel caso delle famiglie anoressiche ci siamo dunque domandate come circoli l'emotività in seduta. La premessa sulla quale ci siamo basate è il fatto che vi potesse essere una difficoltà da parte delle famiglie a stare in contatto con le proprie emozioni. Ugazio (1998), ad esempio, sottolinea come in questo tipo di famiglie la gamma delle emozioni sia schiacciata sulla dimensione del confronto. Poiché le polarità semantiche che dominano la costruzione dei significati sono del tipo vincente/perdente le emozioni sperimentate sarebbero quelle del senso di efficacia e competenza, padronanza, dominio da un lato e vergogna, impotenza e umiliazione dall'altro. Al di fuori di questa gamma emotiva le famiglie in terapia potrebbero presentare difficoltà nello stare sulle proprie emozioni o su quelle degli altri membri.

La tendenza della famiglia a presentarsi come socialmente adeguata, irreprensibile potrebbe inoltre creare una sorta di atteggiamento difensivo che porterebbe il sistema familiare a chiudersi rispetto ad alcune questioni mettendo in luce quelle manovre di evitamento che Selvini Palazzoli aveva descritto nel suo primo lavoro sull'anoressia (1963).

Osservando le sedute prese in esame abbiamo effettivamente individuato una serie di momenti nei quali le famiglie hanno mostrato

difficoltà nel rispondere a domande circolari, dando risposte evasive o utilizzando giri di parole.

Abbiamo quindi domandato alla terapeuta presente in seduta come ci si possa confrontare con queste dinamiche.

*“Probabilmente potrebbe esserci una difficoltà a parlare di emozioni, .... Mi chiedo se ci possa essere il rischio che sia difficile anche per noi poter esprimere la nostra emotività, poterla utilizzare attivamente all'interno del colloquio clinico. Diventa difficile esprimerla e riconoscerla all'interno della famiglia, mi chiedo se forse diventa anche una difficoltà nostra nell'utilizzarla attivamente all'interno della seduta e quindi mi viene forse più utile poter pensare ad altri interventi che non siano sperimentati solo attraverso la parola, ma interventi più concreti, più attivi, che permettano quindi di agir meglio e con più efficacia, nello stare a contatto sull'emotività. Infatti non a caso in una delle famiglie prese in esame è stata utilizzata una scultura familiare che è stata molto potente rispetto all'impatto emotivo che ha avuto nella dinamica familiare e probabilmente noi ci siamo sentiti emotivamente più in risonanza su quello che avveniva in seduta.”*

L'emotività in seduta diventa quindi maggiormente esprimibile attraverso l'utilizzo del corpo e dello spazio piuttosto che attraverso il linguaggio. Potremmo ipotizzare che il linguaggio possa esser visto come strumento per reificare e quindi controllare la realtà, uno strumento dunque che si confà maggiormente al livello cognitivo.

Il tema del controllo è centrale in queste famiglie se pensiamo alle idee più comuni sull'anoressia: l'anoressica controlla il proprio corpo attraverso il sintomo, controlla il

proprio sistema familiare che prende forma attorno alle sue manifestazioni disfunzionali. Anche gli stessi genitori sono stati descritti dalla letteratura come orientati ad un accudimento basato sul controllo per una difficoltà ad entrare in contatto emotivo profondo con le figlie (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998).

Ci siamo dunque domandate come questa attitudine al controllo possa avere un riverbero nella relazione terapeutica. Visionando i filmati presi in esame abbiamo individuato alcune manovre di controllo da parte della famiglia, che, ad esempio, suggerisce al terapeuta quando dare l'appuntamento o comunica le proprie autodimissioni. Abbiamo quindi esplorato con la terapeuta come ci si senta in queste situazioni.

*“Si attiva una dinamica che muove emotivamente perché alla reazione di controllo della famiglia, il sentimento che verrebbe da sperimentare è quello della controreazione. Se c'è un'azione di controllo allora controreagisco controllando, della serie controreagisco ad un movimento di potere, dimostro che sono più forte io insomma. Quindi ci può essere un senso di fastidio, nel senso che non c'è il riconoscimento dei ruoli, quindi la sensazione è quella di reagire a questa forma di controllo come probabilmente accade tante volte, però la possibilità di riconoscerla questa reazione, di poter anche disinnescarla, insomma, per poter stare in questo bisogno ma trovando anche uno spazio diverso di ridefinizione penso che sia fondamentale perché altrimenti il rischio è che si crei un braccio di ferro poco utile stando su questo tipo di dinamiche, quindi il cercare comunque di togliersi da questo paradigma del controllo, ma di riconoscerlo come un movimento*

*stesso parte del problema mi chiedo se in qualche modo possa essere utile per trovare una posizione libera da questo tipo di meccanismo.”*

Ancora una volta sembra importante riconoscere la propria emotività di terapeuta, prestando attenzione a non controreagire alle dinamiche della famiglia. A conclusioni simili sembra arrivare Ugazio (1998) quando spiega che nella propria pratica clinica con famiglia anoressiche si è trovata spesso a combattere battaglie con la famiglia per la definizione della relazione che lei stessa contribuiva a creare, proprio perchè inconsapevole che la propria centratura su questa dinamica la alimentasse ulteriormente.

In conclusione parlando di intervento terapeutico ed emozioni possiamo osservare come i due temi si vadano ad intersecare in molti modi. Tutto ciò ci porta a porre l'attenzione più che sull'importanza della tecnica terapeutica da adottare nel caso di un determinato disturbo (come ad esempio l'anoressia) alla cornice all'interno della quale collocare ciascun intervento.

Dalla nostra ricerca il denominatore comune che accomuna ciò che viene riportato in letteratura e ciò che emerso dalle nostre interviste è quel senso di accoglienza, curiosità, interesse verso la famiglia accompagnato dalla attenzione alle proprie emozioni di terapeuta consapevole di fare un viaggio insieme alla famiglia e quindi di co-agire e co-evolvere con lei.

## **CONCLUSIONE**

Nel corso di questo lavoro abbiamo avuto l'opportunità di approcciare a diverse tematiche: abbiamo esplorato le premesse e i pregiudizi delle famiglie e dei terapeuti che si trovano ad affrontare un disturbo dell'alimen-

tazione e conosciuto e riflettuto sulle teorie sistemiche in merito, avendo la possibilità di confrontare e rintracciare alcune ridondanze all'interno di terapie che abbiamo osservato; ci siamo concentrate sull'intervento terapeutico, sulle dinamiche familiari e sulle emozioni che circolano in seduta, convinte che queste tematiche non potessero essere disgiunte. Gli aspetti emersi come maggiormente significativi si possono così riassumere: il processo di autonomizzazione, difficile sia per la paziente, sia per il nucleo rispetto alle famiglie d'origine, da qui anche la difficoltà di riconoscimento reciproco dei membri del sistema; la consapevolezza delle lenti che vengono indossate, in quanto il terapeuta ha nel suo bagaglio di conoscenze determinate teorie delle quali si può servire per descrivere quanto osservato, ma deve porre attenzione a non reificare determinate ridondanze e comprendere nella propria lettura anche ciò che non corrisponde allo schema, in un'ottica di maggiore complessità. Infine, si è compreso come non sia possibile disgiungere l'intervento dal contesto nel quale viene agito, contesto che comprende la relazione instaurata con la famiglia e le emozioni circolanti. Ciò che è emerso è stata l'importanza della cornice all'interno della quale leggere gli interventi, ovvero pensarli come costruiti all'interno di una relazione in cui non c'è un tentativo di controllo del sistema, ma un camminare insieme, una co-evoluzione. Tutto ciò diventa possibile restando in ascolto della propria emotività mossi da quel senso di curiosità che ci spinge verso la famiglia che si presenta con la sua sofferenza. Ripercorrendo a ritroso il lavoro svolto si possono evidenziare quali fossero le nostre premesse e aspettative: partire dalle idee che circolano nelle menti delle famiglie e dei terapeuti, conoscere meglio le dinamiche e i giochi

relazionali tipici di questo disturbo e infine osservare come avviene l'incontro dei diversi soggetti interagenti in terapia, osservare come ci si muove, con quali vissuti. Sicuramente eravamo mosse nella nostra ricerca da un senso di curiosità e forse anche paura nell'anticipare il pensiero di un incontro futuro con questo tipo di disturbo. Avevamo la necessità e l'entusiasmo di conoscere qualcosa di nuovo e complesso, qualcosa di cui tanto si è occupata la letteratura sistemica e di cui comunque ancora tanto si discute con idee non sempre coincidenti.

Ciò che ci è parso molto utile in questa ricerca è stata anche la modalità con la quale abbiamo approfondito le tematiche, ovvero la possibilità di commentare con i terapeuti parti di seduta, così da fornire una metalettura, uno sguardo retrospettivo che ha consentito di commentare alcuni aspetti e riconnetterli ad un discorso globale e complesso.

Ponendo attenzione a queste riflessioni conclusive ci rendiamo conto di come il disturbo dell'alimentazione non sia che uno dei modi possibili attraverso cui la famiglia si difende dalla sofferenza, ma potrebbero essercene molti altri, per i quali le precedenti considerazioni sarebbero altrettanto valide.

## Bibliografia

- Barbetta, P. (2008). La Verità dell'anoressia. *Cibo Corpo Cultura Connessioni* 21, 9-21
- Bertrando, P. (2009). *Nodi Familiari*. Torino: Antigone
- Boscolo, L., Bertrando P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati Boringhieri
- Cecchin, G. (1987). "Hypotesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity". *Family Process*, 26, 405-413.
- Fruggeri L. (1992). Le emozioni del terapeuta. *Psicobiettivo*, 3, 23-34.
- Giuliani, M. (2008). Le emozioni dei terapeuti e la memoria della paziente. *Connessioni*, 21, 103-132.
- Mosconi, A., Zago, E. & Mutti, S. (2008). Anoressia maschile versus anoressia femminile: un'ipotesi di "gioco familiare" con riferimento al modello a sei stadi di M. Selvini Palazzoli. *Cibo Corpo Cultura Connessioni* 21, 135-150
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L'Anoressia Mentale. Dalla Terapia Individuale alla Terapia Familiare*. Milano: Feltrinelli
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. e Sorrentino, A.M. (1998) *Ragazze Anoressiche e Bulimiche. La Terapia Familiare*. Milano: Raffaello Cortina
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. e Sorrentino, A.M. (1998) *I Giochi Psicotici della Famiglia*. Milano: Raffaello Cortina
- Selvini, M. (2004) *Reinventare la Psicoterapia. La scuola di Mara Selvini Palazzoli*. Milano: Raffaello Cortina
- Ugazio, V. (1998) *Storie permesse Storie proibite*. Torino: Bollati Boringhieri





# La dimensione della solitudine nella relazione terapeutica

Benedetta Colombari,

1° anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

## Sommario

Il terapeuta nella relazione con il paziente o con la famiglia può esperire vissuti di solitudine. Sentimenti di paura, angoscia, senso d'impotenza possono veicolare questo tipo di vissuti emotivi. La solitudine che il terapeuta sente necessita di essere ascoltata e accolta per poter proseguire la cura della persona o della famiglia in carico. La terapia sistemica può essere di aiuto al terapeuta che si sente solo; infatti co-terapeuta, equipe dietro lo specchio e la possibilità di riaffrontare le sedute anche grazie alla videoregistrazione, permettono al terapeuta di essere supportato in tutti i momenti della terapia.

## Parole chiave:

Solitudine del terapeuta-Terapia familiare-Sentimenti ed emozioni-Zona d'ombra

## Summary

*The therapist in the relationship with the patient can share solitude's moments.*

*The feelings of fear, deep anxiety, sense of helplessness can transmit these kind of emotions.*

*The therapist's solitude needs to be listen and to be accept; this is important to continue to look after the person or the family who are in therapy. The systemic therapy can help the therapist who feel solitude: in fact co-therapist, equipe behind the mirror and the possibility to see again the session thanks to the video, help to overcome the difficult moments in the therapeutic activity*

**Key words:** *Solitude of therapist-Systemic Therapy-Feelings and emotions-Zone of shade*

## LA SOLITUDINE E LE RELAZIONI

Lo Iacono (2003) riporta uno dei pensieri di Aristotele sull'autonomia e l'amicizia: *"l'uomo che basta a se stesso avrà bisogno di un'amicizia per imparare a conoscersi"*. Per A. l'uomo non può contemplare se stesso partendo da lui, è necessario che si apra a relazioni, amicizie e a ciò che sta intorno. Per l'autore la relazione è di fondamentale importanza per raggiungere quel processo di conoscenza di se stessi, quella consapevolezza di sé.

Lo Iacono riferendosi al pensiero di A. parla di apparente paradosso, essere autonomi infatti è visto come apertura agli altri e non chiusura verso se stessi.

L'American Sociological Review, nel 2005, ha effettuato una ricerca sull'amicizia negli ultimi anni e dice che *"L'immagine è quella di un cerchio che si stringe"*: negli Stati Uniti gli intervistati dichiaravano di avere in media due amici, ovvero *"persone con cui discutere di argomenti importanti e profondi"*. Una persona su quattro non riusciva nemmeno a trovare il nome di un amico: nessuno con cui si era confidato negli ultimi sei mesi. In Italia, secondo i dati riportati, è a partire dall'età di trent'anni che l'amicizia subisce un tracollo, soprattutto perché il lavoro inizia a prendere il sopravvento.

Secondo due sociologi della Duke University, Lovin e Wilson, (2006) il lavoro che fagocita e internet sembrano essere le maggiori cause dell'isolamento degli individui.

Anche Lo Iacono dice che *"sentirsi soli"* sembra essere un binomio di parole molto presente nella società di oggi; chi prova questo sentire respira isolamento e disconnessione dal mondo che lo circonda.

In alcune ricerche effettuate dall'autore, soggetti che si sono trovati all'interno di questo vissuto hanno sviluppato sintomatologie

come difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno, hanno mostrato atteggiamenti autolesionisti, distanziandosi ancor di più dal gruppo ed accentuando così questa condizione. In alcuni contesti però come nell'arte, nella poesia, i momenti di solitudine possono trasformarsi in momenti di ispirazione, di creatività. L'artista Alberto Sughi (1991) ad esempio, in uno dei suoi aforismi, dice: *"La solitudine è una condizione alla quale l'artista in genere è votato; non può dunque essere vissuta con dispetto, né diventare motivo di frustrazione"*.

Lo Iacono parlando della relazione terapeutica dice che la solitudine che il terapeuta può sentire non è molto diversa da quella del poeta, musicista o pittore. Ritene che in seduta, si abbia comunque a che fare con la creatività: la storia del paziente infatti viene rivissuta nella relazione con il terapeuta.

## I VISSUTI DI SOLITUDINE DELLO PSICOTERAPEUTA

Anche all'interno di contesti relazionali professionali possono essere esperiti momenti di solitudine in particolare, secondo Lo Iacono (2003), le professioni più a rischio sono quelle che operano nella cura e nell'aiuto dei malati.

Professioni come medici, psicologi, infermieri operano con situazioni particolarmente coinvolgenti negli ospedali, nelle comunità, con malati terminali, pazienti psichiatrici e anziani.

Secondo alcuni studi dell'autore, all'interno di questi ruoli si raggiungono elevati livelli di stress per la presa in carico di queste situazioni difficili. Gli operatori possono sviluppare sintomatologie differenti come senso di impotenza, solitudine, fino ad arrivare a manifestazioni autodistruttive e a profonde depressioni che possono portare anche a

tentativi di suicidio. Lo Iacono afferma che il prof. Seymour Saranson ha chiamato questa sindrome *burnout*, utilizzando questo termine per la prima volta nel 1976 per definire il basso morale degli staff dei Centri di Igiene Mentale di Comunità Americane. Secondo alcuni studi della Società Italiana di Psicologia e del Coordinamento Regionale degli Operatori Socio Sanitari il *burnout* sta diventando la causa principale dell'assenteismo nei servizi istituzionali.

L'autore sostiene che nelle istituzioni pubbliche, spesso manca una formazione permanente e la possibilità di avvalersi di supervisioni, soprattutto per gli psicoterapeuti che operano nel settore. Se non si hanno relazioni professionali arricchenti o altre risorse si possono raggiungere sentimenti di isolamento professionale che determinano profondo disagio e che sfociano poi anche in un isolamento personale. Parla di un progressivo ritiro, un'assenza psicologica, che sfocia in un disinvestimento delle proprie energie dalla professione: la propria attività diviene automatizzata, si inizia solo a difendersi dall'istituzione nascondendo la propria identità, non manifestando le proprie opinioni e sentimenti nel lavoro. Lo Iacono dice che possono nascere: ansia, impulsività, insofferenza, competitività immotivata, distacco, percezione di inutilità della propria professione.

Di fondamentale importanza quindi sembrano essere emozioni e sentimenti in terapia poiché, secondo anche Laura Fruggeri (1992), quando questi sfuggono da ogni possibile analisi metodologica si entra nel campo dell'irrazionalità. Così poi i processi terapeutici vengono spiegati con "sesti sensi", "intuizioni", e "amore del terapeuta". Ed è proprio in questi casi, sempre secondo Fruggeri, che l'amore del terapeuta, se pen-

sato come unica leva di cambiamento, può trasformarsi in rabbia o colpevolizzazione del paziente: *"Ma come io ti do il mio amore e tu mi fai il dispetto di non guarire?"*

Così per lo psicoterapeuta diviene facile lasciarsi cadere in vissuti di fallimento e successivamente di solitudine.

L'autrice, a tal proposito, parla dell'importanza del controtransfert nella relazione terapeutica: l'analisi personale dello psicoterapeuta è importante proprio per riuscire a gestire i vissuti emotivi e i sentimenti che nascono all'interno di una seduta; è fondamentale che ci sia l'auto-osservazione da parte dello psicoterapeuta per capire l'altro, il paziente.

Il transfert del paziente può smuovere vissuti inconsci del terapeuta che non sempre possono essere elaborati e sono quindi gestibili in terapia.

Nella relazione con il paziente lo psicoterapeuta entra in relazione con il vissuto del paziente e i propri vissuti emotivi vengono messi in discussione, così che diventa importante poter valutare di momento in momento quanto il proprio esserci sia appropriato in quella relazione con il paziente.

Qualora ciò non sia possibile possono scaturire sensi di impotenza da parte del terapeuta, disperazione, solitudine e senso di colpa per non riuscire ad aiutare la persona che ha in cura.

### **Esempi di vissuti di solitudine in terapia**

In questi due esempi vediamo come la solitudine può avere dimensioni importanti e gestioni differenti in terapia.

Nel primo caso la collega arriva a richiedere la supervisione, nel secondo caso invece la terapeuta riflette sul proprio percorso professionale rivelando un suo desiderio: trovare maggiore conforto emotivo dalla propria famiglia.

## Il ragazzo di cristallo...

*“Sono mammone, amo scrivere canzoni, suonare la chitarra, sogno di diventare cantautore, mi piace stare al centro dell’attenzione, in quest’ultimo periodo mi sono chiuso troppo, forse perché ho perduto i capelli e mi vergogno, temo il giudizio della gente, così mi metto questo cappello, non riesco ad accettare la mia immagine, è come se non accettassi il mio passato. Non voglio nascondermi dietro il cappello.”*

(Lo Iacono, 2003)

Un ragazzo di 20 anni che proviene da una famiglia dove il padre riflette la tradizione di solcare il mare con il peschereccio per tramandare il mestiere di pescatore. Si sente oppresso dal padre che lo vorrebbe secondo la propria stirpe: un duro pescatore capace di affrontare un duro lavoro. Ma oppresso anche da una mamma che lo vorrebbe con animo gentile, non rude come gli uomini del peschereccio, una mamma che si sente sola nelle notti in cui il marito è fuori e, credendo anche di proteggere il figlio, dorme nello stesso letto con lui, almeno fino al momento in cui inizia la terapia.

Dormono insieme da quando il figlio ha avuto un episodio di convulsioni a 12 anni.

La psicoterapeuta, così come viene riportato da Lo Iacono, inizia un percorso con lui e, dopo un po’ di tempo sembrano esserci miglioramenti. Il ragazzo sembra stare meglio, non dorme più con la madre e così decide lui stesso quando concludere la terapia affermando: *“mi sento abbastanza sicuro, non ho più bisogno di lei”*.

Dopo 8 mesi, la psicoterapeuta si sente chiamata dalla madre del ragazzo che chiede aiuto. Al colloquio la mamma riporta un peggioramento della salute del figlio, che è ritornato a dormire con lei, trascura l’igiene personale, non suona più la chitarra e spes-

so rimane a letto. La madre lo elogia enfatizzando tutto il suo amore per quel figlio, ricercando in ciò, approvazione dalla psicoterapeuta.

Davanti agli occhi di una madre che sembra non capire fino in fondo che non va bene che dorma con suo figlio, la terapeuta ad un certo punto interviene in modo diretto:

T: Lei vuole bene a suo figlio?

M: Sì

T: Lei non darebbe mai una tazza di veleno a suo figlio?

M: No

T: Ebbene...ogni volta che entra nella sua stanza per dormire con lui lei gli offre una tazza di veleno.

Una frase forte che genera sentimenti forti nella terapeuta e nella madre, lacrime da parte della paziente e paura da parte della terapeuta che prova *“la sensazione di essere in bilico su una piccola pietra sull’orlo di un burrone”*. La terapeuta sente tutto il dolore della madre e nei giorni successivi arrivano dubbi e paure, un’angoscia che la fa sprofondare nella solitudine. Così la decisione di chiedere una supervisione e il caso viene rivissuto grazie alla drammatizzazione teatrale di alcuni colleghi. Finalmente ripercorrendo le parole della seduta finale *“tutta la solitudine fluttua nel setting terapeutico...ogni collega sembra essersi preso un pezzo di solitudine.”*

La paziente ritorna alla seduta successiva raccontando di come ha smesso di dormire nel letto con il proprio figlio.

Lo Iacono sostiene che l’abilità della collega sia stata quella di ascoltare il proprio controtransfert e non reprimerlo, esprimendosi in modo incisivo e non mettendo in atto i propri bisogni emotivi consolatori. Nonostante l’aiuto dei colleghi, ha sentito la solitudine della responsabilità ad affrontare una diffi-

cile operazione professionale. Questo è un esempio di come la solitudine è stata accolta, trattenuta e poi fatta fluire relazionandosi con i colleghi, verso l'esterno. È la dimostrazione di un cambiamento che può avvenire nella terapia grazie all'accettazione e condivisione della sofferenza. Non sempre quindi la solitudine è l'antitesi di un baratro dove si può cadere, ma può essere la momentanea culla dei sentimenti e delle emozioni che il terapeuta esperisce in seduta. Grazie al far fluire di questi vissuti il terapeuta ritrova se stesso ed è pronto per proseguire un percorso con il proprio paziente.

### **Una psicologa dell'emergenza racconta..**

In Lo Iacono (2003) leggiamo le parole di una psicologa che accoglie l'aiuto delle vittime toccate da eventi terribili, vittime di disastri improvvisi.

Racconta l'importante missione di aiuto a cui si concede ogni giorno, per non far sentire sole quelle persone, per dare loro supporto e rafforzare tutte le loro potenzialità nell'affrontare quella situazione.

Racconta dell'investimento di dolore che riceve e che empaticamente accoglie davanti alle parole di queste persone, che sono sole e disperate. Dice di sentirsi riempire dal dolore delle loro ferite, così che arriva piano piano a sentirsi lei stessa sola, perché si fa carico di queste situazioni e si sente piano piano svuotata della propria energia.

Sente che si crea un vuoto dentro di lei che deve riuscire e colmare per poi essere in grado di supportare altre vittime.

Racconta che a volte pensa di arrivare a casa e parlarne alla propria famiglia, ma la paura e consapevolezza di non essere capita, e di non ricevere quell'empatia necessaria la fanno rinunciare al suo intento e la fanno sentire ancora più sola: non sa se verrà capita, non

sa come lei stessa reagirà ai racconti che le faranno di altri problemi e che a lei sembreranno più piccoli di quelli che lei ha affrontato durante il giorno.

### **TERAPIA SISTEMICA COME AIUTO ALLA SOLITUDINE DEL TERAPEUTA**

Mi chiedo quindi se la terapia sistemica assieme ai suoi componenti possa essere un aiuto ai momenti di solitudine del terapeuta. Co-terapeuta ed equipe possono essere infatti di supporto al lavoro che il terapeuta sente di voler fare con la famiglia, ma anche di supporto ai momenti di possibile difficoltà che il terapeuta può avere davanti a certe dinamiche in seduta.

Il confronto con i colleghi sia durante la seduta che dopo, permette al terapeuta di sentire che non è solo, che può ritagliarsi dei momenti per avere un punto di vista esterno sul suo modo di procedere.

La possibilità di videoregistrare la seduta è un'opportunità che permette di riaffrontare e anche

"rivedere" le emozioni che in seduta il terapeuta, co-terapeuta ed equipe hanno provato loro stessi e sentito dai pazienti.

Anche Andolfi e Cigoli (2010) parlano di solitudine in terapia e di come questi momenti possono essere riorganizzati all'interno della supervisione, possono offrire un contributo significativo alla lettura della storia che i pazienti raccontano.

Parlano di supervisione indiretta, intesa come lavoro sulla famiglia di origine del terapeuta: è un processo di riappropriazione della sua storia e delle relazioni.

Il terapeuta impara a connettere i propri vissuti individuali e le relazioni che ha vissuto nella propria famiglia; così che potrà individuare le dinamiche che sono veicolate da queste strutture di relazione.

Gli autori chiamano “zone d’ombra” i momenti di difficoltà che si possono vivere in seduta tra paziente e terapeuta.

Riprendono il concetto di Bateson (2010) di “**Informazione**” che secondo l’autore è “**qualunque differenza che genera differenza**”. La percezione secondo Bateson deriva da una differenza latente o implicita dentro il territorio, e per essere percepita deve essere trasformata in un evento dentro il sistema stesso che la percepisce.

A questo proposito Andolfi e Cigoli (2010) parlano di zona d’ombra come zona di silenzio percettiva tra terapeuta e famiglia, zona che evidenzia l’assenza della percezione di una differenza. E’ come se il terapeuta percepisse qualcosa di “**simile a**”, ma senza capire esattamente cosa, non distingue cioè ciò che proviene da sé o ciò che proviene dall’altro che gli sta di fronte. Attraverso la supervisione viene ricostruita la storia di solitudine del paziente, anche la rivisitazione della famiglia del terapeuta e dei suoi momenti di solitudine possono essere il punto di partenza per rileggere la storia della persona che il terapeuta ha in cura.

La supervisione secondo Andolfi e Cigoli nasce da questi processi di somiglianza e si sviluppa tramite operazioni di distinzione che consentono di generare la percezione della differenza. Così riuscire a identificare, contestualizzare e restituire alla storia originaria ciò che è stato evocato ed amplificato crea una “forma”.

Questo crea una differenza nel sistema percipiente (terapeuta) che genera la percezione della differenza nel territorio (la famiglia nella clinica) di Bateson.

Il terapeuta trasforma la zona d’ombra in informazione sulla differenza, così che diventa operativo dove si era bloccato, paralizzato o si sentiva escluso in seduta con la famiglia.

## CONCLUSIONI

Il terapeuta può vivere momenti di solitudine con dimensioni differenti all’interno dei percorsi terapeutici che segue.

Diverse possono essere le motivazioni, da un lato contesti professionali molto stressanti come le istituzioni pubbliche che non permettono a psicologi e psicoterapeuti di ritagliarsi momenti di riflessione sul proprio operare.

Dall’altro i vissuti emotivi dei pazienti si riflettono nei vissuti emotivi del terapeuta, che, non sempre riesce a gestire dal punto di vista emotivo.

Ritengo che i componenti e gli strumenti della terapia sistemica possano essere di aiuto per imparare a vivere meglio la solitudine in terapia. Altrettanto penso che sia importante un’adeguata valutazione da parte del terapeuta delle proprie risorse: il genogramma durante il percorso formativo, le supervisioni e, lo stretto contatto con i colleghi possono aiutare il terapeuta ad essere più consapevole del proprio stile e di quanto quindi l’esercizio in quel percorso terapeutico sia d’aiuto al paziente.



## Bibliografia

- Andolfi, M., Cigoli, V., 2010 *La famiglia d'origine: l'incontro in psicoterapia e nella formazione* Milano Franco Angeli Edizioni.
- Aristotele, 50-60 a.C. *Etica Nicomachea*, Libro VIII Editore: Andronico di Rodi.
- Bateson, G., 2010 *Verso un'ecologia della mente*, Milano Adelphi Edizioni.
- Bradi Maraldi, B. 1991 *Teatro d'Italia* Cesena Edizioni Cassa di Risparmio.
- Fruggeri, L., 1992 *Psicobiiettivo, Le Emozioni del Terapista*, 3, 23-34.
- Lo Iacono, A., 2003 *Psicologia della solitudine*, Roma Editori Riuniti.
- Smith-Lovin, L., Wilson, R., 2006 *Obiettivo Psicologia, Formazione Lavoro e Aggiornamento per Psicologi, Abbiamo sempre meno amici. Colpa del lavoro e di Internet*. Milano Franco Angeli edizioni.



## Recensioni

A cura di: Valentina Nucera, assistente didattica Idipsi

TITOLO DEL VOLUME:

### **Un divorzio tardivo**

AUTORE: **Abraham B. Yehoshua**

EDITORE: **Einaudi Editore** Torino

ANNO: Prima edizione 1996.

*“Un Divorzio Tardivo”* è il romanzo dello scrittore Abraham Yehoshua edito in Italia da Einaudi nel 1996, romanzo facente parte di una trilogia che comprende anche le opere narrative *“L’amante”* e *“Il Signor Mani”*.

Il titolo originale, *Gherushim meucharim*, pubblicato nel 1982 in Israele, descrive minuziosamente la crisi di una famiglia in un’ottica trigerazionale: il testo da voce ai vari protagonisti che, con dettagli e ricchezza di particolari, ci permettono di adottare il loro punto di vista, assaporare i profumi e le sensazioni da loro vissute, ma soprattutto permettono, attraverso un monologo interiore, di farsi conoscere sia sotto il profilo emotivo che relazionale.

Abraham B. Yehousha, nato a Gerusalemme nel 1936, figlio di un ricercatore di Storia di Gerusalemme e di una paracadutista dell’esercito migrata dal Marocco, ci porta a conoscere la cultura ebraica e, adottando la metafora di una crisi familiare, ci permette di scoprire il declino dell’identità ebraica stessa.

Nello specifico in questo romanzo, che sembra essere scritto tutto d’un fiato, spesso con lunghe locuzioni e poca punteggiatura, il lettore si trova ad immergersi nel dialogo interiore di fragili personaggi, ognuno dei quali, come membro di questa “famiglia allargata”, si trova a vivere l’even-

to, allo stesso tempo atteso e perturbatorio, di una separazione coniugale. La famiglia appare, quindi, come un coro: voci che si sovrappongono spesso in modo apparentemente disarmonico e molto coinvolgente; parlano figli, figlie, nipoti, generi e nuore, tutti per offrire sensazioni e pensieri rispetto ad uno spaccato di vita familiare. Lo sguardo tanto ingenuo quanto attento di un bambino, Gadi, ci permette di addentrarci nelle nove giornate che caratterizzano il rientro in patria dall’America di Yehuda Kaminka. L’uomo, fuggito da Israele, sta cercando di rifarsi una vita, ma la relazione con Na’omi, ormai ex moglie, lo costringe ad un ritorno teso a regolarizzare il carattere del loro legame.

Grazie al periodo in cui viene narrata la storia, possiamo scoprire il rituale del “Seder pasquale”: si tratta di una celebrazione della nascita alla libertà del popolo ebraico, e non solo, caratterizzato da molteplici rituali svolti da bambini e adulti, nelle scuole così come nelle case.

Yehoshua ci fa vivere l’evento nelle sue componenti simboliche, gestuali e mitologiche, è, infatti, nella narrazione capace di stimolare i cinque sensi: si percepiscono profumi e odori che contraddistinguono le tavole apparecchiate, i vicoli dei paesi, gli uffici, gli ambulatori e i vari contesti in cui è ambientato il romanzo; vediamo i luoghi e i personaggi come se fossimo all’interno della scena, descritti nei loro gesti e nei loro movimenti in modo tridimensionale. Ma il rituale della Pasqua ebraica non rappresenta solo un momento di incontro, bensì è la celebrazione di una libertà che, nel linguaggio simbolico, fa da spartiacque tra un prima, il passato, la vita familiare, e un dopo, il futuro, il cambiamento e la nuova “famiglia ricomposta”. Dal passa-

to emergono drammi familiari, una storia d'amore che evolve in odio e rancori, fino a sfociare nella follia e nella malattia psichica. Le dinamiche relazionali portano a definire alleanze e contro-alleanze, compiti, ruoli e miti familiari.

Il merito dell'autore è, a mio parere, quello di scrivere una storia senza portare a creare ruoli di "vittime e carnefici", si tratta di punti di vista, di opinioni, di modi differenti in cui osservare la realtà: Yehoshua ci propone in un solo testo molteplici mappe con cui esplorare il territorio, una lettura da cui possiamo uscire con la costruzione di una nostra nuova personale mappa, in cui parti di noi risuonano per similitudini o per differenze. L'intento dello scrittore sembra, inoltre, quello di non voler porre un inizio e una fine, bensì la storia, o più correttamente le storie, si compongono durante il percorso, in itinere.

Tra le tante chiavi di lettura che caratterizzano *"Un divorzio tardivo"* non si può non considerare quella relativa al pensiero po-

litico di Abraham Ben Yehoshua, un pensiero che ha caratterizzato gran parte delle sue opere e scritture e che ha l'obiettivo di far riflettere sul futuro di una nazione e di una cultura, quella di Israele appunto, alla ricerca di una propria nuova identità. Un percorso di evoluzione storico-sociale che vede svilupparsi un dialogo intergenerazionale.

La storia del popolo ebraico si snoda tra ciò che ha caratterizzato il momento precedente e quello successivo la diaspora ebraica, con la fuga e il desiderio del rimpatrio, come emerge anche dal personaggio di Kaminka con la sua iniziale fuga dalla memoria dolorosa del passato e il successivo desiderio di ritornare dagli affetti più cari.

Di fatto la questione palestinese successiva alla Seconda Guerra Mondiale, caratterizzata dall'articolata convivenza tra due culture differenti, rimane tutt'oggi un tema complesso della politica internazionale del mondo contemporaneo.

